



HAL
open science

Secret professionnel du médecin généraliste et maltraitance à enfants: résultats d'une enquête auprès des médecins généralistes de Meurthe et Moselle

Fabienne Kusz

► **To cite this version:**

Fabienne Kusz. Secret professionnel du médecin généraliste et maltraitance à enfants: résultats d'une enquête auprès des médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2004. hal-01732925

HAL Id: hal-01732925

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732925v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Fabienne KUSZ

Le 05 mars 2004



SECRET PROFESSIONNEL DU MEDECIN GENERALISTE ET MALTRAITANCE A ENFANTS RESULTATS D'UNE ENQUÊTE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE ET MOSELLE

Examineurs de la thèse :

M. J.D. DE KORWIN	Professeur en Médecine	Président
Mme C.VIDAILHET	Professeur en Médecine	Juge
M. P. LASCOMBES	Professeur en Médecine	Juge
M. A. AUBREGE	Maître de Conférences Associé	Juge
Mme C. DOUMENE	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE



50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

REMERCIEMENTS

"Ce n'est pas nous qui léguons le monde à nos enfants, ce sont eux qui nous le prêtent"

Antoine de Saint Exupéry

A Monsieur le Professeur J.D. DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne



Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Je vous suis reconnaissante d'avoir partagé mon intérêt pour ce sujet.

J'ai particulièrement apprécié votre disponibilité.

Je tiens à vous exprimer ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A Madame le Professeur C. VIDAILHET

Professeur de Pédopsychiatrie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je vous suis reconnaissante d'avoir su attiré mon attention sur les difficultés des enfants et des adolescents et m'avoir convaincu d'une indispensable prise en charge précoce.

Je tiens à vous honorer de toute ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur P. LASCOMBES

Professeur en chirurgie Infantile.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail.

Vos qualités de chirurgien orthopédiste pédiatrique et de Conseiller titulaire à l'Ordre des Médecins de Meurthe et Moselle vous confèrent des dispositions à même d'orienter et de juger ce travail.

Je vous prie de recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur A. AUBREGE

Docteur en Médecine Générale

Maître de Conférences Associé

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Le labeur a été tel que nous l'avions imaginé.

Je vous suis reconnaissante de m'avoir accordé votre confiance.

Je vous prie de recevoir ici le témoignage de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur C. DOUMENE

Responsable de La Cellule Enfance Maltraitée Accueil

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

J'ai apprécié votre disponibilité et votre gentillesse.

Votre aide m'aura été précieuse.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration pour votre action auprès de l'enfance maltraitée.

A Monsieur le Professeur F.GUILLEMIN

Professeur de Santé Publique, Environnement et Société

Je vous remercie pour votre aide à l'utilisation de la science statistique.

Je tiens également à vous remercier de votre gentillesse et disponibilité.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations respectueuses.

A Monsieur le Docteur PETON

Service de Médecine Légale et Droit de la Santé

Je vous remercie pour votre aide et vos conseils.

Je tiens à vous exprimer ici toute ma gratitude et mon plus profond respect

Pour que chaque enfant ait l'espoir de vivre au sein d'une famille telle que la mienne !

Je dédie cette thèse :

A mes parents,

Pour ne jamais avoir douté de ma réussite.

A la force vitale que vous apportez grâce à un foyer uni, solidaire et empli d'amour.

A ma grand-mère paternelle,

Exceptionnelle, elle est la joie de vivre personnifiée.

A Pipa,

Ta sagesse trace la route de la vie devant chacun de mes pas, ta force intérieure en écarte les embûches.

Voir toujours plus haut, toujours plus loin avec le cœur.

A Jean-Pierre,

Pour que l'éducation de nos futurs enfants ne te semble plus une épreuve insurmontable, parsemée de danger : Prudence, Attention et Amour sont les trois piliers de la réussite.

Pour ta patience.

A mon frère Stéphane,

Mon affection t'est acquise depuis toujours, dorénavant ton courage force mon respect.

Je te souhaite une vie pleine de bonheur et de découverte.

A ma sœur Géraldine,

Pour te rappeler que tu restes « ma petite sœur », pour te remercier de ton soutien.

A ma filleule Camille,

Que l'Amour soit le garant de tes jours !

Je dédie cette thèse :

A mes grands-parents maternels, à mes tantes Nadine, Lucie sans qui je ne serais jamais arrivée à l'heure pour le concours de Médecine, Francine, Michelle, Rachel.

A mes oncles André, Jean-Marie, Denis, les deux Thierry, Juan et Jean Pierre.

A mes nombreux cousins dont ma filleule Fanny.

Pour leur dire combien leur affection compte pour moi.

A Benjamin,

Pour avoir partagé plus que n'importe qui d'autres, mes doutes, mes incertitudes et ma réussite.

Pour être mon meilleur ami.

A Christelle,

Pour tous les souvenirs passés et à venir.

A Florence,

Pour ton ouverture d'esprit, le partage de ton savoir et ta gentillesse.

A Monique et Michel, Françoise et Luc, Nathan et Joffrey.

A tous mes amis pour avoir partagés les difficultés, les doutes et les fou-rires :

Benoît, Jean et Françoise, Catherine et Franck Marc et Anne, Gaëlle et Stéphane, Sophie et Fred, Manison et Grand Fred, Rachel et Johann, Valérie, Claire, Nahed et Christian,

Judy, Toy, Mina et Laurent, Catherine, Lorraine, Olivier, Anne-Marie et Bernard.

PREVERT J. -Chasse à l'enfant- extrait de Paroles, édition Gallimard

Ce poème de Jacques Prévert évoque la mutinerie d'août 1934. Après que les moniteurs avaient tabassé un pupille, les jeunes détenus se sont soulevés et enfuient. Une prime de vingt francs a été offerte à quiconque capturerait un fugitif. Cette mutinerie a déclenché une campagne de presse demandant la fermeture de bagne d'enfants.

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Au-dessus de l'île on voit des oiseaux
Tout autour de l'île il y a de l'eau

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Qu'est-ce que c'est que ces hurlements

Bandit ! Voyou ! Voyou ! Chenapan !

C'est la meute des honnêtes gens
Qui fait la chasse à l'enfant

Il avait dit j'en ai assez de la maison de redressement
Et les gardiens à coup de clefs lui avaient brisé les dents
Et puis ils l'avaient laissé étendu sur le ciment

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Maintenant il s'est sauvé
Et comme une bête traquée
Il galope dans la nuit
Et tous galopent après lui
Les gendarmes les touristes les rentiers les artistes

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

C'est la meute des honnêtes gens
Qui fait la chasse à l'enfant

Pour chasser l'enfant, pas besoin de permis
Tous les braves gens s'y sont mis
Qu'est-ce qui nage dans la nuit
Quels sont ces éclairs ces bruits
C'est un enfant qui s'enfuit
On tire sur lui à coups de fusil

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Tous ces messieurs sur le rivage
Sont bredouilles et verts de rage

Bandit ! Voyou ! Voleur ! Chenapan !

Rejoindras-tu le continent rejoindras-tu le continent !

Au-dessus de l'île on voit des oiseaux
Tout autour de l'île il y a de l'eau.



SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

Le Secret Professionnel du Médecin Généraliste et Maltraitance des Enfants en Meurthe et Moselle

REMERCIEMENTS	p.8
SERMENT	p.18
TABLE DES MATIERES	p.19
INTRODUCTION	p.24

A. Le secret professionnel du médecin

I.	Historique du Secret Médical	p.25
1.	<u>Hippocrate et Antiquité</u>	p.25
2.	<u>D'Hippocrate au Moyen Age</u>	p.28
3.	<u>Du Moyen Age à la Renaissance</u>	p.29
4.	<u>De la Renaissance à la Période révolutionnaire (XV° - XVIII°siècle)</u>	p.29
5.	<u>De la Révolution au XX° siècle</u>	p.31
6.	<u>XX° siècle - XXI° siècle</u>	p.32
II.	Fondement déontologique	p.34
III.	Fondement juridique et législatif	p.36
1.	<u>Législation actuelle</u>	p.36
2.	<u>Les Dérogations du Secret Professionnel</u>	p.45
IV.	Conclusion	p.47

B. L'enfance maltraitée

I.	Evolution de la définition de la maltraitance	p.48
1.	<u>Rappel historique</u>	p.48
2.	<u>Evolution de la définition de la maltraitance</u>	p.50

II.	Qui est l'enfant ? Quels sont ses droits ?	p.55
1.	<u>Définition</u>	p.55
2.	<u>Evolution dans le temps de la place de l'enfant dans la société</u>	p.56
3.	<u>Evolution de la place de l'enfant dans la famille et dans la société d'aujourd'hui</u>	p.59
4.	<u>Les droits de l'enfant</u>	p.61
III.	Les signes d'alerte de reconnaissance des mauvais traitements	p.64
1.	<u>Les violences physiques et lésions traumatiques</u>	p.65
2.	<u>Les signes cliniques évocateurs de négligences lourdes</u>	p.66
3.	<u>Les sévices psychologiques</u>	p.66
4.	<u>Etre attentif</u>	p.67
5.	<u>Conclusion</u>	p.67
IV.	Protection de l'Enfance, les différents acteurs	p.68
1.	<u>Protection administrative sociale et médico-sociale</u>	p.69
2.	<u>Protection judiciaire</u>	p.71
3.	<u>Acteurs contribuant au repérage</u>	p.73
V.	Contenu législatif et déontologique	p.73
1.	<u>Non-assistance à personne en péril</u>	p.73
2.	<u>Obligation légale du signalement</u>	p.73
VI.	Les réformes de la justice	p.74
VII.	Conclusion	p.76
C.	Cas particulier de la Meurthe-et-Moselle	
I.	Démographie de la Meurthe et Moselle	p.77
II.	Dispositif médico-social de Meurthe-et-Moselle	p.80
1.	<u>La mise en place du dispositif départemental en Meurthe-et-Moselle</u>	p.80
2.	<u>Le fonctionnement du dispositif</u>	p.82

III.	Protocole d'accord entre les autorités judiciaires et administratives	p.92
IV.	Rapport d'activité C.E.M.A.ou les chiffres de la Maltraitance en 1998	p.93
D.	Enquête personnelle : secret professionnel et maltraitance des enfants en Meurthe-et-Moselle	p.99
I.	Introduction	p.99
II.	Objectif de l'enquête	p.100
III.	Méthodes	p.100
1.	<u>Questionnaire</u>	p.100
2.	<u>Echantillon de Médecins</u>	p.105
3.	<u>Analyse statistique</u>	p.106
IV.	Analyse des résultats	p.106
1.	<u>Echantillon des médecins réponders</u>	p.106
2.	<u>Résultats du questionnaire</u>	p.108
A.	<u>Mieux vous connaître</u>	p.108
1.	<u>Répartition des réponses en fonction du sexe : question A1</u>	p.109
2.	<u>Répartition en fonction du lieu d'exercice professionnel : question A2</u>	p.110
3.	<u>Répartition en fonction du nombre d'année d'exercice : question A3</u>	p.112
4.	<u>Conclusion</u>	p.115
B.	<u>Le Secret Professionnel du médecin</u>	p.115
1.	<u>Pensez-vous connaître suffisamment les dérogations légales du secret professionnel ? question B1</u>	p.115
2.	<u>Avez-vous déjà eu, au cours de votre pratique, à déroger légalement au secret professionnel ? Question B2</u>	p.118
3.	<u>Si oui, était-ce pour mettre en œuvre « une protection à enfant » ? Question B3</u>	p.121
4.	<u>Sentiment d'impuissance face à une situation d'enfant en danger ou en difficulté. Question B4</u>	p.125

5.	<u>Doute au sujet du droit ordinal. Question B4a</u>	p.131
6.	<u>Méconnaissance des structures intervenant dans la protection à enfant : question B4b</u>	p.137
7.	<u>Vous savez quelle structure vous devez contacter mais vous ne savez pas où les joindre ? Question B4c</u>	p.143
8.	<u>Manque de temps pour rechercher les organismes de protection : Question B4d</u>	p.146
C.	<u>L'enfance en danger, les partenaires sociaux</u>	p.153
1.	<u>Signification du mot « signalement » : question C1</u>	p.153
2.	<u>Pouvez-vous citer les organismes administratifs pouvant recevoir un signalement d'enfant en danger ? Question C2</u>	p.156
3.	<u>Sauriez-vous définir le rôle de la C.E.M.A.? Question C3a</u>	p.158
4.	<u>Sauriez-vous définir le rôle du service de protection maternelle et infantile ? Question C3b</u>	p.160
5.	<u>Sauriez-vous définir le rôle du service de l'aide sociale à l'enfance ? Question C3c</u>	p.163
6.	<u>Connaissez-vous le numéro national de l'Enfance en Danger ? Question C4</u>	p.166
7.	<u>Connaissez-vous les associations de défense de l'enfant ? Question C5</u>	p.168
8.	<u>Souhaiteriez-vous recevoir une information au sujet de l'enfance en danger ? Question C6</u>	p.171
9.	<u>Quel moyen de communication et quelle fréquence du communiqué vous semblent les plus souhaitables ? Question C7</u>	p.173
D.	<u>Expérience professionnelle</u>	p.175
1.	<u>Travail en collaboration avec le service PMI : question D1</u>	p.175
2.	<u>Crainte du signalement : question D2</u>	p.187
3.	<u>Appréhension du signalement : question D3</u>	p.190
4.	<u>Crainte de l'Ordre des Médecins : question D4a</u>	p.192
5.	<u>Crainte pour la famille : question D4b</u>	p.195
6.	<u>Crainte de perdre les patients : question D4c</u>	p.199
7.	<u>Connnaissance de la possibilité de garder l'anonymat : question D5</u>	p.202
8.	<u>Connnaissance de la C.E.M.A. : question D6</u>	p.205
9.	<u>Contact avec la C.E.M.A. : question D7</u>	p.208
10.	<u>Information signalante effectuée systématiquement à la C.E.M.A. : question D8</u>	p.211

11.	<u>La C.E.M.A. vous a-t-elle facilité les démarches de signalement ?</u>	
	<i>Question D9</i>	p.213
12.	<u>Faites-vous plus de signalement qu'auparavant ?</u> <i>Question D10</i>	p.215
13.	<u>Saisi du procureur ou du substitut du procureur pour un cas à risque :</u>	
	<i>question D11</i>	p.216
14.	<u>Contact avec l'Ordre des médecins pour des renseignements sur les démarches :</u> <i>question D12</i>	p.219
15.	<u>Les expériences personnelles :</u> <i>question D13</i>	p.223
16	<u>Les causes psychologiques à l'appréhension du signalement</u>	p.228
V.	Discussion	p.229
1.	<u>Commentaires et critiques de l'enquête</u>	p.229
1.1	Méthodologie	
1.2	Critique du questionnaire	
1.3	Oubli d'exploitation de certaines données	
2.	<u>Discussion générale</u>	p.230
2.1	Analyse de l'échantillon	
2.2	Analyse de l'échantillon répondeur	p.232
2.3	Analyse des résultats de l'enquête	p.235
	A. Mieux vous connaître	
	B. Le secret professionnel du médecin	p.237
	C. L'enfance en danger, les partenaires sociaux	p.239
	D. Expérience personnelle	p.241
D.	Conclusion Générale	p.246
E.	Bibliographie	p.251
F.	Biographies	p.257
G.	Annexes	p.260

INTRODUCTION

L'étude de la littérature, en particulier celle d'Emile Zola, permet d'illustrer la considération dont fait l'objet l'enfant au sein de la famille et de la société.

La maltraitance n'existe pas.

Non pas du fait de son absence, mais bel et bien parce que le concept, la conscience même de traiter mal l'enfant n'a pas lieu. L'enfant législativement n'existe pas, c'est un adulte en miniature. Le terme "maltraité" est donc lui-aussi obsolète, des siècles durant. Il faut attendre le vingtième siècle pour avoir conscience de l'identité infantile et des atteintes physiques puis psychologiques portées à l'encontre de l'enfant. Cette reconnaissance identitaire a donné naissance à la déclaration des Droits de l'Enfant en 1994. Quant aux mesures de la Protection de l'Enfance, elles sont ébauchées au fil des époques mais elles n'éclosent véritablement qu'après la deuxième Guerre Mondiale avec une accélération depuis les années quatre-vingts.

Cette souffrance des mineurs doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique. Or les médecins n'ont pas pour habitude de divulguer « ce qu'[ils ont] vu, entendu ou compris ». Même si le Code de Déontologie prévoit les dérogations nécessaires à la Protection de l'enfant, le concept du Secret est une institution qui a traversé les siècles, plus ou moins discrètement, transmise d'école médicale en école. Hippocrate scelle le devoir du médecin à travers Le Serment, toujours d'actualité et que prête chaque professionnel, devant ses pairs.

Tirillés entre un concept millénaire de secret protégé par l'Ordre des Médecins et la prise en charge d'un être dont l'existence législative est si récente, les médecins ressentent des difficultés dans leur exercice professionnel. C'est l'objet de la troisième partie. Elle met en évidence les différents obstacles à la prise en charge d'un enfant en danger. Les médecins généralistes sont à l'origine de moins de un pour-cent des signalements en Meurthe et Moselle. Ce pourcentage reflète les difficultés qu'ils rencontrent. En réalisant une photographie instantanée de la situation, nous espérons mettre en évidence les lacunes à combler pour améliorer la prise en charge des enfants à risque sans entraver le Secret médical.

A. Le secret professionnel du médecin

I. Historique du Secret Médical

Le secret médical est un principe ancien, il a été d'emblée fondé sur le respect de l'individu en l'occurrence du patient. Puis, il s'est évanoui sans complètement disparaître, avant d'être assimilé au principe plus répandu du secret de la confession au Moyen Âge et au début des temps modernes. Après la révolution française, il fut à nouveau mis en relief, au point de devenir pendant cent cinquante ans un symbole intouchable de l'exercice médical curieusement détaché de ses origines. Enfin, le dernier demi-siècle le ramène à ce qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être : un moyen de respecter les personnes, non une fin en soi. Cette discrétion nécessaire à la pratique médicale et à la vie de société a longtemps répondu à un simple usage, avant d'être réglementée, en 1810 en France, par la loi et de nombreux autres textes officiels.

1. Hippocrate et Antiquité

Le secret médical s'inscrit d'abord dans le cadre de règles générales de la vie en société. En effet, un siècle avant Hippocrate^[Biographie 10], Confucius^[Biographie 6] préconise à tous les honnêtes gens, d'être discrets, d'éviter les bavardages.

Mais c'est Hippocrate (460-377 avant Jésus Christ) qui lui donne son importance à travers Le Serment, un recueil de soixante livres reconstitué à Alexandrie. Theil P. dans l'œuvre Le Serment, la Loi en 1958 déclarera : « *l'authenticité du texte ne peut être mise en doute mais il est impossible de dire si Hippocrate était l'auteur du serment* ». Il est possible que l'origine de cet engagement soit bien antérieure à l'époque et, tout au plus, Hippocrate n'a pu être l'auteur que d'une rédaction particulière ou d'une variante d'un serment beaucoup plus antique. La prouesse d'Hippocrate fut de faire entrer au niveau de la bibliothèque d'Alexandrie l'ensemble des soixante livres que constitue Le Serment, et qui se divise en trois parties :

- ❖ L'Invocation (le jurant invoque les dieux comme garants et témoins du serment)
- ❖ L'Exposition (énumération des devoirs du futur médecin)

- ❖ L'Imprécation (appelle le bonheur ou le malheur sur la personne du jurant, selon qu'il aura respecté ou violé son serment)

L'entrée de cette oeuvre dans la grande bibliothèque d'Alexandrie a eu pour effet de fixer une rédaction du texte et lui a permis d'agir d'une manière admirable sur l'avenir moral de la médecine moderne en formulant les devoirs essentiels du médecin. Voici présentée une traduction d'après le texte grec de Littré : « *Je jure par Apollon^[Biographie 1] médecin, par Esculape^[Biographie 8], Hygie^[Biographie 11] et Panacée^[Biographie 15], par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivants :*

« Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. »

« Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'(ovules) abortifs aux femmes. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. (Je ne taillerai pas les calculeux mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent.) Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret. »

« Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissé-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je le viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive ! »

Si le secret médical termine l'exposition du devoir du futur médecin, elle fait partie des engagements moraux de celui-ci. Mais pour bien appréhender la valeur morale et

spirituelle de ce document, il faut le replacer dans son époque et surtout dans son contexte religieux c'est à dire dans le temple d'Esculape.

Jusqu'au temps de Pythagore^[Biographie 17], un siècle avant Hippocrate, l'exercice de l'art médical fut le privilège exclusif de la famille des esclépiades qui se prétendaient être issus de Dieu et qui s'organisaient, en fait, en une vaste confrérie étendant son ministère dans toute la Grèce. Les prêtres-médecins d'Esclopios enfermés dans leur temple enseignaient à leurs enfants et à eux-seuls l'exercice de la prêtrise et de l'art médical. Le serment des esclopiades leur interdisait de révéler la médecine à tous ceux qui n'étaient pas issus de Dieu. La première école laïque de médecine fut fondée par Calliphon de Cnide^[Biographie 4], un esclupiade de transfuge dans la capitale du Pythagorisme et de la libre pensée, un siècle avant Hippocrate et Périclès^[Biographie 16]. Depuis, les jeunes gens de famille non médicale sont admis dans les écoles moyennant des versements d'honoraires au maître pour ses leçons. Le recrutement s'est ainsi peu à peu élargi. Pourtant de nombreux médecins restent asclépiades, comme Hippocrate de Cos descendant d'Asclépios^[Biographie 2], lui-même issu d'une lignée de dix sept ancêtres tous prêtres-médecins. Un des concepts principaux réside dans le fait que l'enseignement médical doit débiter tôt dans l'enfance et que le futur médecin prête serment dès son entrée à l'école.

Ainsi ce serment dont l'origine se perd dans la nuit des temps est d'abord un engagement sacré dont les Dieux sont garants, mais également un document d'ordre initiatique qui précède obligatoirement « la révélation ». Le serment interdisait formellement de divulguer ce qui pouvait être préjudiciable à la réputation du malade.

Cependant et contre toute attente, Hippocrate réputé pour sa morale médicale, n'hésitait pas à parler publiquement de certaines particularités pourtant très intimes de ses patients.

Devant ces données paradoxales, la phrase du serment concernant le secret va susciter autant d'interprétation que d'interrogation. Les différents auteurs vont discuter sur la traduction et les nuances de tel ou de tel autre mot du texte qui pourrait en modifier le sens général. La contre-verse s'est surtout posée à propos de la question suivante: l'obligation de discrétion a-t-elle été prônée dans l'intérêt du patient ou destinée à conférer au médecin une respectabilité intéressée ? Gallien^[Biographie 9] dit que le secret est tout au plus une bonne précaution et non un devoir moral et qu'il semble que ce précepte ait été instauré dans un souci de pragmatisme et beaucoup plus pour la renommée du médecin que dans l'intérêt du patient. Quant à R.Villey, il affirme qu'il s'agissait bien du secret médical du fait de la place donnée à la phrase sur le secret dans le texte du Serment (non pas avec les devoirs envers les

maîtres, mais après le respect de la vie, l'innocence et la pureté). Pour les uns, c'est un simple rappel à la discrétion, règle de savoir-vivre répandue dans la société contemporaine et que doit aussi respecter le médecin. Pour d'autres commentateurs, ce secret est affirmé dans un souci corporatiste pour assurer la réputation du médecin. Cette nouvelle corporation constitue une profession émergente, en train de s'émanciper de la sphère des prêtres et des magiciens longtemps responsables de la prise en charge des malades. Le secret doit souder le groupe médical, sinon comme une secte secrète, du moins comme une caste. Nous pouvons d'ailleurs noter, dès cette époque, une exception non encore appelée secret partagé, pour des échanges entre les médecins afin d'élargir leurs connaissances et assurer la transmission du savoir de maître à élève.

Reconnaissons que dans l'Antiquité, la seule trace d'un intérêt porté au sujet de la discrétion du médecin, réside dans la phrase d'Hippocrate sous la forme suivante dans la traduction de Littré :

« Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. »

Nous pouvons effectivement nous interroger sur l'existence d'un secret médical. Ou n'était-ce qu'une habitude de l'école de Cos de porter au silence ce qui était vu, entendu ou perçu ?

2. D'Hippocrate au Moyen Âge

Nous ne pouvons affirmer que le principe soit tombé en désuétude -les textes hippocratiques seront traduits- mais on doit remarquer que le secret ne fera guère l'objet de commentaires par la suite.

En effet, pendant plus d'un millénaire, aucune mention du secret n'est retrouvée, pas même dans les œuvres de Gallien (131-201), malgré l'admiration de cet auteur pour Hippocrate. Quant au droit romain classique, il reste également muet, bien que nous retrouvions une phrase et une seule sur notre sujet chez Cicéron (De Officiis) ^[Biographie 5] :

« les médecins qui pénètrent sous les toits et dans les chambres d'autrui doivent cacher beaucoup de choses, même sous l'offense, quoiqu'il soit difficile de se taire quand on pâtit. » selon Raymond Villey dans Histoire du secret médical, page 17.

Rien ne nous permet de penser que pendant les quatre premiers siècles précédant le moyen Age, les règles du silence aient été observées.

3. Du Moyen Age à la Renaissance

Par sa discrétion, le Moyen Age prolonge l'Antiquité. Les raisons sont diverses mais l'une d'elles semble expliquer que le secret, dans l'exercice de la médecine, a perdu de son importance. En effet, avec l'émergence de la religion chrétienne, la médecine est prise en charge par des clercs, des moines. Il va de soi que le corps disparaît devant l'esprit. Les médecins laïques se font exceptionnels, la morale religieuse s'impose pour tous et doit suffire aux médecins, comme aux malades. D'ailleurs à cette époque difficile, le groupe prime sur l'individu dont les droits sont quasi-inexistants.

Le secret révélé au médecin, qui devait le protéger, n'a plus lieu d'être, l'examen clinique étant succinct. En effet, il est rapporté qu'à cette époque l'auscultation consistait essentiellement à la prise du pouls artériel, bras du malade tendu entre deux voilages entourant le lit.

Le secret médical se confond avec la confession ; les médecins sont assermentés comme les prêtres. Aucun texte officiel ancien ne mentionne la notion de secret médical.

La plupart des versions médiévales du serment d'Hippocrate ne font plus référence au secret. A cette époque, « *Le secret n'est pas du domaine de la loi, il est d'ordre moral et individuel* » comme l'écrit R. Villey dans l'ouvrage sus cité.

D'ailleurs, il y a pire. De nombreuses infractions ou dérogations au secret médical sont signalées, avec au XIV^e siècle et jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, une obligation pour les médecins et les chirurgiens de signaler aux autorités les blessés et les malades qu'ils soignent.

Au Moyen Âge, il n'y a plus de secret nécessaire parce qu'il n'y a plus vraiment de dévoilement de la personne privée.

4. De la Renaissance à la Période Révolutionnaire (XV^e-XVIII^e siècle)

C'est la période du renouveau du secret médical ainsi que de l'individualisme sur la collectivité.

Malgré quelques hésitations dues en partie au fait que les médecins sont bien souvent des ecclésiastiques, le secret médical est à nouveau à l'ordre du jour.

En effet, François Bernier^[Biographie 3] (1620-1698) fait du secret médical « *l'âme de la médecine* ». Il écrit en 1689 : « *Quand [le médecin] a donc reçu le précieux déposit du cœur du malade, il faut que son cœur et sa bouche l'ensevelissent dans le silence, et qu'ils luy servent, pour ainsi dire, de tombeau [...] et il n'est pas moins obligé à garder ce secret, que le confesseur à garder celui de son pénitent.* »

Propos prononcés pour le bien de la communauté, même si des exceptions non encore appelées des dérogations vont voir le jour tout au long de ces trois siècles. Le principal objectif est de protéger contre les maladies contagieuses, le public après l'atteinte du particulier. Le secret médical retrouve également un écho dans la loi grâce à Jean Verdier (1735-1820). Celui-ci est à la fois Docteur en médecine et Avocat à la Cour du Parlement de Paris, il rédige un Essai sur la jurisprudence de la médecine en France (1763) dont :

« Les secrets qui sont confiés aux médecins sont des dépôts sacrés qui ne leur appartiennent point. La raison, la religion et les statuts leur enjoignent de garder sur eux un silence inviolable... L'obligation du secret est si forte chez eux, que la plus saine partie des théologiens, canonistes, jurisconsultes et médecins, disent qu'un médecin ne peut être tenu par le commandement d'aucun Supérieur à rendre compte de ce que son ministère lui a fait connaître. »

Très clairement et avec un don d'anticipation, Jean Verdier souligne que le médecin n'est pas le dépositaire d'un secret qui appartient à celui qui lui a confié. Personne ne peut l'en délier et notre auteur le défend même contre la justice. De ce fait, malgré la moindre obligation légale, on commence à voir des procès intentés à des médecins pour violation du secret, quand il y a préjudice pour le malade.

La révolution française va tout remettre en jeu en supprimant temporairement les facultés de médecine et en affirmant les droits du particulier vis-à-vis du pouvoir. Seule la Faculté de Médecine de Montpellier a maintenu en vigueur un texte du Serment d'Hippocrate : « Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés... »

Il ne reste plus qu'à assurer par la loi la protection des individus vis-à-vis des médecins et de ces derniers vis-à-vis de l'état.

L'énigme du secret appartenant à l'individu et non pas au médecin est encore à ce jour d'actualité. La problématique persiste puisque le patient est sensé ne pas connaître l'ensemble des éléments de son dossier lui permettant de délier son médecin du secret ! A notre époque cette problématique est d'autant plus vraie que tenir un dossier médical est une

obligation pour le médecin qui doit délivrer avec parcimonie et à bon escient les éléments nécessaires et indispensables à la prise en charge de son patient. De même, les nombreux certificats dont ceux destinés aux assurances mettent dans l'embarras le praticien et le patient qui ne comprend pas la réticence du professionnel à compléter ces formulaires qui, rappelons-le, ne font pas partie des dérogations légales.

5. De la Révolution au XX^e siècle

La révolution de 1789 reconnaît les droits des individus et protège leur vie privée vis-à-vis de la collectivité. Pour le secret médical, cela se traduit par l'article 378 du Code pénal de 1810 qui restera en vigueur jusqu'en 1994 :

« Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonction temporaire ou permanente, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 F à 15000 F. »

Dès ce moment, une dérogation est prévue obligeant les médecins, comme les autres citoyens, à dénoncer toutes les personnes menaçant la sûreté de l'Etat. Lors des émeutes de 1832, le préfet de police demande aux professionnels de santé de lui signaler tous les blessés. Personne n'y répondra et Dupuytren^[Biographie 7] résumera la position des « résistants » dans la formule devenue célèbre : « Je ne connais pas d'insurgés dans mes salles, je n'y vois que des blessés. » Cette résistance obligea l'Etat à abroger cette dérogation au secret médical ; dérogation qui fut la première d'une longue série à paraître en 1892 pour la déclaration des maladies épidémiques.

Le Serment est de nouveau remis à l'honneur, et ce quelques deux mille ans après Hippocrate. Le plus étonnant est qu'il réapparaît à une époque incertaine, révolutionnaire, pendant laquelle tous les Ordres sont abolis, alors que le Serment lui-même représente un ordre, celui des Asclépiades.

Au cours du XIX^e siècle, le secret médical prend de plus en plus d'importance, voire se mystifie surtout en France. L'affaire Watelet marque un moment « historique » pour le secret médical. En résumé, en 1884, le docteur Watelet soigne un peintre réputé, Bastien-Lepage^[Biographie 12] qui présente un cancer testiculaire en phase terminale. Ses médecins dont le

docteur Watelet, l'autorisent à effectuer un ultime voyage en Algérie « pour convalescence ». A sa mort, une campagne de presse accuse le Docteur Watelet d'avoir négligé de traiter le peintre d'une maladie vénérienne. Pour se défendre de cette calomnie, Docteur Watelet adresse au journal Le Matin une lettre rétablissant les faits, révélant ainsi la nature de la maladie du peintre. C'est ainsi que le Parquet l'a poursuivi pour effraction à l'article 378 du Code Pénal et condamné en première instance puis en appel. La Cour de cassation rejette son pourvoi et un arrêt lui est dû le 18 décembre 1885, qui précise que la disposition de l'article 378 « est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire » modifiant l'arrêt de la même Cour de 1830.

Cette affaire suscitera beaucoup de réflexion, « Silence quand même et toujours » selon le doyen Brouardel (1837-1906), et de résistance du corps médical français face à l'application de la loi de 1892 sur la dérogation au secret médical en faveur de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

6. XX^e siècle – XXI^e siècle

Le devoir du secret va se transformer en privilège. Des médecins profitent de la loi du 30 novembre 1892 abolissant les officiers de santé et faisant apparaître la nécessité d'une déontologie professionnelle. Les premiers conseils de famille –préfigurant l'Ordre des Médecins– réfléchissent sur les règles professionnelles à établir. Ainsi le juriste Emile Garçon développe et déclare « ce secret est donc absolu et d'ordre public. »

De nombreuses dérogations vont voir le jour, pas toujours appréciées des médecins mais qui, pour l'ordre public, vont devoir s'y contraindre. Parfois ce secret servira de bouclier. C'est ainsi que le professeur Louis Portes, alors président du Conseil National de l'Ordre des Médecins lors de la deuxième guerre mondiale, va envoyer un télégramme de réponse à l'ordre allemand de dénoncer les blessés des maquis de la Résistance :

« Le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins se permet personnellement de rappeler à ses confrères qu'appelés auprès d'un malade ou d'un blessé, ils n'ont d'autre devoir à remplir que de leur donner leurs soins. Le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que le malade porte à son médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse les en dégager. »

La médecine moderne résulte à la fois de l'influence d'Hippocrate, de ses écrits, que du christianisme et le bien-être de la collectivité grâce à l'âme. La médecine hippocratique fondée essentiellement sur l'observation reposait sur le dialogue établi entre le médecin et le malade d'où la nécessité du Secret afin de ne pas nuire. Or au fil des siècles, l'utilisation de techniques nouvelles va bouleverser l'acte médical. Le médecin n'est plus un médiateur inspiré par la nature, s'interposant entre le malade et sa maladie vécue, mais il est le médiateur suscité par la société s'interposant entre la maladie et la connaissance de la maladie.

Cette technicité ainsi que les droits sociaux telle que l'instauration de la Sécurité Sociale en 1946, vont renforcer l'obligation de discrétion, de Secret médical comme un secret professionnel. Ils vont également obliger les médecins à partager ce secret avec des confrères pour une prise en charge multidisciplinaire, une protection de l'individu (dérogation contre la maltraitance des enfants), une protection de la collectivité (déclaration obligatoire des maladies contagieuses). L'intérêt du malade est donc considéré de façon consciente, lucide mais parfois superficielle, confronté à l'intérêt de la collectivité. Le plus bel exemple et sans doute un des plus frappants est l'urgence collective ressentie face à l'émergence de l'« épidémie » du S.I.D.A. (Syndrome d'immunodéficience acquise).

La déliquescence du secret médical culmine en 1996 avec les révélations du Dr Gübler, un des médecins de l'ancien Président de la République française François Mitterrand^[Biographie 14] (1916-1996) décédé alors. La problématique peut ainsi être posée : fallait-il dénoncer la maladie du Président dès son diagnostic et ce dans l'intérêt de la collectivité, ou taire à jamais ce secret ? Sans oublier que dans le choix de la deuxième alternative, il aurait sans doute été préférable de ne pas communiquer un bulletin de « bonne » santé, évitant ainsi un "vulgaire" mensonge !

De même, le développement des tests génétiques fait actuellement apparaître une intrusion encore plus intime dans la personnalité et le comportement des individus.

Le Secret Médical est actuellement très discuté et une législation est nécessaire afin d'inciter les partenaires de la santé à rester fermes non plus sur les principes du secret médical mais sur les obligations, les droits et les devoirs dus au secret professionnel (dans lequel le secret médical se fonde depuis le remplacement de l'article 378 du Code pénal par l'article 226-13 du nouveau Code pénal, entré en vigueur le 1er mars 1994.)

II. Fondement déontologique

C'est en 1825 que le mot « déontologie » apparaît pour la première fois en langue française. Ce nouveau terme correspond à un nom plus expressif pour désigner l'Éthique. En 1845, le premier ouvrage de déontologie médicale fut écrit par Dr Max Simon. Cette parution coïncide avec la première réunion en nombre de médecins lors du Congrès médical à Paris, qui fut l'occasion d'une prise de conscience et par là-même de la naissance du corps médical.

Le secret médical est volontiers présenté comme une question de déontologie, un devoir professionnel du médecin. Mais comme le souligne P. Brouardel dans son deuxième ouvrage consacré au secret (Le secret médical ; Paris, Baillière, 1898), le législateur n'est pas à l'origine de ce devoir. Ce sont les médecins eux-mêmes qui ont ressenti le besoin de créer cette obligation, d'y adhérer sans qu'une loi le leur impose. C'est également à leur initiative et suite à l'article 378 du Code pénal et à la loi du 30 novembre 1892 abolissant les officiers de santé, que les premiers conseils de famille -préfigurant l'Ordre des médecins- réfléchissent sur les règles professionnelles à établir. La nécessité d'une déontologie professionnelle s'est imposée.

L'Ordre des médecins verra le jour dans un premier temps en 1941 sous le gouvernement de Vichy (la ville fut, de juillet 1940 à août 1944, le siège du gouvernement de l'« État français », dirigé par le Maréchal Pétain). La publication d'une première ébauche du Code de Déontologie stipulait : « *Le secret professionnel lie le médecin de manière absolue; il n'appartient pas au client de l'en délier* ».

L'Ordre des médecins existera sous différentes formes jusqu'à l'ordonnance du 26 septembre 1945 qui établit l'Ordre tel qu'il existe encore de nos jours. Le 28/06/1947 est la date retenue pour la parution officielle du premier Code de déontologie.

La déontologie devient une législation professionnelle qui s'impose au corps médical. Le secret n'est plus un simple usage, il devient « un devoir absolu » du médecin. Le contenu de l'information à caractère secret ainsi que le mode d'acquisition de ces informations, qui concerne tout ce qui a été confié au médecin mais aussi, ce qu'il a vu, entendu ou compris est précisé dans **l'article 4 du Code de déontologie**.

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Le médecin est également tenu de veiller au respect des obligations de secret par les personnes qui l'assistent, selon **l'article 72 du Code de déontologie**.

« Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle. »

En ce qui concerne la nécessité d'assurer la confidentialité des fiches cliniques ou tout autre document concernant le malade, quelles que soient les circonstances telles que les activités cliniques ou de recherche ou d'enseignement, le médecin est tenu **aux articles 45 et 73 du Code de déontologie**.

Article 45 du Code de déontologie

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. »

Article 73 du Code de déontologie

« Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que

l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu. »

Ainsi, le médecin adhère à la fois au principe du secret selon les articles 4, 45, 72, 73 du Code de Déontologie et à la fois aux dérogations déontologiques et législatives de ce secret comme nous allons l'illustrer dans le chapitre suivant.

III. Fondement juridique et législatif

« Juristes et médecins arrivent aux mêmes conclusions : le secret professionnel est intangible pour le prêtre, l'avocat et le médecin. Cependant, le médecin doit bien respecter la loi et accepter les violations [dérogations aurait été un terme plus exact] du secret médical qui lui sont imposés par le législateur, soit dans l'intérêt de la santé publique, soit pour assurer la régularité de l'état civil. » PR V. Balthazard à l'Académie de médecine en 1942.

1. Législation actuelle

Ethymologiquement « secret » vient du latin *secretus, de secerner* : trier, séparer.

Le secret représente quelque chose aussi bien organique, matériel, que spirituel ou mythique. Il est distingué par une personne ou un groupe de personnes pour être mis de côté par rapport au reste. Le secret procure un certain pouvoir à celui qui le détient, car il correspond à la réalité et s'oppose au mensonge. C'est pourquoi, découvrir un secret est toujours une convoitise, quel que soit l'objectif. Naturellement, la profession dont l'objectif premier est de découvrir pour ensuite révéler ces secrets, est le journalisme. Nous nous indignons parfois des révélations faites par ce corps professionnel ; malgré cela, l'attrait de la pseudo « confiance » est le plus fort. Le fait de connaître les secrets des autres est plus croustillant que l'indignation ressentie suite au dévoilement.

Preuve en est que le secret professionnel est obligatoire afin de protéger les intérêts de la personne détentrice du secret.

En ce qui concerne le secret médical, Hippocrate avait déjà conscience de la nécessité de taire ce qu'il examinait, comprenait, déduisait, entendait ou voyait. L'impératif du secret médical, impératif moral dans un premier temps puis législatif (code pénal 1810),

renforce la confiance que le malade met dans la discrétion de son médecin, une discrétion générale et absolue car « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* » comme l'a souligné L. Portés en 1950.

Le secret médical est ce qui reste confiné au sein du couple médecin-patient. Il s'exerce vis-à-vis du tiers et personne, pas même le patient, ne peut délier le médecin de ce secret. En effet, le patient non initié à la médecine, ne connaît pas lui-même l'étendue du secret dont il voudrait délivrer le médecin.

C'est ainsi, que dans les années cinquante et pour quelques décennies du XX^e siècle, nous parlons de la conspiration du silence des médecins, qui va déboucher sur un « *silence systématique au nom du sacré saint principe du secret médical* » selon Mac Aleese (médecin, il intervient de nombreuses fois sur la problématique du secret médical. Il a participé en particulier en 1980 à la commission interministérielle sur le dossier médical et le manque de communication avec le patient.)

Seule la justice peut lever le médecin du secret, enfin la seule partie secrète qui intéresse l'instruction. Les interactions en sont d'autant plus importantes que les frontières sont abstraites, délicates. De la même façon, nous hésitons sur l'équilibre à conserver entre le maintien du secret médical, que l'on dit inexpugnable, et les impératifs de santé publique et de protection d'autrui que l'on éprouve tout autant. Il est en effet courant d'affirmer que le secret médical est absolu : c'est en tant que tel qu'il est présenté dans le Code de Déontologie médicale et les documents diffusés par l'Ordre National des Médecins. Ce qui n'empêche pas l'adoption de textes obligeant le médecin à déclarer les maladies contagieuses, alors même que dans certains cas la communication du nom du malade concerné est exigée. La question a été difficilement débattue dans les années quatre-vingt dix lorsqu'il s'est agi de combattre l'épidémie de S.I.D.A.

La coexistence des deux obligations - obligation de se taire ou obligation de parler - et leur compatibilité viennent sans doute du fait que le médecin ne dispose jamais de l'information, forcé qu'il est de la conserver ou de la divulguer, suivant une hiérarchisation des intérêts qui ne dépend en rien de sa volonté.

1.1 Bases juridiques

Le Code pénal impose l'obligation de taire les informations à caractère secret dont on est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire.

Article 226-13

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 226-14

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 89 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 85 Journal Officiel du 19 mars 2003)

(Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 art. 11 Journal Officiel du 3 janvier 2004)

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

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

Loi 2004-1 du 3 janvier 2004 art. 16: Les dispositions de l'article L. 226-14 du code pénal sont applicables en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna.

La loi pénale ne précise ni la liste des professions ni la nature de l'information à caractère secret, elle se contente d'établir l'interdiction de leur révélation. La jurisprudence s'est chargée de définir sur les bases de l'ancien article 378 du Code pénal ces différentes notions.

En matière médicale, le meilleur repère est constitué par le Code de Déontologie, dont les détails ont été donnés précédemment.

1.2 Aspects pratiques

1.2.1 *Dans la relation médecin-malade*

Il est généralement considéré que le secret n'existe pas entre le médecin et son patient. Cependant, dans certaines circonstances et au nom de l'intérêt du patient, le médecin peut taire un certain nombre d'information, en particulier laisser un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. La révélation d'un tel pronostic est laissée à la conviction du médecin. Il est seul juge. En effet, certains patients sont désireux de connaître la vérité sur leur santé et sont prêts à assumer cette révélation, d'autres, à l'inverse, ont fait connaître ou comprendre leur désir de ne pas savoir. La décision incombe de toute façon au médecin en fonction de la connaissance de son malade, de son mode de réaction face à une telle nouvelle.

De même, le dossier médical est une question très litigieuse. Jusqu'alors ce dossier ne pouvait être communiqué directement au patient, il devait être transmis à un confrère médecin, selon la loi du 06/01/1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés. Cet état de fait vient d'être modifié, le dossier médical appartient au patient depuis la loi n°2002-303 du 4 mars 2002^[Bibliographie IV.5]. Quel va être le contenu de ce document ? Allons-nous voir apparaître un dossier officiel, mais « allégé » remis au patient et un « obscur » que le médecin gardera secrètement ?

En revanche, le secret est clairement opposable aux tiers sauf transmission à des personnes soumises aux mêmes obligations en matière de secret mais avec l'accord de l'intéressé et, sauf transmission à la famille avec l'accord de l'intéressé ou dans certaines situations, si l'intérêt du malade l'exige comme le définit l'**article 35 du Code de Déontologie**.

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Malgré tout, nous notons une difficulté d'usage. En effet, nombreux sont les praticiens jugés par leurs pairs pour rupture du secret professionnel dans des circonstances de conflit familial.^[Bibliographie II.5]

1.2.2 Dans la relation avec la justice

Il est prévu dans le Code pénal diverses situations face auxquelles le médecin est libre de révéler certains faits normalement couverts par le secret professionnel. Ce sont les dérogations au secret. Cependant le médecin est non astreint à cette obligation

Article 434-3 du code pénal

CODE PENAL (Partie Législative) : Article 434-3

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

Le témoignage du médecin en Justice répond à deux situations :

❖ **Le témoignage sur demande du patient**

Le médecin doit refuser de témoigner afin d'éviter d'être amené à dévoiler certains faits que le patient n'aurait pas voulu voir révélés. Le médecin peut refuser de déposer en Justice sur des faits dont il a eu connaissance dans

l'exercice de sa profession (arrêt de la Cour de cassation du 08/05/1947, confirmé par un arrêt du 05/06/1985).

❖ Dans une affaire de responsabilité médicale

Le médecin poursuivi pour des faits de nature médicale, peut s'affranchir du secret dans un but d'exonération de sa responsabilité médicale (arrêt de la Cour de Cassation Criminelle du 20/12/1967).

La saisie du dossier médical ne peut être effectuée que par un juge d'instruction sous réserve des règles de procédure définies dans l'article **56-1 du Code de procédure pénale**.

CODE DE PROCEDURE PENALE(Partie Législative) Article 56-1

(Loi n° 85-1407 du 30 décembre 1985 art. 10 et 94 Journal Officiel du 31 décembre 1985 en vigueur le 1er février 1986)

(Loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 art. 7 Journal Officiel du 5 janvier 1993 en vigueur le 1er mars 1993)

(Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 art. 44 Journal Officiel du 16 juin 2000)

Les perquisitions dans le cabinet d'un avocat ou à son domicile ne peuvent être effectuées que par un magistrat et en présence du bâtonnier ou de son délégué. Ce magistrat et le bâtonnier ou son délégué ont seuls le droit de prendre connaissance des documents découverts lors de la perquisition préalablement à leur éventuelle saisie.

Le bâtonnier ou son délégué peut s'opposer à la saisie d'un document à laquelle le magistrat a l'intention de procéder s'il estime que cette saisie serait irrégulière. Le document doit alors être placé sous scellé fermé. Ces opérations font l'objet d'un procès-verbal mentionnant les objections du bâtonnier ou de son délégué, qui n'est pas joint au dossier de la procédure. Si d'autres documents ont été saisis au cours de la perquisition sans soulever de contestation, ce procès-verbal est distinct de celui prévu par l'article 57. Ce procès-verbal ainsi que le document placé sous scellé fermé sont transmis sans délai au juge des libertés et de la détention, avec l'original ou une copie du dossier de la procédure.

Dans les cinq jours de la réception de ces pièces, le juge des libertés et de la détention statue sur la contestation par ordonnance motivée non susceptible de recours.

A cette fin, il entend le magistrat qui a procédé à la perquisition et, le cas échéant, le procureur de la République, ainsi que l'avocat au cabinet ou au domicile duquel elle a été effectuée et le bâtonnier ou son délégué. Il peut ouvrir le scellé en présence de ces personnes.

S'il estime qu'il n'y a pas lieu à saisir le document, le juge des libertés et de la détention ordonne sa restitution immédiate, ainsi que la destruction du procès-verbal des opérations et, le cas échéant, la cancellation de toute référence à ce document ou à son contenu qui figurerait dans le dossier de la procédure.

Dans le cas contraire, il ordonne le versement du scellé et du procès-verbal au dossier de la procédure. Cette décision n'exclut pas la possibilité ultérieure pour les parties de demander la nullité de la saisie devant, selon les cas, la juridiction de jugement ou la chambre de l'instruction.

1.2.3 Cas particulier de la médecine de contrôle ou d'expertise

La remise des pièces nécessaires à l'expert judiciaire agissant en matière pénale doit s'effectuer soit sur réquisition du procureur de la République, soit sur commission d'expertise du juge d'Instruction. Quant à l'expert agissant en matière civile, il agit par ordonnance d'une chambre statuant en Référé ou au Fond. Le médecin chargé de l'expertise ne doit faire figurer sur son rapport que les éléments éclairant sa mission et doit attester qu'il remplit personnellement sa mission comme l'oblige l'article **108 du nouveau Code de déontologie**.

Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise.

Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.

Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie. Il ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les justifient. Il en est également ainsi pour le médecin de travail vis-à-vis de l'employeur. Le médecin traitant peut communiquer avec et seulement avec le médecin du travail, avec l'accord de l'intéressé.

1.2.4 Dans la relation avec la Sécurité Sociale

1.2.4.1 Contrôle médical

Le contrôle médical exercé par les médecins de la Sécurité Sociale, vise à donner des avis sur l'appréciation donnée par le médecin sur l'état de santé d'un patient. Pour ce faire, le médecin conseil peut être amené à demander des informations au médecin traitant en respectant l'article **50 du Code de déontologie**.

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

Les points suivants sont nécessaires :

- ❖ accord du patient,
- ❖ délivrance des renseignements à un médecin conseil désigné, tenu au secret vis-à-vis de la structure administrative en dehors de la transmission de l'avis,
- ❖ limitation des données transmises à celles uniquement nécessaires au contrôle,
- ❖ enfin, le médecin reste seul juge de l'opportunité de la transmission de ces informations.

En ce qui concerne ce dernier point, nous notons une déviance : en effet sur les feuilles de maladie, il est stipulé que pour les professions indépendantes, le motif médical est obligatoire selon l'article **D615-23 du Code de la Sécurité Sociale**, ne laissant plus le médecin traitant libre de la transmission. De même, le médecin référent s'engage à stipuler ce motif médical, et ce même pour les salariés.

**CODE DE LA SECURITE SOCIALE(Partie Réglementaire –
Décrets simples) : Article D615-23**

(Décret n° 95-556 du 6 mai 1995 art. 4 Journal Officiel du 7 mai 1995 en vigueur le 1er juillet 1995)

(Décret n° 2000-507 du 8 juin 2000 art. 4 Journal Officiel du 11 juin 2000)

En vue du versement des indemnités journalières, l'assuré doit adresser au service médical de la caisse mutuelle régionale un avis d'arrêt de travail dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et qui doit comporter notamment la signature du médecin traitant et, après sa prescription, la cause et la durée probable de l'incapacité de travail.

L'avis d'arrêt de travail doit, sauf en cas d'hospitalisation, être adressé par l'assuré au service médical dans le délai de deux jours suivant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

Dans le cas où l'assuré reprendrait son travail avant la fin de la durée d'arrêt de travail prescrite par son médecin traitant, il doit adresser au service médical de la caisse mutuelle régionale une déclaration sur l'honneur indiquant la date de reprise de son travail dans le délai de deux jours suivant la date de la reprise.

1.2.4.2 Procédures d'évaluation des activités de santé

Les nouvelles procédures introduisent des dispositions qui contribuent à fragiliser le respect du secret professionnel.

En effet, si les informations nominatives sont exceptionnelles, elles sont dans un premier temps collectées puis traitées sous forme de résumés d'unité médicale (R.U.M.) puis regroupées sous forme de résumés de santé standardisés (R.S.S.) nominatifs puis transformés en résumés de sortie anonymes destinés à la C.N.A.M (Caisse Nationale d'Assurance Maladie).

Certes, ces fichiers ne pourront être constitués qu'après avis de la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) mais le patient, d'une part, ne semble pas bénéficier du droit de s'opposer à la mise en œuvre de ces traitements et, d'autre part, les médecins inspecteurs de la Santé Publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès aux fichiers nominatifs pour les confronter en particulier avec les dossiers médicaux des patients sans que l'accord de l'intéressé soit sollicité.

1.2.4.3 Carnet de santé

L'utilisation du carnet de santé doit se faire dans le strict respect des règles déontologiques. Ceci notamment par rapport à la nécessité d'informer préalablement le patient quant à la nature des informations que le médecin veut y porter. Le patient a le droit de s'y opposer.

1.2.5 *Dans la relation avec les compagnies d'assurance*

Le médecin ne peut refuser au patient les documents nécessaires à l'obtention des prestations (arrêt en Conseil d'Etat du 17/11/1982). Par contre, il reste maître du libellé du certificat et juge de l'opportunité de sa délivrance, notamment sous la forme demandée par l'assurance.

1.3 Conclusion

Le secret est une condition nécessaire à la confiance des malades. Il est aussi un symbole : par sa discrétion, chaque médecin manifeste le respect qu'il porte à ses malades. Le secret n'est pas seulement une clause tacite qui lie le médecin à son patient, il est d'ordre public comme l'ensemble de la législation le démontre.

2. Les Dérogations du Secret Professionnel

Les dérogations légales au secret professionnel du médecin sont au nombre de seize. Il faut bien noter que ces dérogations prescrivent ou autorisent seulement une certaine révélation. Les lois actuelles ne permettent pas n'importe quelle révélation, n'importe quelle indiscretion à n'importe qui. L'obligation du secret demeure pour tout ce qui n'est pas expressément visé par le texte.

Certaines ont un caractère obligatoire, d'autres permettent aux médecins de faire état des informations qu'ils détiennent sans encourir les sanctions prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

2.1 Dérogations obligatoires

- ❖ *Déclaration des naissances (article 56 du Code civil)*
- ❖ *Déclaration des décès (article L.363-1 du Code des communes)*
- ❖ *Déclaration des maladies contagieuses (article L.11, 12, 13 du Code de la santé publique)*
- ❖ *Déclaration des maladies vénériennes (article L.257 et L.260 du Code de la santé publique)*
- ❖ *Certificat d'internement (article L.333 à L.351 du code de la santé publique)*
- ❖ *Alcooliques présumés dangereux (article L.355-2 du Code de la santé publique)*
- ❖ *Incapables majeurs (article 490 du Code civil ; article L.327 du Code de la santé publique)*
- ❖ *Accidents du travail et maladies professionnelles (article L.441-6 et L.461-5 du Code de la sécurité sociale)*
- ❖ *Pensions militaires d'invalidité (loi du 03 avril 1955)*
- ❖ *Pensions civiles et militaires de retraite (article L.31 du Code de la santé publique)*

- ❖ *Indemnisation des personnes contaminées par le VIH à l'occasion d'une transfusion*

2.2 Permissions de la loi

- ❖ *Mauvais traitements infligés à des mineurs de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger (article 226-14 du Code pénal)*

Cet article autorise les médecins à dénoncer les sévices et les privations infligés à cette catégorie de personne. Le rapprochement de ces dispositions avec celles de l'article 434-1 réprimant la non-dénonciation de crime et qui exclut expressément leur application aux personnes tenues au secret professionnel montre clairement qu'il ne s'agit pas d'une obligation de dénonciation pour le médecin. De plus, un amendement récent d'octobre 2003 autorise ce signalement en l'absence de l'autorisation du mineur en question.

Il convient néanmoins de rappeler que les dispositions de l'article 223-6 réprimant la non-assistance à personne en péril sont applicables, et qu'en cas de mauvais traitements un médecin ne saurait rester passif sans encourir les peines prévues par cet article

- ❖ *Sévices permettant de présumer des violences sexuelles de toute nature (article 226-14 du Code pénal)*

Cette déclaration ne peut être faite au procureur de la République qu'avec l'accord de la victime, en règle générale majeure.

- ❖ *Evaluation d'activité des établissements de santé (article L.710-6 du Code de la santé publique)*

- ❖ *Recherche dans le domaine de la santé (article 40-3 du code pénal)*

- ❖ *Accès au dossier hospitalier (article L.710-2 du Code de la santé publique et article L. 162-30-1 du Code de la sécurité sociale)*

IV. Conclusion

En ce début de XXI^{ème} siècle, il est devenu nécessaire d'éclaircir, tant pour le corps médical que pour les patients, la notion de Secret Médical devenu, rappelons-nous, Secret Professionnel depuis le nouveau Code pénal de 1994.

Tout d'abord le secret médical n'est pas un privilège des médecins. Ce n'est en aucun cas, un outil brandi pour taire ce qui peut être dérangeant. Par ailleurs, le secret médical ne vise pas le patient ou le malade, il est le premier concerné par sa santé. Il s'agit plutôt (pourrait-on dire seulement ?) de protéger certaines informations touchant à son intimité de la connaissance de tiers. Ils pourraient en tirer avantage à son détriment, en ternissant sa réputation ou en compromettant sa situation matérielle. Comme les autres citoyens, les médecins sont soumis aux lois, mais le bon fonctionnement de leur corps professionnel est favorisé par des règles propres. Le Code de Déontologie rassemble les éléments d'un devoir, il n'est pas seulement établi par la profession, il est soumis à l'administration, au Conseil d'Etat puis au gouvernement avant d'être publié au Journal Officiel sous la signature du Premier ministre, après que chaque interventionniste a vérifié sa conformité avec les lois et autres règlements régissant la société. Le bon fonctionnement de ce corps professionnel est favorisé par des règles qui lui sont propres.

Ce qui menace le plus le secret médical tient en fait à une évolution des mœurs qui se sont libéralisées, parfois d'une façon excessive. On a vu se développer une curiosité insatiable favorisée par les médias et en particulier par ceux qui se sont spécialisés dans ce style d'information, sans scrupule.

Si l'on accorde quelque valeur aux droits de l'Homme, au respect des personnes et de leur vie privée, le secret médical garde toute sa raison d'être. Face à un certain délitement, il mérite d'être consolidé, renforcé. Ce renforcement viendra de deux types d'éducation :

- Une éducation du public qu'il faudrait sensibiliser aux enjeux réels, sensibiliser au fait que la curiosité malsaine dont ils font parfois preuve vis-à-vis des autres, il ne la souhaite ni pour eux-mêmes ni pour un de leurs proches.
- Une éducation des professionnels de santé qui ne doivent pas être seulement formés à des prouesses techniques. Ils doivent aussi et davantage qu'auparavant compte tenu des possibilités bio-techniques mises à leur disposition, être rappelés à des principes humanistes.

B. L'enfance maltraitée

Il n'est pas dans mon intention de traiter de façon exhaustive la maltraitance des enfants, le sujet à lui-seul mérite d'être le thème d'une thèse.

Au cours de cette deuxième partie, dans la limite de mes connaissances historiques et juridiques, j'essaierai de donner les éléments nécessaires à la compréhension de ce phénomène. Il peut nous paraître être, un phénomène moderne, à nous citoyens d'une époque médiatique. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, il n'en est rien. En revanche, la prise de conscience, quant à elle, est récente, entraînant par là-même les mesures administro-judiciaires de protection de l'enfant.

I. Evolution de la définition de la maltraitance

1. Rappel historique

Les mauvais traitements envers les enfants ont sans doute toujours existé. La nouveauté réside dans leur prise de conscience, sous l'influence de la reconnaissance de la personnalité de l'enfant et de ses droits.

Le dix-neuvième siècle voit apparaître les premiers pionniers. En effet, certains médecins essayent de franchir l'indifférence générale en lançant soit des travaux d'évaluation clinique comme le fit Ambroise Tardieu en 1860, soit une enquête sur les enfants délaissés ou maltraités à l'instigation du ministère de l'Intérieur en 1888. Ce rapport ne fut ni mené à son terme, ni suivi d'effets. Quant au remarquable rapport des Nancéiens P. Parisot juriste et L. Caussade pédiatre, au quatorzième congrès de médecine légale à Paris, il reste lui aussi, sans suite.

C'est seulement à partir de la seconde guerre mondiale que des progrès décisifs dans la prise de conscience de ce problème se développent sous l'influence de l'école pédiatrique américaine. Ainsi, en 1939, F.D.Ingraham neurochirurgien affirme la nature traumatique des hématomes sous-duraux du nourrisson. Le radio-pédiatre F.N. Silverman précise en 1942 le caractère des lésions fracturaires pouvant évoquer des mauvais traitements. Le pas décisif est franchi grâce à l'article publié en 1962 « le syndrome de l'enfant battu » par Henry Kemp,

professeur de pédiatrie à Denver avec la collaboration de F.N.Silverman et le pédopsychiatre B.F. Steele.

A partir de ce descriptif clinique et la mise en relief de l'intérêt des investigations psychologiques parentales et l'importance des enquêtes sociales, les mauvais traitements dont sont victimes les enfants ont enfin acquis droit de cité dans la pathologie pédiatrique et sociale. Progressivement et inégalement en fonction des pays, la reconnaissance de cette pathologie s'impose.

En France, la première étude est menée conjointement, sur une base pluridisciplinaire, à Paris et à Nancy, entre 1972 et 1975. [STRAUSS P., MANCIAUX M., DESCHAMPS G., Les jeunes victimes de mauvais traitements (1972-1975, CTNERHI, Paris, 1978)]. Par la suite, les travaux et publications se multiplient sous la direction tant des professionnels de la santé que des partenaires sociaux, sans oublier les bénévoles. De nombreuses études témoignent de cette rapide expansion. Nous ne pouvons citer que les principales tant les faits et événements sont nombreux :

- ❖ **1978** : publication de la première recherche française sur « les jeunes enfants victimes de mauvais traitements » ;
- ❖ **1979** : fondation de l'AFIREM, Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée ;
- ❖ **1982** : quatrième congrès de l'ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect), dont l'ordre du jour est le problème des sévices institutionnels ;
- ❖ **1985** : début sous l'égide du ministère des Affaires Sociales d'une grande enquête sur le devenir des enfants victimes de mauvais traitements ;
- ❖ **1987** : mise en place d'une cellule interministérielle pour animer la campagne de prévention des abus sexuels ;
- ❖ **1988** : rapport sur la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs par le secrétariat d'Etat chargé de la famille et présidé par J. Barrot, ancien ministre de la Santé ;
- ❖ **Le 10 juillet 1989** : parution au Journal Officiel de la République française de la loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Elle a modifié et complété le Code de la Famille et de l'Aide Sociale (C.F.A.S.) ;

- ❖ **1992** : présentation du premier rapport national sur l'enfance maltraitée au Parlement, conformément aux dispositions de la loi ;
- ❖ **Le 22 juillet 1992** : quatre nouvelles lois constituant le nouveau Code pénal, consacrent une nouvelle dynamique à la prise en compte des mineurs et des familles.

2. Evolution de la définition de la maltraitance

2.1. Quelques définitions d'après le Petit Robert

- ❖ *SéVICES* (du latin *saevitia*, violence) : mauvais traitements corporels exercés sur quelqu'un qu'on a sous son autorité, sous sa garde.
- ❖ *Sévir* : exercer la répression avec rigueur.
- ❖ *Maltraitance* : néologisme vraisemblablement apparu dans les années 1980, certainement sur l'initiative de médecin. Le mot « traitance » n'existe pas, en revanche nous retrouvons le terme « sous-traitance », ce qui nous autorise à parler de maltraitance...
- ❖ *Abus* (du latin *abusus*, mauvais usage) : 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.

2.2 Les besoins de l'enfant

Depuis la moitié du siècle dernier, il est apparu important de définir les besoins propres de l'enfant afin de mieux déterminer les manquements et ainsi ébaucher une définition de la maltraitance.

La première à lister ces besoins est Mme Kellmer-Pringle, alors directrice du National Children's Bureau britannique. Tout enfant a besoin, pour un développement harmonieux :

- ❖ d'amour et de stabilité
- ❖ d'encouragements et d'approbation
- ❖ de nouvelles expériences

- ❖ de responsabilité à sa mesure

D'autres auteurs ont tenté de définir des conditions qui, pour la plupart des hommes, sont nécessaires à leur bien-être psychique et social. Ainsi A. Maslow propose une liste d'items qui, malgré bien des critiques, n'a pas actuellement trouvé de vrai successeur. Selon lui, les besoins fondamentaux sont les suivants :

- ❖ besoins physiologiques
- ❖ sécurité
- ❖ appartenance et amour
- ❖ estime
- ❖ réalisation de soi
- ❖ savoir et compréhension : besoin de découverte, besoins esthétiques

A ces besoins pas toujours conscients, il faut ajouter l'exigence d'identité comme le propose E. Erikson.

Les nécessités sont différentes dans leur importance en fonction de l'âge de l'enfant. En effet, il paraît normal que le besoin de sécurité revêt une importance particulière pendant les premiers mois et premières années de la vie, alors qu'il est moins ressenti chez l'adolescent qui réclame quant à lui l'estime et la réalisation de soi. La complexité de certains agissements, contradictoires en apparence, correspond à la complexité de la vie sociale et de la vie tout simplement.

D.W. Winnicott dans The family and Individual Development- (Tavistock Publ.Ltd, Londres, 1965) apporte une conclusion adéquate au constat effectué par ceux qui vivent au contact d'enfants. Au fur et à mesure que l'enfant se développe, le concept d'amour s'élargit :

- ❖ L'amour signifie exister, respirer, être vivant et être aimé (...)
- ❖ L'amour signifie la tendresse des contacts vécus avec la mère.
- ❖ L'amour signifie (de la part de l'enfant) l'extension et l'intégration de l'objet d'expérience libidinale à la personne de la mère tout entière, telle que vécue dans ce contact-tendresse; « donner » entre en résonance avec « prendre à (...) ».

L'amour signifie pour l'enfant prendre soin de la mère ou d'un objet de substitution comme la mère a pris soin du nourrisson. C'est une anticipation des attitudes et comportements de l'adulte. Il est maladroit dans ces conditions de vouloir séparer les besoins des adultes avec ceux des enfants et c'est ainsi qu'apparaissent certaines tensions entre le couple parental ou

parents/enfants. Certaines situations où les besoins de l'enfant divergent de ceux des parents entraînent des crises conflictuelles aiguës voire des passages à l'acte de la part de l'enfant. « Beaucoup de raisons viennent troubler l'harmonie entre les besoins des parents et ceux des enfants. En particulier, les besoins du couple sont souvent contradictoires avec les exigences de la vie de famille. En dépit de la valorisation sociale de la condition de parents, le mari et son épouse se font des reproches à ce sujet et ils en veulent donc plus ou moins consciemment à leurs enfants » écrit Serge Lebovici dans Une conception globale des besoins de l'enfant, en 1987^[Bibliographie III.13]

Il n'est pas inutile également de rappeler la place particulière de certains enfants au sein de la famille. L'enfant s'inscrit dans la succession des générations, il vient parfois représenter un parent (en portant le même prénom) ou encore se substituer à un enfant précédent, décédé : il ne lui reste alors plus de place pour la satisfaction de ses propres besoins.

En l'absence de médiation, de recours extérieur, de soutien social, le conflit ainsi créé peut mener à des crises aiguës; et ce d'autant plus chez l'enfant qui n'a pas la même perception du temps que l'adulte. Par conséquent, toute mesure dilatoire ou tout retard à une décision lui est préjudiciable. Il en résulte la nécessité d'intervenir rapidement pour le soustraire au danger et bâtir en sa faveur un projet de sauvegarde et de réparation. Il est indispensable de lui offrir à domicile ou éventuellement en structure d'accueil extérieur de nouvelles conditions de vie et de développement.

2.3 L'évolution proprement dite de la définition de la maltraitance

Le terme même de maltraitance est récent. Il apparaît dans le langage courant dans les années 1980 à l'initiative probable des milieux hospitaliers et des futurs docteurs en médecine effectuant leur thèse à ce sujet.

Autant la notion de maltraitance ne nous échappe pas, autant il nous est difficile de définir avec précision quelles en sont les modalités.

La définition de la maltraitance ou des sévices, et des enfants maltraités a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Ainsi :

- ❖ **1982** : « Enfants victimes, de la part de leurs parents ou des personnes en ayant la garde, soit de brutalités volontaires plus ou moins graves, soit d'une absence volontaire de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état

général. » par STRAUSS P., MANCIAUX M. .-Les enfants maltraités-
[Bibliographie III.16]

- ❖ **1984** : « On entend par sévices toute atteinte physique ou mentale, abus sexuel, négligence ou mauvais traitement perpétré sur un sujet de moins de 18 ans, du fait des parents ou d'adultes en position de responsabilité vis-à-vis de lui » ;
définition du Professeur COURTECUISSÉ à la journée nationale du 06.06.1984, au Ministère des Affaires Sociales.

- ❖ **1985** : « On entend par sévices des violences intentionnelles, ou l'abstention volontaire de soins, par des parents ou des adultes, à l'égard d'enfants dont ils ont la charge, d'où résultent des dommages, des blessures ou la mort. » ;

- ❖ **1989** : « Toute forme de violence, d'atteintes ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou de ses représentants légaux ou de toute personne à qui il est confié. » selon la convention relative aux droits de l'enfant du 20.11.1989, article 19, entrée en vigueur le 06.09.1990 ;

- ❖ **1990** : « On désigne communément comme enfants maltraités les enfants victimes, de la part de leurs parents ou des adultes en ayant la charge, soit de brutalités plus ou moins graves, soit d'une absence de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général. Cette définition s'est étendue progressivement et on inclut aujourd'hui généralement dans ce cadre : les mauvais traitements dits psychologiques dont le retentissement sur le développement psychoaffectif à long terme de l'enfant peut être aussi sévère que les sévices corporels...les abus et sévices sexuels les violences institutionnelles. » d'après le Pr D'IVERNOIS J.Francois

- ❖ **Depuis 1993** : « **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** » d'après l' O.D.A.S.(Observatoire national de l'action sociale décentralisée).

Sont donc actuellement considérés comme mauvais traitements, quels qu'en soient les auteurs (parents, gardiens, enseignants, autres mineurs, personnels d'établissements divers, personnes inconnues, ...) :

- ❖ *Les atteintes corporelles, sévices corporels* qui entraînent des lésions physiques, passagères ou indélébiles, ou des troubles de l'état général :
 - brutalités (coups, blessures, fractures, morsures, griffes, arrachage des cheveux et pois, mutilation, immersion, violentes secousses...),
 - viols et sévices sexuels,
 - absence ou insuffisance de soins (privations ou insuffisance de nourriture, de soins médicaux, négligences graves...)

- ❖ *Les atteintes à l'esprit de l'enfant, ou sévices psychologiques*, parce qu'ils retentissent sur son développement psychoaffectif :
 - toutes les brutalités qui ne laissent pas de trace
 - contraintes ou exigences disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant,
 - exploitation de l'enfant par un travail forcé,
 - « forcing » scolaire,
 - punitions excessives, sadiques, humiliantes,
 - privations de toutes sortes (de sommeil, de jeu, de relations ...)
 - menaces provoquant la peur, l'angoisse, la terreur,
 - chantage affectif,
 - abus et sévices sexuels aux différents stades :
 - *Stade de l'excitation* :
 - appels téléphoniques,
 - présentations d'images et de films pornographiques,
 - exhibitionnisme,
 - *Stade de la stimulation* :
 - attouchements,
 - caresses érotiques,
 - masturbation,

- Stade de la réalisation :
 - viols, dont ceux par sodomisation et fellation et les rapports sexuels incestueux,
 - pédophilie,
 - prostitution,

Il faut tout de même préciser qu'il faut les considérer comme abus ou sévices dans la mesure où les enfants et adolescents ne sont pas en mesure de comprendre ces activités et d'y participer. Il faut donc distinguer les enfants non émancipés considérés par conséquent comme victimes, des enfants émancipés.

2.4 Conclusion

La maltraitance à l'égard des enfants apparaît donc comme une **sociopathie multiforme**. Il est difficile voire impossible d'être exhaustif quant aux différents aspects que la maltraitance peut emprunter. Il est difficile de déceler de surcroît certaines formes de mauvais traitements, en particulier les manquements affectifs et les maltraitements psychologiques telles que la non-satisfaction des besoins de l'enfant cités préalablement.

II. Qui est l'enfant ? Quels sont ses droits ?

1. Définition

Etymologiquement, « enfant » vient du latin *infans* signifiant « qui ne parle pas ». Aujourd'hui, le terme de l'enfant est beaucoup plus largement entendu, puisqu'il est défini par la Convention de l'ONU comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans. »

Naturellement le terme « enfant » sert également à désigner la relation familiale.

La place de l'enfant est loin d'être fixée. En effet, celle-ci est variable dans le temps mais également au sein de la famille. Ce sont quelques notions non exhaustives de cette situation qui vont être décrites dans les deux chapitres suivants.

2. Evolution dans le temps de la place de l'enfant dans la société

Je recommande vivement le livre de Michel. MANCIAUX et Marceline GABEL - Enfances en Danger ^[Bibliographie III.12] pour appréhender la place de l'enfant dans la société. Les sous-chapitres suivants résument succinctement les faits exposés.

2.1 Au fil du temps

Enfant roi, enfant victime, de tout temps l'enfant n'a été ni l'un ni l'autre, ou plus exactement tantôt l'un, tantôt l'autre. Ces fluctuations d'attitude à son égard montrent bien l'ambiguïté fondamentale de sa place et de son sort dans la société.

Dans la société médiévale, il n'y a pas d'enfance : on n'a pas conscience de la particularité enfantine. L'enfant est considéré comme un adulte en minuscule : il participe aux mêmes activités, se vêt de la même façon. Il ne faudrait pas s'imaginer que la famille ancienne est très différente de la famille contemporaine : l'époque n'est pas la même.

La mortalité importante - on estime en effet qu'un enfant sur quatre mourrait avant l'âge de un an en France - explique partiellement l'indifférence à l'égard des petits enfants, afin de surmonter les deuils réitérés. L'infanticide mal quantifié est important et ce au-delà de sept jours de vie à partir duquel l'exposition (dépôt de l'enfant en un lieu public, abandon) est interdite. L'exposition de l'enfant nouveau-né lui donne une chance de survie. L'église les prend sous sa protection. Au XII^e siècle, Saint Vincent de Paul affirme que les enfants illégitimes ou bâtards ont le même droit d'être secourus que les orphelins. Il organise, par conséquent, la communauté des filles de la charité. Malgré les soins prodigués le taux de mortalité ne cesse d'augmenter du fait d'un biais non négligeable qui est le nombre plus élevé de dépôt. Les familles n'abandonnent plus leurs enfants dans la nature. Afin de responsabiliser ces dernières et de limiter « le dépôt » au nombre de cas réellement inévitables, on pense qu'il fallait retirer à la mère la possibilité de réclamer ultérieurement son enfant. C'est ainsi qu'est créé "le tour" (cylindre de bois creux placé dans une embrasure du mur où l'enfant était disposé). Faux calcul ! Loin de limiter les abandons, le tour paraît favoriser les abandons du fait de la raison même de l'anonymat absolu. Le nombre de tour est réduit puis annulé en 1860.

Au XVII^e siècle, apparaît un sentiment nouveau de type délectation envers les enfants. Ce sentiment présent chez certaines mères et nourrices se généralise. Mais les excès, ces "enfantillages" entraînent bientôt une réaction d'agacement. L'enfant est alors considéré

comme une pâte à modeler au mieux. Progressivement, l'enfant acquiert la reconnaissance, pour devenir dans notre société un motif de culte voire d'enfant béni. Alors que la majorité des historiens s'accorde à considérer que le début de la période moderne a vu naître et se développer une prise de conscience de l'enfance, les conditions de vie des enfants restent paradoxalement très dures. Il existe un décalage entre la reconnaissance de l'enfant en tant que personne, le souci de sa santé, de son bien être et de son épanouissement affectif, et la persistance d'une forte mortalité infantile, l'existence de toute une série d'agressions et de sévices exercés à son encontre ainsi qu'une augmentation massive du nombre d'abandon et de mise en nourrice. L'intérêt naissant pour l'enfant reste longtemps bien différent de l'intérêt de l'enfant.

- ❖ Au XVIII^e siècle, l'évêque d'Arras interdit, sous peine d'ex-communication, aux parents et aux nourrices de coucher avec un nourrisson, tant les étouffements d'enfants considérés comme infanticides déguisés, devenaient fréquents.
- ❖ La généralisation des placements nourriciers est un fait incontestable. Toutes les classes sociales sont concernées pour des raisons différentes :
- ❖ Les familles aisées répugnaient aux tâches relatives aux soins du bébé.
- ❖ De plus, l'enfant représentait une entrave aux impératifs sociaux.
- ❖ Les commerçants et les artisans en revanche n'avaient pas le choix. La présence de la femme sur le lieu de travail est indispensable à l'économie du ménage.
- ❖ Quant aux enfants des familles les plus démunies, aux enfants illégitimes, trouvés ou abandonnés, ils étaient placés par l'administration des enfants trouvés chez les nourrices les plus pauvres dans les régions les plus éloignées. Ces nourrices de condition modeste remettaient ces enfants-là à leurs propres mères ou grands-mères afin de poursuivre elles-mêmes leur travail. Ainsi, la survie des enfants aisés des villes s'effectue aux dépens des petits campagnards pauvres.

Au XIX^e siècle, l'infanticide reste une préoccupation, c'est en effet un moyen dit actif, plus ou moins toléré, de restriction de la fécondité. Mais ce meurtre est exceptionnellement sanctionné. Trop souvent les matrones donneuses de vie deviennent des faiseuses d'ange. Elles cachent ces meurtres sous la dénomination de mort-né. Parallèlement, le taux de mortalité des enfants illégitimes est double du taux des enfants nés d'un

mariage, tout comme le taux de mortalité des filles est plus élevé que celui des garçons ou lors des périodes difficiles telle que la famine.

Vers la fin du XIX^e siècle, c'est l'orientation vers la prévention qui paraît fondamentale pour diminuer le nombre des abandons. C'est ainsi que des établissements accueillent des femmes enceintes, d'une façon anonyme, et leur permettent de rester avec leur nourrisson à condition de l'allaiter. Une allocation aux mères nécessiteuses est instituée en 1869, suivie d'autres mesures d'assistance. En 1904, l'administration distinguait les enfants abandonnés, pupilles de l'état, des enfants en dépôt. L'aide financière octroyée aux mères pour éviter les abandons, voit le jour. L'Assistance Publique devenue en 1953 l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) permet de diminuer le nombre de pupilles de l'état.

2.2 Au sein de la famille

Le travail de l'enfant que ce soit sous la forme d'une participation à l'activité familiale ou dans le cadre d'un apprentissage, n'est pas un phénomène récent. L'exploitation de la main d'œuvre enfantine connaît une mutation importante avec la révolution industrielle au XIX^e siècle et l'extension de l'emploi rémunéré des enfants. La durée de travail est la même quelque soit l'âge : treize heures et demie par jour pour tous ! La durée du travail, l'immobilité due au poste de travail et les conditions déplorables d'hygiène conduisent à la ruine de la santé physique et morale des enfants. Et ce, avec le consentement des parents appelés « marchands d'esclaves » par Karl MARX^[Biographie 14](1818-1883).

En France, l'initiative d'une réglementation revient à L.Villerni qui promulgua la première loi en 1841 de réglementation du travail, codifiant en fonction de l'âge, la durée journalière de travail de l'enfant. Parallèlement, l'incompatibilité entre le travail de l'enfant et son éducation paraît évidente. En 1882, une prise de conscience permit d'aboutir à une loi établissant la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de treize ans.

Les châtiments corporels et les punitions ont longtemps fait partie des mœurs. L'enfant médiéval est, en effet, un être en danger soit parce qu'impur (il faut alors sauver son âme, le corriger et le punir pour son salut) soit parce que trop innocent et candide (il faut le protéger). Le cachot, le fouet deviennent les attributs du maître, mais les punitions prenant un caractère brutal et avilissant sont bientôt dénoncées. Pour protéger les enfants, il faut les enfermer dans les collèges : l'internat devient donc la règle. L'étude des textes officiels

depuis la création de l'école publique en 1886 jusqu'à nos jours, montre l'évolution qui s'est manifestée dans le sens d'une libéralisation. Si les punitions font encore partie des premiers textes, elles y occupent une place réduite. Ainsi l'arrêté du vingt six janvier 1978 précise qu'à l'école « aucune sanction ne peut être infligée à un élève, seules sont permises les réprimandes en cas de manquement au règlement intérieur de l'école, et quelques dispositions exceptionnelles. »

Nous ne pouvons pas ne pas évoquer les violences intra familiales. Je vous invite à lire les romans de l'époque dont ceux, très illustrés, de Victor Hugo (1802-1885) pour vous faire une idée de la maltraitance des enfants victimes de sévices plus ou moins graves, d'inceste ou de viol.

En conclusion, loin d'être exhaustive, cette approche de l'enfant à travers le temps et la société française reflète a minima un phénomène de maltraitance qui a toujours existé, sous différentes formes. Nouvelle, en revanche, est la prise de conscience du phénomène, simultanément à la reconnaissance de l'enfant en tant que personne ayant des besoins spécifiques et des droits propres.

3. Evolution de la place de l'enfant dans la famille et dans la société d'aujourd'hui

Aujourd'hui, l'enfant fait l'objet d'un fort investissement de tout ordre, en particulier pédagogique et éducatif. Mais d'une classe sociale à une autre, apparaissent des différences liées aux positions économiques et sociales des familles, on découvre, en outre, des pratiques sociales diversifiées :

- ❖ Dans les couches supérieures la relation affective est principalement valorisée. L'enfant est souvent considéré comme un acteur autonome. Son épanouissement individuel et son identité personnelle sont d'une grande importance. Il doit s'approprier le capital social et culturel de la famille transmis à travers le contexte social, culturel et économique dans lequel il évolue.
- ❖ Dans les couches moyennes, on trouve une extrême préoccupation scolaire et pédagogique; le jeu est pédagogique ou il n'est pas. L'enfant doit acquiescer par son sérieux et par une grande attention aux exigences scolaires, l'ensemble des moyens culturels propres à garantir son avenir.

- ❖ Dans les couches populaires, l'idée est plutôt que l'enfance est le meilleur moment de la vie et que l'enfant doit prendre du " bon temps ", par avance en quelque sorte. Mais l'éducation, dont l'objectif est l'intégration sociale, est assez rigide et passe par un certain conformisme et une adaptation stricte aux règles sociales.

Certains faits économiques, sociaux et culturels ont entraîné des transformations de la famille et de la place de l'enfant dans la société actuelle. Mais ce sont surtout les femmes qui, à la charnière du monde familial et du monde du travail, sont les principales actrices des changements familiaux contemporains. Par conséquent, la capacité de subvenir seules à leurs besoins et éventuellement à ceux de leur progéniture, donne aux femmes une indépendance suffisante pour réaliser leur choix concernant leur mode de vie : divorce lorsque le couple ne répond plus à l'attente, retard dans la procréation et diminution du nombre d'enfants dans le but d'expérimenter d'autres rôles sociaux. Ainsi, elles ont acquis un pouvoir quasi-absolu sur les hommes, entraînant parfois une inversion des rôles. Elles sont à l'instigation de la procréation et elles évaluent une telle possibilité en regard de leurs autres investissements.

Le travail a transformé les modes de vie familiaux. En effet, le travail salarié le plus fréquent, sépare la femme de son foyer, divisant ainsi la vie des familles. Il pose le problème de la double journée des mères et le partage des tâches ménagères. Lorsque le couple ne satisfait plus, les femmes, principales demandeuses du divorce, n'hésitent plus à créer une nouvelle phase de vie. Depuis trente ans, un certain nombre de bouleversement des comportements familiaux ont transformé les regards portés sur la famille. Nous ne pouvons plus parler de la famille au singulier, mais la décliner au pluriel tant sa composition s'est diversifiée au fil des décennies.

Nous entendons par famille :

- mariage avec enfant
- couple concubin avec enfant
- contrat entre deux personnes (le pacs)
- famille mono-parentale
- famille recomposée

Le désir d'enfant n'a jamais été aussi important que dans notre société (3 à 4 % seulement des couples disent ne pas désirer d'enfant, ce qui est extrêmement faible); en même

temps, le taux de fécondité des femmes n'a jamais été aussi bas. Le paradoxe n'est qu'apparent et s'explique par le changement de place et de signification de l'enfant. Le désir d'enfant est d'autant plus perceptible que les moyens de contraception et le droit à l'avortement permettent à l'alternative de mettre ou non au monde un bébé, d'être un vrai choix, réfléchi. C'est le nombre d'enfant non désiré qui a surtout diminué.

Les différences socioculturelles influencent le sens donné à l'enfant. Il représente de plus en plus rarement l'héritier d'une lignée, il est parfois le symbole du lien conjugal, il est promoteur de la réalisation de soi-même par l'accès à la parentalité, ou pour les classes sociales les plus défavorisées, il représente le garant de ressource pour la vieillesse. En outre, chaque enfant d'une même famille porte une signification propre : il nécessite des investissements importants mais calculés (financier, affectif, de disponibilité ...), cela d'autant plus qu'il ne représente plus le seul projet, les géniteurs souhaitent également s'épanouir professionnellement, socialement et à travers leurs loisirs. Parfois, l'enfant est considéré comme un « empêcheur » de vivre d'où la maltraitance à n'importe quel niveau socioculturel.

4. Les droits de l'enfant

Héritée de l'Ancien Régime, la « puissance paternelle » confiait jusqu'à la Révolution française tous les pouvoirs aux pères sur leurs enfants, même majeurs. Les fameuses « lettres de cachet du roi » permettaient d'obtenir des peines d'emprisonnement dont la durée n'était pas fixée; elles ne furent abolies qu'en 1790. Au début du XIX^e siècle, le droit de « correction paternelle » était encore largement en vigueur. Il intervenait, en principe, quand l'autorité du père était bafouée, la paix familiale compromise ou quand le père avait de graves sujets de mécontentement. Dans la réalité, les griefs sont multiples, plus ou moins sérieux (insolence, absence au catéchisme, libertinage, atteinte à l'honneur familial...). Le père pouvait alors obtenir l'emprisonnement de son enfant par voie administrative, puis plus tard par voie de justice.

En 1804, le Code civil substitua la notion d'autorité à celle de puissance paternelle, sans supprimer pour autant le droit de correction paternelle. Celui-ci semble être entré progressivement en désuétude, mais seulement aboli dans les textes législatifs en 1935. Il faudra attendre la loi de 1889 pour voir l'introduction d'une limite à la « toute puissance » paternelle, l'amorce d'une protection des enfants contre leurs propres parents.

Jusqu'en 1912, l'enfant fut considéré comme responsable au regard du Code pénal. Il était passible des mêmes tribunaux et des même peines d'enfermement que les adultes.

Une première vague de mesure protectrice envers les enfants va donc apparaître à la fin du siècle dernier et il faudra attendre les années 1980 pour la deuxième vague.

Succinctement, énumérons les dates qui marquent cet élan vers la protection.

- ❖ **Loi de 1889** : le tribunal civil peut prononcer la déchéance des droits des parents auteurs de mauvais traitements sur leurs enfants; ces derniers peuvent être retirés du milieu familial pour être confiés à l'Assistance publique ou à une œuvre charitable.

- ❖ **Loi de 1898** : sanctions pénales contre les parents coupables de sévices ou de violences sur leurs enfants mineurs.

- ❖ **L'ordonnance du 22 décembre 1958**, relative à l'organisation judiciaire, indique que, « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé est en danger ou si les conditions de son éducation sont compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice* »

- ❖ **Le décret du 07 janvier 1959** prévoit que le directeur départemental des actions sanitaires et sociales exerce « *une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants et saisit la justice des cas paraissant relever des mesures d'assistance éducative judiciaire* ».

- ❖ **Les circulaires du 23 juillet 1981 et du 18 mars 1983** sont les premiers textes spécifiques à l'enfance maltraitée. La première circulaire traite de la nécessité d'une politique de prévention, du repérage des facteurs de risque, de la reconnaissance de la réalité des mauvais traitements et de l'amélioration du recueil et du traitement des mauvais signalements. Quant à la deuxième circulaire elle traite de la nécessité des liaisons et coordinations entre les différents services ministériels concernés par la protection de l'enfant en danger.

- ❖ **Les lois du 06 juin 1984 et du 06 janvier 1986** (dite loi particulière), venues moderniser le Service d'Aide Sociale à l'enfance vont préciser les droits spécifiques de l'utilisateur de l'ASE et le droit du mineur à être entendu. Elle redonne des droits à la famille.

- ❖ **La circulaire du 09 juillet 1985** est le troisième texte visant spécifiquement les enfants maltraités, enfants accueillis au sein de l'hôpital.

- ❖ **La circulaire du 16 juin 1992** renforce celle de 1985 en demandant que l'ensemble du corps médical reçoive l'information suffisante et nécessaire pour prévenir, diagnostiquer et traiter à l'hôpital les situations de mauvais traitements.
- ❖ **1989** :Convention internationale des Droits de l' Enfant^[Bibliographie IV.1]
- ❖ **La loi du 10 juillet 1989** marque un véritable tournant dans la protection de l'enfance, elle paraît un siècle après le déboutement de l'autorité paternelle. Par la modification d'un certain nombre de dispositions légales antérieures (Code de la famille et de l'aide sociale, Code de procédure pénale), elle étend les champs d'application des mesures de la protection des mineurs et des actions de prévention des risques qu'ils encourent. Elle transforme sensiblement, dans le contexte de la décentralisation, les conditions d'exercice des missions de protection et de prévention, en confiant aux présidents des conseils généraux et aux services publics placés sous leur autorité, en liaison avec les représentants de l'état dans les départements, de nouvelles et importantes responsabilités en même temps qu'elle rend obligatoire, dans certaines conditions, l'articulation avec les autorités judiciaires.

Cette loi affirme la responsabilité de l'ASE en matière de prévention et de protection des mineurs, victimes de mauvais traitements, son intervention devant s'exercer en liaison avec le service de PMI, avec le service d'action sociale et les autres services compétents. Elle restaure l'obligation du signalement judiciaire, en fonction de la gravité du danger mais aussi du refus par la famille de l'intervention de l'ASE. Elle fait obligation au président général de mettre un dispositif de recueil permanent au sein du département des informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence. Elle crée un service d'accueil téléphonique gratuit; elle ouvre un délai de prescription au profit d'un mineur à partir de sa majorité lorsque le crime dont il a été victime a été commis par une personne ayant autorité sur lui.

Enfin, cette loi exige qu'un rapport soit présenté au Parlement tous les trois ans. Cependant la loi, pas plus que les ordonnances qui la précèdent, ne propose de définition des mauvais traitements et ce n'est qu'en janvier 1992 que le groupe de travail mis en place à l'ODAS sur l'Institut de l'enfance et de la famille fait des recommandations pour mieux définir et observer les mauvais traitements, et ainsi tenter d'en mesurer l'ampleur.

- ❖ **Janvier 1992** : définition de la Maltraitance par l'ODAS
- ❖ **Août 1996** : à l'occasion du congrès mondial de Stockholm sur les violences sexuelles exercées sur des enfants, un programme gouvernemental est discuté au sujet d'un plan comprenant un projet de loi et un plan d'action.
- ❖ **Le projet de loi du 20 novembre 1996** instaure une peine de suivi médico-social pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel. De plus, est également prévue une peine complémentaire d'interdiction d'exercer une activité professionnelle

ou sociale impliquant un contact avec des mineurs. Par ailleurs, ce projet érige en circonstance aggravante le proxénétisme, la corruption de mineurs, la diffusion ou la détention d'images de mineurs à caractères pornographiques. Enfin, la responsabilité pénale des personnes morales est instituée en cas de "tourisme sexuel" ou d'exploitation de *sex-shop* dans les périmètres protégés.

- ❖ **Le décret du 12 mars 1997** relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants permet également d'évaluer les actions mises en œuvre par les institutions concernées.
- ❖ **La loi du 23 février 2000** renforce le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants.
- ❖ **La loi du 06 mars 2000** institue un défenseur des enfants en tant qu'autorité indépendante.

III. Les signes d'alerte de reconnaissance des mauvais traitements

C'est à partir des études hospitalières que la prise de conscience des enfants maltraités s'est progressivement instaurée dans les milieux médicaux. Mais l'hôpital est loin d'être la seule structure à être confrontée à ce type de situation. Tous les lieux et toutes les personnes qui accueillent des enfants, tous les lieux de soin peuvent être confrontés un jour ou l'autre à la reconnaissance de mauvais traitements ou d'abus sexuels à l'encontre d'un enfant. Par extension, la même situation peut être soumise à n'importe quel citoyen que nous sommes. C'est pourquoi, il est important de connaître les signes présageant d'un mauvais traitement.

Les circonstances de découverte sont très polymorphes, tout comme le sont les différents symptômes d'appel. En outre, selon la fonction sociale ou professionnelle, les signes attirant l'attention sont variables.

Il paraît difficile de donner une liste exhaustive de ces signes, mais essayons d'en donner une qui soit la plus complète possible. D'ailleurs, il est nécessaire de préciser que les atteintes sont variables en fonction de l'âge des enfants : les mauvais traitements ne s'expriment pas de la même façon chez le nourrisson et chez le grand enfant.

Nous distinguons deux grands types de signes de maltraitance. Les atteintes physiques et les atteintes psychosociologiques.

1. Les violences physiques et lésions traumatiques

1.1 Les lésions cutanées : atteintes physiques les plus fréquentes.

Les ecchymoses, les hématomes, les zones d'alopecie, les brûlures par ébouillantage ou par matériel chaud ou cigarette, les lésions endo-buccales sont les aspects les plus fréquemment rencontrés. De par les localisations particulières de ces lésions, il faut distinguer les lésions de sévices, des lésions accidentelles (par exemple, les ecchymoses multiples des tibias d'un jeune enfant en apprentissage de la marche ou la casserole d'eau chaude renversée accidentellement.)

1.2 Les fractures

Elles viennent en deuxième position par ordre de fréquence. En particulier, il faut noter le syndrome de Silverman ou syndrome radiologique osseux des enfants battus.

1.3 Les lésions faciales

Elles sont de type dentaire, nasale, ophtalmologique ou auriculaire.

1.4 Les lésions neurologiques

Graves du fait des nombreuses séquelles (convulsion, hypertension intra crânienne, retard staturo-pondéral ou régression psychomotrice), les hématomes sous-duraux sont la cause de mortalité la plus fréquente au cours de la première année de vie.

1.5 Les lésions viscérales

Des pneumothorax, des contusions abdominales à la rupture splénique ou hépatique, ces lésions ne se voient qu'en milieu hospitalier.

1.6 Les lésions sexuelles

Elles sont à soupçonner lors des infections urinaires, un examen minutieux des parties génitales et anales est indispensable et ce en présence d'un témoin.

2. Les signes cliniques évocateurs de négligences lourdes

Progressivement, l'attention médicale s'est orientée vers des enfants victimes non tant de sévices corporels que de carences graves, nutritionnelles ou affectives, de cruauté mentale.

2.1 Troubles de l'état général : les dénutritions

2.2 Hypotrophies staturo-pondérales non organiques

Appelé par les auteurs américains *failure to thrive* (stagnation du développement), nous notons une cassure de la courbe de croissance.

2.3 Nanisme d'origine psychosociale

Bien étudié en France par Léon Kreisler (L'enfant du désordre psychosomatique, Privat, Toulouse, 1981) le nanisme d'origine psychosociale est un tableau particulier, intéressant des enfants entre 2 et 10 ans, vivant dans des conditions familiales pathologiques. Ils présentent un blocage de la croissance, parfois très impressionnant avec une courbe de poids inférieure à la courbe staturale. Ces enfants retirés de leur milieu ont une accélération de croissance rapide et considérable.

2.4 Retards psychomoteurs

Dans les formes extrêmes, un enfant de plus d'un an peut se présenter de façon inerte dans son lit, bien souvent en position fœtale, hypotonique, apathique ou au contraire hypertonique. Dans les deux cas, nous retrouvons un retard de développement moteur, de l'acquisition du langage, du contrôle sphinctérien. Si là encore une amélioration est notée dès la séparation du milieu familial, le diagnostic de manquement d'éducation et de préoccupation de la famille est à retenir. Ces situations sont plus ou moins réversibles en fonction de l'âge de la découverte et des moyens de prise en charge mis en œuvre.

3. Les sévices psychologiques

Si la souffrance psychologique est omniprésente dans toutes les formes de mauvais traitements, il est clair qu'il existe une maltraitance psychologique isolée. Il est difficile d'en faire la preuve.

Certains actes sont commis et volontaires, ce sont tous les actes de cruauté mentale, de violence verbale. D'autres sont omis comme la négligence, le désintérêt pour l'enfant, d'autres visent intentionnellement l'enfant par le rejet, ou atteignent l'enfant indirectement. Dans ce dernier cas, ce sont toutes les situations de conflit dans le couple, les séparations, divorce du couple.

4. Etre attentif

4.1 Aux enfants les « plus vulnérables »

- ❖ enfant né d'un premier lit,
- ❖ l'enfant adultérin,
- ❖ l'enfant né dans une famille nombreuse et défavorisée,
- ❖ l'enfant né après le décès d'un autre enfant (mort subite du nourrisson),
- ❖ l'enfant né après un autre deuil familial,
- ❖ l'enfant jumeau, grossesse multiple,
- ❖ l'enfant prématuré,
- ❖ l'enfant hypertonique, troubles du sommeil, de l'alimentation,
- ❖ l'enfant handicapé,
- ❖ l'enfant né d'un viol ou d'un inceste.

4.2 Au paradoxe entre aspect psychosomatique de l'enfant et explication de l'entourage

L'aspect de l'enfant est parfois évocateur mais le fait que l'enfant soit propre et bien tenu ne suffit pas en soi à éliminer d'éventuels mauvais traitements.

La négation de tout traumatisme, l'in vraisemblance entre les lésions constatées ou leurs localisations et l'explication fournie, les contradictions d'un interrogatoire à un autre, la discordance entre le discours d'une des personnes présentes et d'une deuxième, enfin la facilité avec laquelle on évoque facilement la responsabilité d'un tiers ou un trouble du comportement de l'enfant, sont des éléments très fréquemment rencontrés et qui permettent indirectement de parvenir au diagnostic.

Il est également très suspect de voir arriver un enfant pour plaie ou tout autre trouble psychosomatique, qui ne consulte jamais le même médecin.

5. Conclusion

Il est difficile d'être exhaustif tant les situations sont multiples. La prudence est de toujours garder en mémoire la notion de protection de l'enfant. Plus, nous citoyens, quel que soit notre rôle dans la société, nous prêtons attention à l'enfant, plus nous sommes à même d'être acteurs de la prévention de la maltraitance des enfants. Parfois malheureusement au détriment des familles lorsque des signalements avérés erronés sont établis, déstabilisant voire anéantissant une famille.

IV. Protection de l'Enfance, les différents acteurs

Le système de protection de l'enfance est appliqué sur l'ensemble du territoire français. Le système actuel est le résultat de l'évolution du dispositif d'action sociale mis en place en 1945, les lois de décentralisation votées entre 1982 et 1986 aux collectivités locales et plus particulièrement au Conseil Général.

Avant la loi du 10 juillet 1989, le dispositif original de protection de l'enfance en danger résultait de deux textes fondamentaux qui distinguaient la protection administrative (ou protection sociale) de la protection judiciaire.

- ❖ L'ordonnance du 22 décembre 1958, relative à l'organisation judiciaire indique : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice. »
- ❖ Le décret du 07 janvier 1959 prévoit que le directeur départemental des Affaires Sanitaires et Sociales exerce « une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants et saisit la justice des cas paraissant relever des mesures d'assistance éducative judiciaire ». Cette mission est aujourd'hui exercée par le président du Conseil Général

Ce double système de protection a donc posé, dès 1959, un problème sémantique aux conséquences évidentes : discerner le danger et le risque de danger. La loi du 10 juillet 1989

clarifie l'articulation entre la protection administrative et la protection judiciaire en précisant que « lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou qu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide à l'enfance, le président du Conseil Général avise sans délai l'autorité judiciaire et lui fait connaître les actions déjà menées ».

1. Protection administrative sociale et médico-sociale

La protection administrative est mise en œuvre par les Conseils Généraux avec l'aide du secteur associatif et des communes. Elle regroupe l'ensemble des interventions individuelles et collectives de nature essentiellement préventive. 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.

1.1 Services départementaux sous l'autorité du Conseil Général

1.1.1 *Le Service d'Action Sociale Polyvalent ou service d'action sociale*

Il existe depuis le 30 juillet 1964 sous l'autorité du directeur départemental des Actions Sanitaires et Sociales et sous la responsabilité d'une assistance sociale, conseillère technique.

Le département est découpé en unités géographiques appelées secteurs sociaux polyvalents de 5000 à 10000 habitants. Les travailleurs sociaux ont pour mission de prendre en charge l'ensemble des problèmes tant financiers, administratifs, de travail, d'éducation, d'adaptation, de logement, que de rapports familiaux ou de voisinage que rencontrent les familles dans le secteur. Il doit mener toutes les actions susceptibles de remédier aux causes quelles qu'elles soient, qui pourraient compromettre l'équilibre d'une famille.

Il exerce essentiellement une mission de prévention de la maltraitance.

1.1.2 *Le Service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)*

Ce service a comme principale mission d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille et aux jeunes confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.

Institut historique via l'Assistance publique créée par saint Vincent de Paul, l'ASE mène une politique de réhabilitation familiale où le droit des parents est reconnu. Le soutien peut prendre diverses formes : l'aide financière, l'intervention d'une travailleuse familiale, le

soutien d'un service d'action éducative, la prise en charge financière d'hébergement, d'accouchement, de placement d'enfant.

En ce qui concerne les mauvais traitements, les missions de l'ASE touchent à plusieurs domaines :

- ❖ mener des actions de prévention des mauvais traitements, sensibiliser la population, promouvoir le dispositif de recueil des informations (numéro vert)
- ❖ mettre en place un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations et répondre aux situations d'urgence en liaison avec les autorités judiciaires et les services de l'Etat dans le département.
- ❖ mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs qui lui sont signalés
- ❖ informer les professionnels des suites données au signalement qu'ils ont fait à propos d'un mineur
- ❖ aviser sans délai l'autorité judiciaire lorsqu'un mineur est victime ou supposé être victime de mauvais traitements et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse l'intervention de l'ASE (il faut en effet l'accord du responsable du mineur avant d'intervenir).
- ❖ mettre en place dans chaque département une formation initiale et continue pour les professionnels en contact avec les enfants afin de prendre les mesures appropriées.

La responsabilité majeure de l'ASE en terme de mauvais traitements se situe au moment de l'évaluation et du signalement. Elle doit déterminer les situations qui nécessitent la protection administrative, de celles qui feront l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.

1.1.3 *Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)*

L'ordonnance du 02 novembre 1945 instituait, parmi d'autres mesures, l'organisation dans tous les départements d'un service de protection médico-sociale pour les futures mères et les enfants de moins de 6 ans. Cette mission est réévaluée à la promotion de la santé de la famille par la loi du 18 décembre 1989, et donc à une mesure de prévention de la maltraitance

des mineurs. En effet la PMI doit avertir l'ASE chaque fois que le personnel constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis par des mauvais traitements.

1.2 Services sous la dépendance de l'Etat

1.2.1 *Le Service de promotion de la santé en faveur des élèves*

Ancien service de la santé scolaire, ce service occupe une position privilégiée, en collaboration avec les enseignants, pour détecter les enfants victimes ou à risque et déclencher une prise en charge appropriée.

1.2.2 *Le secteur psychiatrique Infanto-juvénile*

Bien souvent les enfants victimes de maltraitance sont découverts suite à une maladie psychosomatique (anorexie, boulimie, dépression de l'enfant avec auto mutilation ...).

1.2.3 *L'hôpital*

Son rôle reste prédominant tant dans la prise en charge des conséquences psychosomatiques de la maltraitance que dans le signalement de cette dernière. Les médecins généralistes y adressent régulièrement leurs jeunes patients contre lesquels s'exercent des mauvais traitements. Ce moyen est utilisé, dans le but qu'une administration plus complexe et plus rôdée aux signalements et à la mise en place des protections de l'enfant, se charge de cette délicate besogne. Moyen parfois utilisé par un médecin, rappelons-le, médecin de famille.

2. Protection judiciaire

La protection judiciaire, mise en œuvre par l'état via les tribunaux, est financée par les Conseils Généraux. Elle regroupe les interventions individualisées à partir d'une décision du juge des enfants (OMO ou AEMO : observation ou action éducative en milieu ouvert). 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.

La juridiction des mineurs se trouve au sein du Tribunal de Grande Instance, présent dans chaque département.

2.1 Procureur de la République

Il joue un rôle important en matière de protection judiciaire et de la jeunesse. Il reçoit les signalements de l'autorité administrative, les procès-verbaux dressés par les services de police et de gendarmerie et les plaintes adressées par les victimes. Il décide de saisir le juge des enfants en matière pénale et d'assistance éducative. Il dispose en outre de certains pouvoirs dont le placement en urgence du mineur. Il est également le commanditaire des compléments d'enquête.

Le procureur de la république décide de saisir le juge pour enfants ou de classer sans suite.

2.2 Le Juge des Enfants

C'est un magistrat du siège, sa fonction existe depuis 1945 pour la prise en charge des mineurs délinquants, puis étendue à partir de 1958 à la protection des enfants en danger moral ou physique. Sa compétence s'exerce dans trois domaines :

- ❖ en matière pénale, où, chargé de l'instruction, il juge sur le « fond » (d'une durée de deux ans renouvelable), puis devient juge de l'exécution de la peine ou de la mesure éducative;
- ❖ en matière d'assistance éducative, où il est aussi chargé de l'instruction, du jugement et du contrôle de l'application des ordonnances (décisions provisoires d'une durée de six mois renouvelable) qu'il a rendues;
- ❖ en matière de tutelle aux prestations sociales, où il instruit, juge et contrôle l'exécution de sa mesure.

Le juge des enfants peut être saisi par les parents ou le tuteur du mineur, par le ministère public (ou le substitut chargé des mineurs) qui est le destinataire de tous les signalements venant des services sociaux, de la police ou de tout citoyen, de l'enfant lui-même. Il peut également se saisir lui-même à condition alors d'être saisi en retour par le procureur de la République dans les huit jours.

2.3 La police et la gendarmerie

Certains membres sont spécialisés et constituent les brigades de protection des mineurs.

2.4 Le service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Il peut intervenir avant ou après une décision du juge des enfants. Sa tâche est essentiellement l'enquête rapide, destinée à faire des propositions d'action au juge des enfants.

3. Acteurs contribuant au repérage

Les professionnels non mandatés, hors des services de la protection judiciaire et administrative, sont susceptibles d'intervenir auprès d'un enfant maltraité et de sa famille (en particulier l'éducation nationale).

**Tout citoyen quelque qu'il soit est soumis au même devoir :
porter assistance à un mineur en danger.**

V. Contenu législatif et déontologique

1. Non-assistance à personne en péril

Art.223-6 du nouveau Code pénal

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, s'abstient volontairement de la faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 € d'amende. »

2. Obligation légale de signalement

Art.434-3 du nouveau Code pénal

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 ans de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45000 € d'amende. »

Art 226-13 du nouveau Code pénal

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 € d'amende. »

Art.226-14 du nouveau Code pénal

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

* à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ...

* au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »

Art.44 du Code de Déontologie

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

VI. Les réformes de la justice

Le cas des mineurs est devenu, depuis le début des années 90, un pôle prioritaire social et politique. De nombreuses missions d'évaluation sont commanditées par l'état sous l'influence des partenaires sociaux et de la population d'une façon générale.

En effet, l'un des nombreux angles d'approche de la délinquance des mineurs a été de s'interroger sur la responsabilité des parents, la négligence ou l'incapacité de donner des repères à leurs enfants. La crise économique ramène au premier plan, après des années d'occultation, les facteurs économiques et sociaux dans la protection de l'Enfance.

Le SNATEM (Service National d'Accueil Téléphonique Enfance Maltraitée) indique qu'il transmet proportionnellement aux Conseils Généraux environ trois fois plus d'appels dans lesquels il existe une dimension de « chômage/précarité » que d'appels dans des contextes sociaux moins difficiles. De même, la première cause d'accueil ou de placement d'un enfant est due aux carences éducatives, selon le rapport du ministère de la Justice de juin 2000. Faut-il rappeler que les carences éducatives rentrent dans la définition de la maltraitance ?

Il semble que deux courants de pensées ont vu le jour. Pour les uns, on privilégierait trop la protection de l'enfance au détriment de l'écoute de la famille; pour les autres, les mesures en milieu ouvert devraient être favorisées, les placements exceptionnels et ce d'autant plus si l'on s'interroge sur la responsabilité des parents, que penser de façon logique des « familles de l'Assistance Educative » !

D'après le rapport de juin 2000 du Ministère de la Justice « accueils provisoires et placements », si 150 000 enfants sont annuellement accueillis au sein des dispositifs de protection de l'Enfance, il faut compter 150 000 autres enfants qui sont pris en charge en milieu ouvert par des services publics ou associatifs et 10 000 centres d'hébergements et de réinsertion sociale qui accueillent de plus en plus des familles entières. Malheureusement, ces mesures de placement sont bien souvent le fait d'une situation urgente ou bloquée : les partenaires sociaux ne pouvant rentrer en contact avec la famille ou le mineur, les seules dispositions demeurent dans la saisine du procureur ou du juge des enfants. Bien souvent, ce défaut de communication est le fait d'une « peur ». Peur des familles qui ne souhaite pas avoir de relation avec l'assistance sociale (peur de la séparation) et peur des intervenants.

Grâce à la circulaire relative au décret n° 2002-361 du 15 mars 2002 modifiant le nouveau Code de procédure civile et relatif à l'assistance éducative, les familles et le mineur capable de discernement peuvent, depuis septembre 2002, consulter leur dossier, bénéficier de l'aide d'un avocat afin de préparer l'audience avec le procureur ou juge pour enfants.

Le dénombrement des enfants et adolescents concernés par une mesure de protection de l'enfance reste discutable. Les recensements statistiques opérés aux différentes étapes des procédures administratives et judiciaires relatives à la protection de l'enfance ne permettent pas de dégager des résultats quantitatifs nationaux ou départementaux, et ce malgré les efforts menés depuis 1995.

L'absence d'un cadre de cohérence national bien accepté par les trois principales institutions responsables de la protection de l'enfance (A.S.E., P.J.J., Justice de l'enfance) a laissée ouverte la voie à la mise en place d'un Observatoire National de l'Enfance en Danger. L'O.D.A.S. est une association créée après la décentralisation et financée par les Conseils Généraux, l'Etat ou par d'autres commanditaires pour des analyses qu'elle réalise. Chaque année, cet observatoire recueille, sur la base du volontariat, des données de la part des Conseils Généraux. Il essaie ainsi de publier des statistiques sur l'Enfance Maltraitée tant sur

les signalements, les modes de signalements que sur les mesures adoptées administratives ou judiciaires. D'ailleurs une des grandes difficultés est de recenser les mesures judiciaires; en effet, celles-ci demeurent confidentielles.

Le département de Meurthe et Moselle est en cela innovateur. Un protocole d'accord a pris effet à la date du premier février 1997, sur l'initiative des autorités judiciaires et administratives du département, dans le but de coordonner les interventions relatives aux mineurs à protéger. Cette avancée, indispensable semble-t-il pour ne pas laisser échapper des mineurs en danger, sera davantage explicitée dans la troisième partie.

VII. Conclusion

Les maltraitements concernant les mineurs soulèvent un redoutable dilemme médico-juridique. Alors que les patients ont vu le secret professionnel sur leur dossier médical levé et que ces mêmes citoyens ont dorénavant la possibilité de consulter leur dossier judiciaire, il semble difficile au médecin généraliste de faire-part de ses observations, de ses doutes sur une négligence éducative ou une maltraitance comme définie à l'heure actuelle, sans avoir peur de rompre le Secret Professionnel inhérent à sa profession.

Le Code pénal donne, en effet, au médecin le droit :

- soit de procéder au signalement des sévices constatés (qu'ils concernent un mineur de moins de quinze ans ou toute autre personne particulièrement vulnérable), auprès des "autorités judiciaires, médicales ou administratives "
- soit de s'en tenir au respect du secret professionnel.

Le Code de déontologie médicale en revanche, lui fait obligation d'alerter les mêmes autorités tout « en faisant preuve de prudence et de circonspection ».

Dans cette délicate alternative, la conduite à tenir pour le médecin doit être régie par le souci de protéger l'enfant, de ne pas lui porter tort.

Cette alternative fait l'objet de la troisième partie qui consiste en une enquête auprès des médecins généralistes du département de la Meurthe-et-Moselle sur le secret professionnel médical et la maltraitance des enfants à travers leurs expériences personnelles.

C. Cas particulier de la Meurthe-et-Moselle

Native de Meurthe-et-Moselle, il me semblait opportun d'effectuer mes recherches sur ce département et ce d'autant plus qu'il est un des précurseurs, en France, de la prise de conscience de la maltraitance des enfants et de ses conséquences. Faut-il rappeler que la première étude a été menée conjointement à Nancy et à Paris entre 1972 et 1975 par STRAUSS P., MANCIAUX M., DESCHAMPS G. (Les jeunes victimes de mauvais traitements, 1978^[Bibliographie III.17]) ?

De surcroît, l'enquête ne pouvait porter sur le plan régional, encore moins national, tant les mesures de protection de l'enfance diffèrent d'un département à l'autre. Les plans d'action dépendent naturellement des lois et des décrets détaillés dans la précédente partie, mais l'organisation elle-même est sous la dépendance du Président du Conseil Général. De ce point de vue encore, le département de Meurthe-et-Moselle fait preuve d'initiative et d'avant-gardisme en la matière. En effet, un protocole d'accord est né le premier février 1997, entre les différents partenaires que sont les autorités judiciaires et administratives, pour la coordination des interventions relatives aux mineurs à protéger. Les objectifs sont multiples dont l'harmonisation des mesures de protection, la simplification des démarches pour le signalant, le suivi des signalements et la meilleure évaluation comptable des situations d'enfants en danger voire maltraités.

I. Démographie de la Meurthe-et-Moselle

La Meurthe-et-Moselle c'est 5246 Km² quatre arrondissements, quarante cinq cantons. Entre 1990 et 1999, la population de Meurthe-et-Moselle a légèrement progressé (+0.3%), et s'établit à 713 779 habitants. Cet accroissement est imputable à un solde naturel (naissance - décès) qui demeure positif (+ 0.4 %) et compense un solde migratoire (arrivée – départ) qui reste négatif (- 0.4 %). La répartition de la population sur le département est de 136 habitants/Km².

D'après le dernier recensement de l'INSEE de 1999, nous étudions la répartition de la population en fonction des tranches d'âge.

Pour plus de compréhension, précisons que la population « ménages » correspond aux familles sédentaires, « coll. » pour collectivité, c'est-à-dire les personnes vivant dans des structures d'accueil quel que soit le type (maison de retraite, foyers sociaux...), la rubrique « population hab.mobil. » correspond aux personnes nomades, les gens du voyage.

<u>âge en 9 tranches</u>	Population Générale			
	<u>Population ménages</u>	<u>Population coll.</u>	<u>Population hab. mobil</u>	<u>Autres cas</u>
<u>0 à 14 ans</u>	125 012	553	387	29
<u>15 à 19 ans</u>	48 909	1 400	128	81
<u>20 à 24 ans</u>	51 137	4 714	108	409
<u>25 à 29 ans</u>	51 397	1 208	119	329
<u>30 à 49 ans</u>	201 018	1 792	352	586
<u>50 à 59 ans</u>	77 323	944	105	116
<u>60 à 74 ans</u>	95 155	1 554	79	35
<u>75 à 79 ans</u>	23 476	838	7	2
<u>80 ans ou plus</u>	20 284	3 961	8	0
Total	693 711	16 964	1 293	1 587

La tranche d'âge 0-14 ans correspond à nos mineurs de moins de 15 ans intéressés par les mesures de protection de l'enfant. Cette tranche d'âge représente en l'occurrence 17.65 % de la population totale.

Ces enfants se répartissent comme suit :

- 99.2 % de ces mineurs habitent en foyer familial,
- 0.43 % vivent en collectivité,
- 0.30 % sont des enfants de familles nomades,
- 0.02 % des mineurs peuvent être considérés comme SDF (sans domicile fixe), échappant aux structures sociales et scolaires. Ces adolescents de moins de 15 ans représentent 1.82 % des personnes déambulant dans les rues, tout âge confondu.

Les deux tableaux suivants distinguent les hommes des femmes, tout en conservant les mêmes paramètres de tranche d'âge et de mode social de vie. La proportion garçon / fille de moins de 15 ans est quasi égale avec un léger avantage aux adolescents (64713 garçons pour 61268 filles).

<u>âge en 9 tranches</u>	<u>catégorie de population masculine</u>			
	<u>Population ménages</u>	<u>Population coll</u>	<u>Population hab mobil</u>	<u>Autres cas</u>
<u>0 à 14 ans</u>	64 167	325	200	21
<u>15 à 19 ans</u>	25 036	642	60	56
<u>20 à 24 ans</u>	25 419	2 450	48	373
<u>25 à 29 ans</u>	25 502	753	57	319
<u>30 à 49 ans</u>	98 744	1 346	192	572
<u>50 à 59 ans</u>	38 333	775	59	113
<u>60 à 74 ans</u>	42 954	902	44	35
<u>75 à 79 ans</u>	9 076	260	2	2
<u>80 ans ou plus</u>	6 493	650	2	0
Total	335 724	8 103	664	1 491

<u>âge en 9 tranches</u>	<u>catégorie de population féminine</u>			
	<u>Population ménages</u>	<u>Population coll.</u>	<u>Population hab. mobil</u>	<u>Autres cas</u>
<u>0 à 14 ans</u>	60 845	228	187	8
<u>15 à 19 ans</u>	23 873	758	68	25
<u>20 à 24 ans</u>	25 718	2 264	60	36
<u>25 à 29 ans</u>	25 895	455	62	10
<u>30 à 49 ans</u>	102 274	446	160	14
<u>50 à 59 ans</u>	38 990	169	46	3
<u>60 à 74 ans</u>	52 201	652	35	0
<u>75 à 79 ans</u>	14 400	578	5	0
<u>80 ans ou plus</u>	13 791	3 311	6	0
Total	357 987	8 861	629	96

Afin de mieux appréhender la population de notre étude, constituons statistiquement, le lieu de vie des mineurs de moins de 15 ans. Nous obtenons le tableau suivant :

Sexe // pop.	Ménages	Collectivité	Hab.mobiles	Autres cas	Total
Garçon	99.156 %	0.502 %	0.31 %	0.032 %	100 %
Fille	99.31 %	0.372 %	0.305 %	0.013 %	100 %

La répartition dans les deux sous-groupes garçon/fille est comparable, en revanche, il est à noter une proportion plus importante chez les jeunes garçons à se marginaliser ou à être placés en institution.

Une autre façon d'exploiter les données de l'étude INSEE est de mesurer quelle est la proportion de mineurs parmi les exclus. Le résultat est surprenant. En effet, les vingt et un garçons recensés représentent 1,4 % des exclus de la population de leur sexe, quant aux 8 filles, elles représentent 8,3 % !

Comme nous l'avons précisé dans le chapitre précédent, la maltraitance n'est pas un phénomène des populations défavorisées, mais il est difficile de ne pas évoquer un risque d'enfant en danger voire maltraité dans la population des mineurs « autres cas ». Ils ont jusqu'alors échappés aux structures d'accueil et vraisemblablement ils échappent à la surveillance des partenaires de la protection des enfants.

II. Dispositif médico-social de Meurthe-et-Moselle

1. La mise en place du dispositif départemental en Meurthe-et-Moselle

Le département de Meurthe-et-Moselle n'a pas dérogé à la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989, qui a parachevé une œuvre datant d'une bonne décennie. Elle a modifié et complété le Code de la Famille et de l'Aide Sociale (C.F.A.S.).

L'article 40^[Bibliographie IV.5] du C.F.A.S. assigne, depuis cette date, au Service de l'A.S.E. les missions supplémentaires suivantes :

- ❖ celle de « mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs »
- ❖ celle de « mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs »

- ❖ et, « sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire », celle d'« organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités », et ainsi « participer à la protection de ceux-ci »

Pour les mettre en œuvre, le service de l'Aide Sociale à l'Enfance doit s'adjoindre le concours des services départementaux de Protection Maternelle et Infantile, et d'Action Sociale. En Meurthe-et-Moselle, ces trois services sont appelés désormais « Missions » relevant de la direction de la Solidarité et de l'Action Sociale :

- ❖ mission de Protection de l'Enfance
- ❖ mission de Protection Maternelle et Infantile
- ❖ mission de Service Social

Tout en respectant le schéma national de base selon la loi, la mise en place et l'organisation des dispositifs peuvent différer selon les départements. Chacun s'organise en fonction de l'importance de sa population, de ses caractéristiques locales, de ses besoins, de ses moyens et du plateau technique dont il dispose.

Après la circulaire de janvier 1981, tous les professionnels du département œuvrant dans l'action sociale ou appartenant au corps médical, ainsi que les enseignants et les associations ont été mobilisés pour une réflexion générale relative aux enfants maltraités.

En 1983, l'idée d'une permanence d'accueil téléphonique à l'A.S.E. a vu le jour; . Puis en avril 1988, les différents partenaires socio-médico-judiciaires sont tombés d'accord sur le fait que les circuits qu'empruntaient les informations, étaient trop complexes, les délais entre les signalements et leurs suites non mesurables.

Dès lors, la pertinence d'un dispositif **centralisateur** apparaît nettement. C'est ainsi qu'en décembre 1989, afin d'appliquer la loi du 10 juillet 1989, l'assemblée départementale a donné son accord pour la mise en place d'un dispositif spécial pour la prévention et le signalement d'enfants « en danger », à savoir :

- ❖ la création d'une cellule de travail au sein de l'A.S.E., nommée **C.E.M.A. (Cellule Enfance Maltraitée Accueil)** ;
- ❖ l'installation d'une ligne téléphonique directe AZUR 0.810.27.69.12, en relais du numéro VERT national **119** ;

- ❖ la diffusion d'un livret d'information et d'une plaquette sur l'Enfance Maltraitée, destinés au grand public;
- ❖ l'organisation d'un circuit de signalements, avec centralisation de toutes les informations à la cellule (voir schéma, dans le chapitre suivant) ;

Le principe de la mise en place du dispositif départemental étant admis, la cellule démarra progressivement son activité, de manière encore officieuse dès le mois de décembre 1989, puis très officiellement le 02 avril 1990.

2. Le fonctionnement du dispositif

La Cellule Enfance Maltraitée Accueil est composée de personnes chargées d'accueil et d'écoute. Elles reçoivent, enregistrent et acheminent toutes les informations, qu'importe la voie utilisée, et les rapports de signalement des « enfants à protéger » de Meurthe-et-Moselle. Elles sont également chargées de surveiller le temps écoulé entre la demande et l'évaluation elle-même, entre la saisie de l'autorité judiciaire et la décision. Pour autant, la CEMA n'est pas responsable des délais ni de la prise en charge des mineurs. Elles tiennent les professionnels signalants au courant de l'évolution. Elles participent aux actions de formation, d'information, et de sensibilisation des différents professionnels et également du public. Elles élaborent également les statistiques à partir des données qu'elles centralisent. In fine, elles participent aux études épidémiologiques nationales.

Résumé des actions de ce véritable observatoire départemental d'après le flash de la direction de la solidarité et de l'action sociale sur la « Cellule enfance Maltraitée Accueil » de Meurthe-et-Moselle, publié en 2000. ^[BibliographieII.4]

1° mission :

RECUEIL D'INFORMATIONS
SIGNALALANTES

- ACCUEIL DIRECT
- ÉCOUTE AU TÉLÉPHONE
- AIDES IMMÉDIATES (CONSEIL, RÉORIENTATION...)
- TRANSCRIPTION DU CONTENU DES ENTRETIENS (AVEC OBSERVATIONS ET AVIS ÉVENTUELS SUR LE CONTENU DE L'INFORMATION ET LA FIABILITÉ DE LA SOURCE)
- RECHERCHE DE L'EXISTENCE ÉVENTUELLE D'INFORMATIONS ET DE MESURES ANTÉRIEURES
- INITIATION DES ÉVALUATIONS

2° mission :

TRAITEMENT
DES INFORMATIONS
ET DES SIGNALEMENTS

- RÉCEPTION DES COURRIERS ET DES TÉLÉCOPIÉS
- ACCUSÉS DE RÉCEPTION
- ENREGISTREMENT
- RÉDACTION DES LETTRES D'ACCOMPAGNEMENT DES SIGNALEMENTS JUDICIAIRES
- RÉDACTION DES LETTRES DESTINÉES AUX FAMILLES
- ACHEMINEMENT
- MESURE DES DÉLAIS DE RÉPONSE
- RELANCES ÉVENTUELLES
- ENREGISTREMENT DES SUITES
- INFORMATION DES PROFESSIONNELS SUR SUITES

3° mission :

OBSERVATION DE
L'ENFANCE EN DANGER

- STATISTIQUES
- BILAN ANNUEL D'ACTIVITÉ
- ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE
- ÉTUDES DIVERSES
- PARTICIPATION À L'OBSERVATION NATIONALE

4° mission :

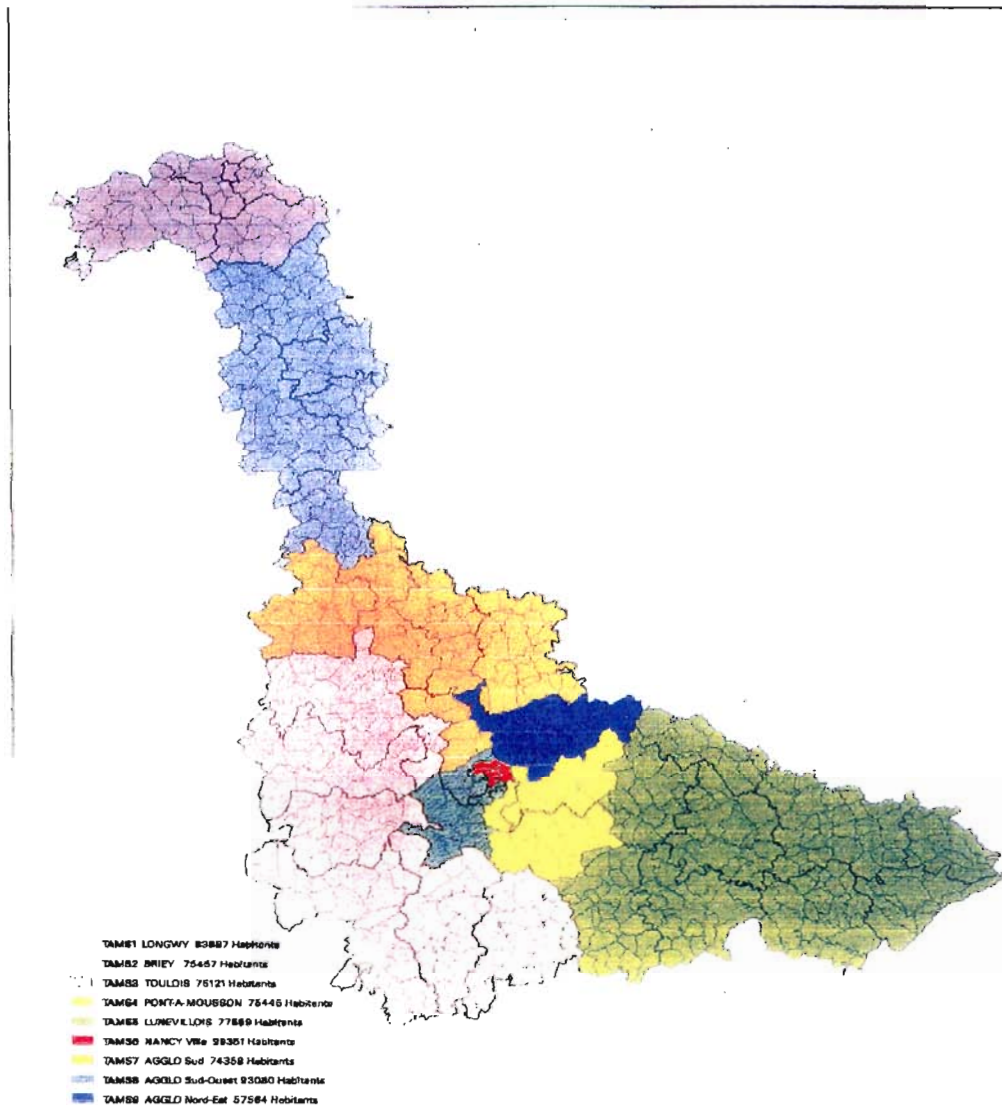
INFORMATION
ET SENSIBILISATION

Cette 4° mission est confiée aux cadres éducatifs de la C.E.M.A., en liaison avec les autres professionnels des missions de Protection de l'Enfance, de P.M.I. et de Service Social.

- SENSIBILISATION DES DIFFÉRENTS PUBLICS :
 - ★ PUBLICITÉ SUR LES DISPOSITIFS EN PLACE
 - ★ INTERVENTIONS DIVERSES
- INFORMATION DE PROFESSIONNELS DIVERS
- PARTICIPATION À LA FORMATION D'ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS

Le dispositif de Meurthe-et-Moselle a le mérite d'exister, c'est un des plus performants du fait des communications entre les différents acteurs. La C.E.M.A qui siège au Conseil Général de Meurthe-et-Moselle à Nancy, use des yeux et des oreilles des partenaires sociaux exerçant à proximité de la population et regroupés sur l'ensemble du département grâce à une structuration en « territoires ». En effet, le département est divisé en neuf parties encore appelées T.A.M.S ou Territoires d'Action Médico-Sociale. Chaque T.A.M.S. contient les trois missions sus-citées (Protection de l'enfance, Protection Maternelle et Infantile, Service Social), chacun s'occupe d'un neuvième de la population départementale.

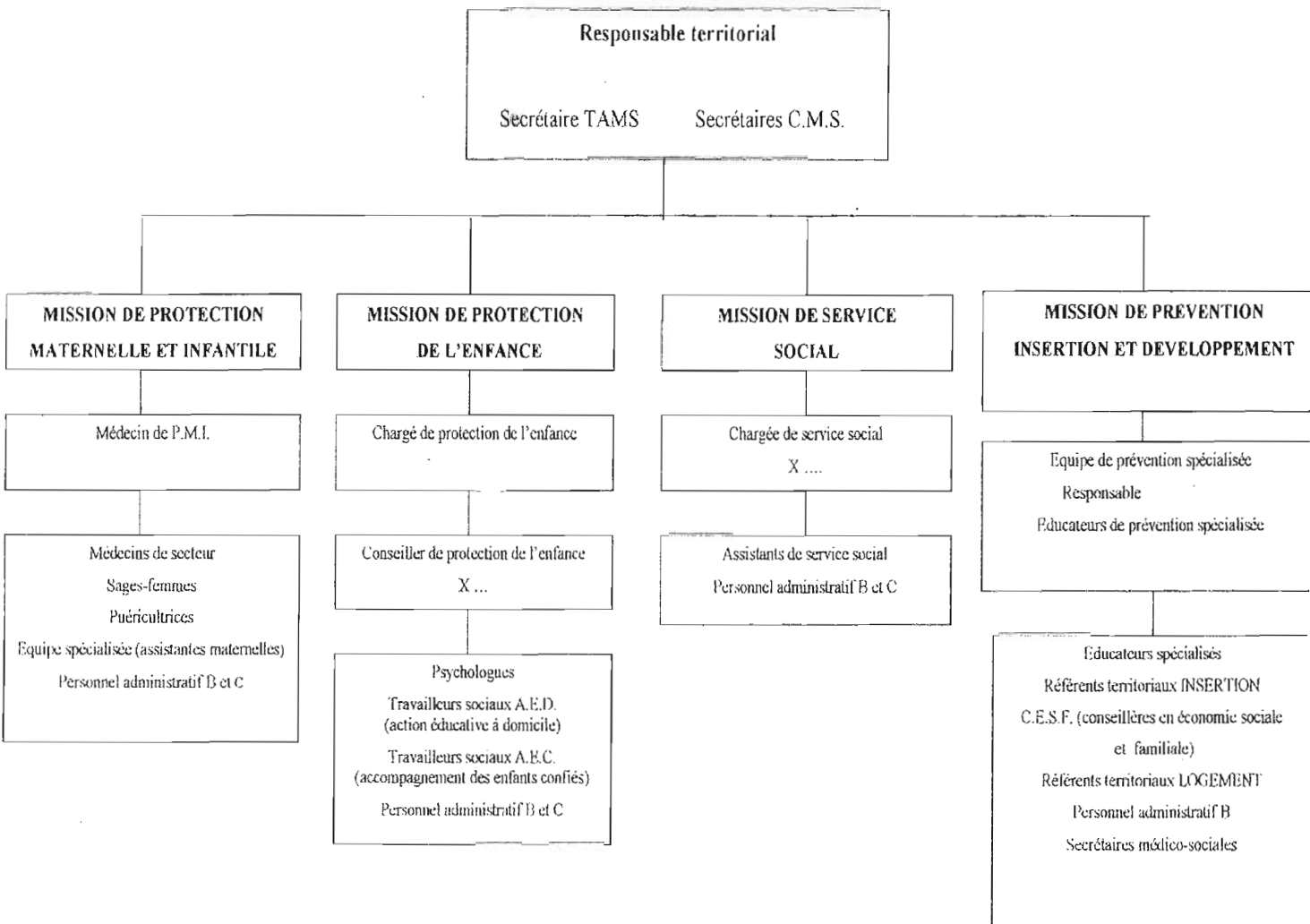
La Meurthe-et-Moselle est divisée :



Territoires d'Action Medico-Sociale Repartition en 9 territoires

Il faut savoir que cette division territoriale doit être modifiée en 2004. Nous ne connaissons pas la nouvelle répartition, en revanche, la structuration de chaque territoire devrait être comparable.

L'arborescence fonctionnelle de chaque T.A.M.S. est schématisée comme suit (recueillie dans le même flash du Conseil Général) :



Chaque mission a ses objectifs et les moyens pour y parvenir. Les principales caractéristiques de chacune sont résumées ci-après.

2.1 Mission de Protection Maternelle et Infantile

Niveau départemental

Planification

- * Centres de planification (C.P.E.F.) autorisation ou avis - suivi administratif (convention du budget et rapport d'activité).
Orientations départementales

Maternité

- * Gestion des déclarations de grossesses
- * Orientations départementales et mise en oeuvre de programmes départementaux.
- * Relations avec les établissements d'accouchement.
- * Animation réseau prévention périnatal.
- * Développement partenariat avec les autres acteurs de la périnatalité.

Enfance

- * Gestion avis de naissance, certificats de santé, avis de décès, statistiques.
- * Orientations départementales et mise en oeuvre de programmes départementaux.

- * Relations avec les partenaires institutionnels (médecins, services hospitaliers, Education Nationale, CPAM ou ...)
- * Rôle d'information et d'alerte en matière de santé publique et d'épidémiologie.

Participation CDES.

- * Rôle d'information et d'alerte en matière de santé publique et d'épidémiologie

- * CAMPS - suivi administratif

Niveau territorial

- * Actions d'information - collaboration des personnels de terrain avec les équipes des CPEF.
- * Avis et suivi technique des CPEF.

- * Rencontre prénatale précoce à toute femme enceinte avec remise de carnet de santé maternité.
- * Suivi à domicile des femmes enceintes à risque médical ou psychologique ou social.
- * Liaisons avec les établissements d'accouchement et les praticiens.
- * Actions d'éducation pour la santé.
- * Accompagnement du retour à domicile.

- * Proposition de visite après chaque naissance.
- * Suivi à domicile des enfants en situation de risque médico-psycho -social, liaisons avec les médecins hospitaliers et libéraux
- * Consultations de la petite enfance.
- * Bilans de santé en écoles maternelles, relations avec les enseignants, santé scolaire, C.C.P.E
- * Lieux d'éveil
- * Participation à la prévention du dépistage et prise en charge de l'handicap

- * Participation prévention dépistage prise en charge du handicap
- * Actions de protection de l'enfance, en lien avec l'A.S.E. et le service social, suivi santé des enfants confiés.
- * (Suivi santé des enfants pris en charge par l'A.S.E.)
- * Actions d'éducation pour la santé.

Accueil des enfants de moins de six ans

- * Agrément des assistantes maternelles
 - orientations départementales
 - logistique
 - évaluation et statistiques
 - gestion des concours
- * C.C.P.D.
- * Formation assistantes maternelles
 - programme départemental
 - marché public
- * Etablissements et services par médecin de P.M.I.
 - autorisation ou avis
 - suivi administratif
 - relations C.A.F., Jeunesse et Sport
- * Agrément des assistantes maternelles
 - instruction des demandes
 - décision par médecin de P.M.I.
 - suivi
 - renouvellement
- * Formation des assistantes maternelles organisation pratique et suivi des groupes
- * Etablissements et services :
 - instruction des dossiers
 - avis technique et suivi technique

Le médecin départemental est garant du respect du secret médical, de la pratique médicale, de la déontologie, de l'application des textes et de la cohérence départementale.

La P.M.I. s'occupe exclusivement de la maternité, de l'enfant de moins de six ans et des enfants à la charge du département. L'ensemble de son activité est primordial mais il faut insister sur son rôle prépondérant en période prénatale. La prévention permet d'accueillir le nouvel enfant avec plus de chances d'intégration à la famille, surtout dans les milieux à risque médical, social ou psychologique ou dans les familles déjà connues et aidées d'une façon ou d'une autre. Le centre de P.M.I. est proche de la population et des services administratifs-judiciaires, il est le lien indispensable sur le terrain. Le médecin de P.M.I. grâce à son activité dans les crèches et les centres d'accueil des plus petits a un regard sur le jeune enfant, sa santé et son développement psychophysique. De plus, l'établissement des certificats d'examen clinique obligatoires à huit jours de vie, neuf mois et deux ans ainsi que le suivi médical rendu par le médecin généraliste dans le carnet de santé permettent d'évaluer l'intérêt que porte les parents au bon développement de leur enfant. Ce carnet de santé relie médecin de famille (s'il existe) et médecin de P.M.I. qui recommande fortement aux parents d'être suivis par un médecin généraliste.

2.2 Mission de Service Social

« Un service social public, chargé de mener une action polyvalente et des actions spécialisées, est organisé dans chaque département, les dépenses afférentes à ce service sont imputées au budget départemental », d'après le communiqué du Conseil Général en octobre 2001.

L'assistant de service social contribue à la mise en place de la politique d'action sociale du Conseil Général :

- Il est placé, sous l'autorité hiérarchique du responsable de territoire, et par délégation, du chargé de service social.
- Il exerce, sur un territoire donné auprès des individus, des familles, des groupes, des communautés quelque-soit leur âge, leur catégorie socioprofessionnelle ou leur type de préoccupation. De par sa connaissance du territoire, de l'environnement et des partenaires, il participe à la construction d'une dynamique locale.

Il intervient :

- à la demande de l'utilisateur, en élaborant avant son adhésion un processus d'aide afin de maintenir ou de restaurer son autonomie ou de faciliter son insertion.
- à la demande de l'employeur, dans le cadre des missions confiées au Conseil Général, dans une dynamique de développement local.

Il établit des relations partenariales dans la recherche de solution avec les usagers. Il exerce ses fonctions dans le respect des règles éthiques et déontologiques qui régissent la profession.

- | | |
|------------------------------------|--|
| | * accueille |
| | * écoute |
| | * analyse de la demande |
| En centre médico-social, il | * traite en direct |
| | * oriente |
| | * accompagne |
| | * alerte sur les besoins, les dysfonctionnements, le climat social |

Sur le territoire, le chargé de service social Assure, sous la responsabilité du responsable de territoire et en lien avec les cadres des autres naissions, l'accompagnement et l'encadrement des assistants sociaux.
Il recherche en transversalité avec les autres chargés de missions des réponses en complémentarité.

Au niveau départemental, le responsable de service social Assure le management du groupe des chargés en favorisant la construction d'outils spécifiques à l'exercice des interventions du service social, encadre les équipes de titulaires mobiles (A.S., SMS), joue un rôle d'observation, d'alerte et de propositions auprès de la direction, développe la qualité de l'accueil et l'intégration des nouveaux personnels et des stagiaires.

2.3 Mission de Protection de l'Enfance

Ce que recouvre cette mission :

- Des actions de prévention et de protection demandées par les parents des enfants en difficulté.
- Des actions de protection décidées par les Juges des enfants pour les enfants en danger.

Des actions de protection et de protection demandée par les parents

- * des aides à domicile :
 - aides financières (allocations mensuelles)
 - interventions de techniciennes de l'intervention sociale et familiale
 - actions éducatives à domicile.
- * des accueils provisoires (en établissement - en familles d'accueil)
- * des accueils de femmes enceintes en difficulté et de mères avec leurs enfants de moins de 3 ans
- * des aides aux jeunes majeurs de 18 à 21 ans.

Des actions de protection judiciaire

Il s'agit de la prise en charge des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance par les juges des enfants et qui sont accueillis en établissement ou en famille d'accueil.

Comment s'exerce cette mission :

Elle s'inscrit dans l'action sociale menée territorialement.

* toutes les décisions individuelles de protection de l'enfance sont prises sur le territoire par le chargé de protection de l'enfance.

Sur chaque territoire

* elles sont mises en oeuvre par des équipes pluridisciplinaires territoriales, en liaison étroite avec les professionnels des autres missions (service social et P.M.I.) et les partenaires.

Une conduite départementale de la mission permet d'assurer:

Au niveau départemental:

* l'inscription de la mission dans le cadre du schéma départemental de protection de l'enfance.

* l'existence d'un cadre méthodologique adapté assurant le respect du droit.

Certains dispositifs

* la Cellule Enfance Maltraité Accueil

spécialisés conservent un

* la Cellule Adoption

rattachement départemental

* la Cellule d'Accompagnement Professionnel des Assistantes Maternelles

* l'équipe d'Aide aux Jeunes Majeurs.

En conclusion, s'il fallait une preuve de l'importance des services médico-sociaux, retenons seulement que le quart des signalements d'enfants en danger parvenu à la C.E.M.A. en 1998, tout informateur confondu, provient des services médico-sociaux du département (S.S.D., P.M.I. ; A.S.E.), ce qui représente un tiers des signalements « civils » c'est à dire ne provenant pas de la voie judiciaire. A titre informatif, moins de 1% des signalements sont effectués par les médecins non hospitaliers.

2.4 La justice

En droit, il n'existe pas de définition propre à l'Enfance maltraitée, le droit utilise les mêmes définitions que celles données par l'O.D.A.S. :

Enfant maltraité : enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique.

Enfant en risque : enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants pris en charge par l'A.S.E. ou par la justice. Cette dénomination regroupe les enfants à risque et les enfants maltraités.

En Meurthe-et-Moselle, un Collectif des mineurs a été mis en place, il est composé d'une soixantaine d'avocats qui ont pour rôle de défendre en pénal ou en civil les mineurs. De même, un statut de l'enfant victime a vu récemment le jour. Ce statut a créé et développé l'administrateur ad hoc et la possibilité d'enregistrer les dépositions dans les cas d'abus sexuels.

Le poste d'administrateur ad hoc est occupé soit par le bâtonnier des avocats soit par le président du Conseil Général du département. Son rôle est de défendre les intérêts de l'enfant, d'intervenir comme médiateur entre le mineur et ses parents ou son tuteur légal lorsque le conflit réside entre ses deux parties. Il choisit le représentant de cet enfant sur la liste du collectif des avocats. L'administrateur ad hoc représente le mineur mais sans se substituer aux parents qui conservent leur autorité parentale.

L'intérêt de l'enregistrement des dépositions des enfants mineurs abusés sexuellement paraît évident, même si certains s'y opposent. L'enregistrement de la déposition de l'enfant abusé évite à ce mineur de raconter, de répéter à nouveau les actes dont il est la victime, le parcours est si complexe, long et traumatisant.

Les infractions sont spécifiques et non spécifiques à l'enfant (exemple le viol est une infraction quel que soit le statut de la personne c'est-à-dire mineur ou majeur) mais l'administrateur a prévu des peines aggravées à l'encontre des agresseurs qui ont autorité sur le mineur de moins de quinze ans.

Les infractions relevées sont :

- relatives à la vie et à la santé de l'enfant tel que l'infanticide ou délit de mise en péril par la privation de soins ou d'alimentation intentionnellement
- atteinte de la personnalité de l'enfant, de sa moralité, de l'intégrité de sa vie privée, de sa sexualité ou de la moralité de la famille
- agression sexuelle, viol.

Le Droit protège contre les provocations sexuelles (laisser regarder ou inciter le mineur à visionner ou participer à des films pornographiques), contre les invites aux conduites addictives (incitation à l'usage de l'alcool ou de la drogue).

III. Protocole d'accord entre les autorités judiciaires et administratives

La Meurthe-et-Moselle est un département exemplaire comme nous l'avons déjà souligné. Il l'est par la précocité des accords passés entre les autorités judiciaires et administratives pour la coordination des interventions relatives aux mineurs à protéger^[Bibliographie II.6].

Les partenaires cosignataires de ce protocole d'accord sont multiples et diverses. Naturellement, il est signé par le Recteur de l'Académie de Nancy-Metz, par l'Inspecteur d'Académie, Directeur des Services Départementaux de l'Education Nationale de Meurthe-et-Moselle, les représentants judiciaires à travers monsieur le Bâtonnier de l'Ordre des avocats, les représentants des Médecins, des centres hospitaliers du département, de la Croix Rouge, des associations familiales et sociales mais également par certains enseignements religieux. Pour ces derniers, il est à regretter que l'ensemble des représentants religieux ne soit pas cosignataire. Ceci est peut-être dû au fait que certaines pratiques religieuses sont considérées comme une sorte de maltraitance et que le fondement religieux n'est pas compris.

Nous ne citerons comme exemple que la clitoridectomie pratiquée par les familles turques de confession musulmane. Cette pratique effectuée en France peut choquer et s'apparenter à de la maltraitance. Il est toute fois difficile dans ce cadre d'effectuer une information signalante sans être accusée d'atteinte à la liberté de choix de la religion !

Ce protocole en date du 01 février 1997 permet d'officialiser le rôle et le fonctionnement de la C.E.M.A. Il va dans le sens d'une fédération des actions menées contre les mauvais traitements à enfants. Lorsque la C.E.M.A. est en possession d'une information signalante permettant de caractériser une situation de danger, elle transmet à l'autorité administrative chargée de la protection de l'enfance qui peut alors soit déclencher la procédure de mise en place d'une mesure administrative, si la famille a signifié son accord, soit transmettre le signalement au Parquet compétent si le représentant légal refuse les mesures administratives et /ou si la maltraitance est d'ordre sexuel, datant de moins de deux ans.

Cet accord présente de nombreux avantages :

- meilleure appréciation d'un cas de sévices à enfants. En effet, la C.E.M.A. en regroupant les informations signalantes peut mettre en lumière un enfant à risque car si les informations prises une à une semblent mineures, le tout est évocateur d'un enfant en danger réel.
- meilleure appréciation des chiffres de la maltraitance, des suites données,
- rapport d'activité annuel effectué par la C.E.M.A. et transmis aux cosignataires (en voie de faisabilité en fonction du nouveau mode national de calcul informatique).

IV. Rapport d'activité C.E.M.A. ou les chiffres de la Maltraitance en 1998

Le rapport d'activité disponible est celui de 1998. En effet, les paramètres informatiques ayant été modifié depuis lors, les résultats paraissent incohérents ou du moins non comparables.

Notre propos ne consiste pas à relater de la maltraitance en Meurthe-et-Moselle, c'est pourquoi, seuls les paramètres et données déterminant notre sujet sont pris en compte.

L'intérêt de présenter l'activité de la cellule Enfance Maltraitée Accueil est d'illustrer son action, de prouver son efficacité tant dans la comptabilité des cas que dans le suivi des situations.

Le champ d'observation de la C.E.M.A. est de meilleure qualité que celui de l'O.D.A.S. qui se limite à la comptabilité des enfants en danger, comme l'illustre le schéma à la fin de ce chapitre.

De part les préoccupations de la cellule enfance maltraitée, les chiffres d'enfants à protéger sont plus proches de la réalité compte tenu du relevé des informations et ce quelle que soit la voie qu'elles utilisent.

Ce recensement serait d'autant plus juste si chaque citoyen était attentif aux signes de la maltraitance ou de la négligence éducative.

Rappelons ce que l'observatoire C.E.M.A. prend en compte :

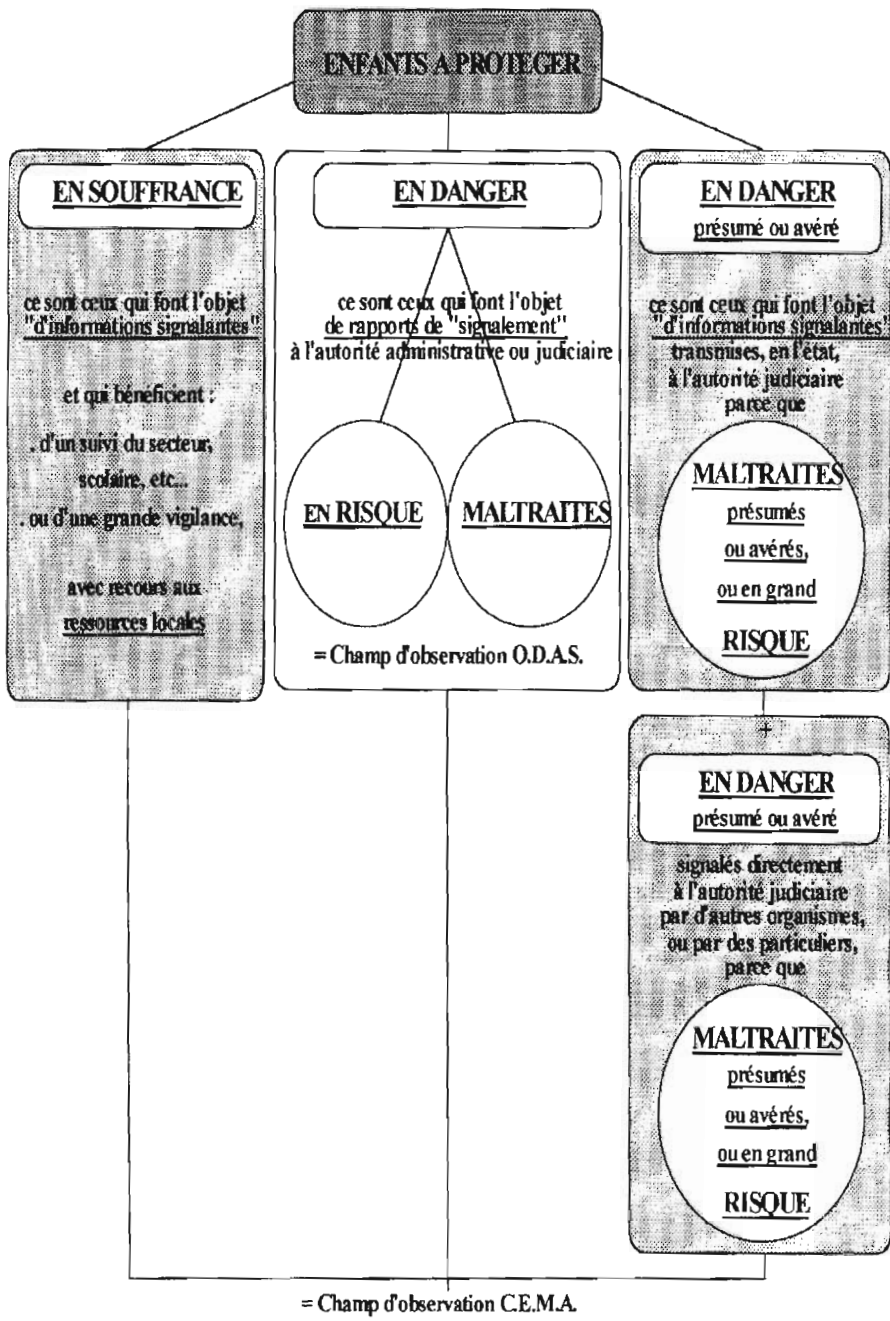
- ❖ toutes les situations individuelles nécessitant une évaluation
(= **informations signalantes**) ;
- ❖ toutes les situations individuelles nécessitant une saisine immédiate de l'autorité Judiciaire, sans évaluation préalable, mais avec communication de tous les éléments déjà connus (= **informations signalantes graves**, en raison de présomption de délits ou de crimes ou en raison d'un danger immédiat, et cette communication grâce au protocole d'accord sus-cité) ;
- ❖ toutes les nouvelles demandes de protection administrative (à l'exception des aides financières) c'est-à-dire : Travailleuses à titre Educatif, Aides Educatives à Domicile, Admissions Provisoires, Accompagnement Familial et Educatif (accueil de jour « à la carte » avec médiation familiale) et Accueils mères-enfants (= **signalements administratifs**).
- ❖ toutes les nouvelles demandes de protection judiciaire (= **signalements judiciaires**)

L'observatoire permet ainsi d'appréhender une part importante des informations concernant les mineurs à protéger dans le département.

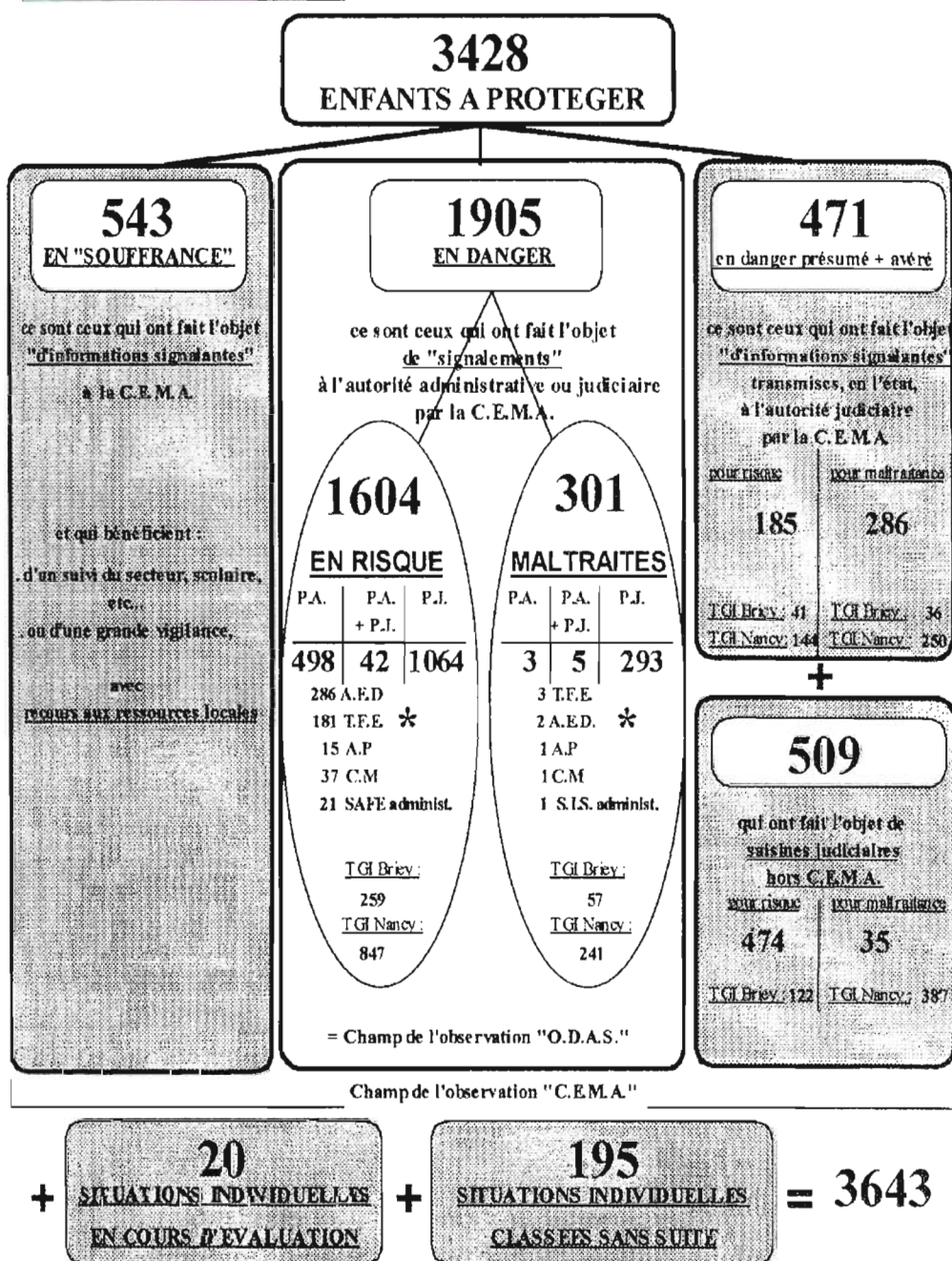
Il est alors en mesure de répondre :

- * au questionnement de l'observatoire national « O.D.A.S. »,
- * à celui du Ministère,
- * à celui des autorités départementales (judiciaires, administratives),
- * et enfin à celui des acteurs de terrain.

Reprenons le schéma du flash du Conseil Général en 2000 sur la C.E.M.A. comparant les champs d'observation de la C.E.M.A. et de l'O.D.A.S.



Ainsi l'activité officielle de 1998 pour le département de la Meurthe-et-Moselle est :



ex : mineurs non identifiés, non lieu à intervention...

(* Nous ne faisons figurer, sur ce tableau, qu'une seule mesure administrative par mineur : la principale en 1998).

Rappel : En 1998, la C.E.M.A. a pris en compte toute la Protection Administrative et toute la Protection Judiciaire des mineurs, y compris les signalements adressés aux Juges des Enfants en vue d'une Tutelle aux Prestations Sociales, et y compris toutes les nouvelles décisions judiciaires faisant suite à des signalements de fin d'année 1997.

Nota bene : Ne figurent pas dans ce tableau les mineurs signalés aux magistrats d'autres départements, ni les majeurs déficients (incapables de se protéger) signalés aux magistrats de Meurthe-et-Moselle.

Nous observons 3643 mineurs de Meurthe-et-Moselle signalés soit à la C.E.M.A. (86% d'entre eux soit 3134) soit directement à l'autorité Judiciaire (14 % d'entre eux soit 509 mineurs). Parmi ces signalements il existe des doublons voire plus. En effet un signalement ou une information signalante correspond à un enfant, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour représenter les informateurs de la C.E.M.A., seule la voie informative principale par mineur est retenue, ce qui ramène le nombre à 2622.

Voici la répartition des informateurs d'un cas d'enfant à risque.

- Magistrats		750
. Avis de Saisine des J.E. :		267
- saisis par Parquet :	114	
- saisis par familles :	54	
- par dessaisissements d'autres J.E. :	46	
- saisis par mineurs	5	
- saisines d'office	44	
- autres	4	
. Décisions judiciaires diverses (ordonnances, jugements)		483
- Particuliers :		670
. membres des familles :	182 (dont 18 enfants)	
. autres :	461 (dont 3 enfants, et 237 anonymes)	
. médecins :	21	
. assistantes maternelles :	5	
. psychologue :	1	

- Services médico-sociaux du département (S.S.D., P.M.I., A.S.E.)	637
- Education Nationale	311
Service Social en Faveur des Elèves :	166
Etablissements scolaires, enseignants :	74
C.C.P.E./E.N. :	34
Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves :	29
Infirmières scolaires	5
C.D.E.S. :	2
I.A. :	1
- Services hospitaliers (Hôpitaux, Psychiatrie Infanto-Juvenile, Maternités, Cliniques...)	59
- Etablissements de compétence départementale (F.D.E., M.E.C.S.)	46
- Services divers (C.A.F., U.D.A.F., R.E.A.L.I.S.E., A.A.E., Armée, Entreprises...)	32
- Centres d'hébergement	30
- Etablissements de compétence Etat	24
- Mairies / C.C.A.S./ Préfecture	15
- Collectifs d'intervenants divers (= plusieurs signalements de plusieurs institutions pour un même enfant)	15
- Autres départements (Cellules Enfance Maltraitée, A.S.E., P.M.I.)	11
- Associations (Enfance et Partage, Enfance Majuscule, autres...)	10
- Police, Gendarmerie	6
- Centres de loisirs ou de vacances, M.J.C.	4
- Crèches	2
	<u>2622</u>

Seules 21 informations sur les 2622 proviennent des médecins généralistes, ce qui correspond à moins de 1 % (0.8 % en réalité). Ce pourcentage est faible compte tenu de la place privilégiée qu'occupe le médecin au sein de la famille. Il est vrai que les centres hospitaliers représentent 2.25 % des informateurs soit pour le monde médical une représentation de 3% au total. Il semble difficile, en effet, de ne pas additionner les résultats du monde médical libéral et du milieu hospitalier du fait d'une tendance, semble-t-il, des médecins de famille à adresser à l'hôpital les enfants soupçonnés d'être victimes de maltraitance. D'ailleurs, cette conduite est conseillée, à bon ou mauvais escient, par C.COUMAU dans la revue Impact Médecin ^[Bibliographie II.7]

La troisième partie a pour ambition d'évaluer les agissements et les connaissances des médecins généralistes du département de Meurthe-et-Moselle en ce qui concerne la Maltraitance des Enfants et le Secret Professionnel.

D. Enquête personnelle : secret professionnel et maltraitance des enfants en Meurthe-et-Moselle

I. Introduction

La médecine contemporaine n'est plus l'exclusivité des seuls hommes de l'art. L'émergence de la vulgarisation via les moyens médiatiques a mis en lumière cette science. La santé est la première préoccupation des Français, ils lui portent un intérêt aussi unique que notre système de santé l'est. Pour preuve, faut-il rappeler que l'espérance de vie des Françaises est la plus longue au monde avec un gain toujours croissant ? Il n'est pas dans mon intention d'évaluer notre système de santé, mais il me semble correct d'affirmer que chaque résident en France a accès aux soins.

L'art médical a perdu de son mystère même pour les non initiés, à cause ou grâce à cette vulgarisation. Nul ne saurait dire si ce sont la multiplication des émissions, des éditoriaux de la presse non médicale ou la demande de la population qui ont créé ce besoin de savoir et de comprendre la science médicale ! Peu importante, les faits sont palpables : le Français s'intéresse à sa santé et exige d'être non plus patient mais actif. Ce changement de mentalité a des retentissements sur la relation Médecin-Malade. L'exigence est accrue et toute omission, faute ou aléa thérapeutique peut aboutir à une plainte contre le médecin. Ce dernier semble parfois aux abois, pris entre une moralité professionnelle qu'est le Code de Déontologie et le Code Judiciaire. La maltraitance à enfant peut poser le dilemme entre garant du Secret professionnel et obligation de porter secours à personne en danger, chez les médecins dont l'expérience ou la connaissance du sujet est limitée. C'est pourquoi, le recueil d'information auprès des médecins généralistes installés en Meurthe-et-Moselle est un des moyens les plus faciles et les plus exhaustifs à mettre en œuvre afin d'analyser une des alternatives les plus mal vécues par le médecin : Secret Professionnel et « dénonciation » de Maltraitance à Enfants.

II. Objectifs de l'enquête

Les objectifs de cette enquête sont de déterminer :

- ❖ les difficultés et doutes sur les moyens à utiliser pour signaler ;
- ❖ les difficultés de diagnostic d'enfant en danger ;
- ❖ l'attitude du médecin généraliste face à des situations d'enfants ou de familles en difficulté et d'enfants en danger ;
- ❖ l'éventuelle disparité entre les milieux rural, semi-rural et urbain ;
- ❖ les relations que le médecin généraliste entretient avec les différents partenaires de la protection de l'enfance ;
- ❖ les moyens de communication les plus adaptés pour une information pratique et pour sortir le médecin de l'isolement de son cabinet.

Un des intérêts de ce travail est naturellement de rapporter la situation existante à un moment précis en Meurthe-et-Moselle, situation réelle ou ressentie comme telle par les médecins généralistes installés dans ce département. Mais se contenter d'une photographie instantanée alors que le sujet est grave et évolutif, semble insuffisant. Il paraît indispensable de confier à l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance les résultats de l'enquête afin d'exploiter leurs réflexions, leurs interrogations et ainsi créer un dynamisme autour de ce lourd problème de société qu'est la maltraitance des enfants.

III. Méthodes

1. Questionnaire

1.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire suit le plan général de la thèse, il est composé de quatre grandes parties :

- A. *Mieux vous connaître*
- B. *Le secret professionnel du médecin*
- C. *L'enfance en danger, les partenaires sociaux*
- D. *Expérience personnelle*

La première partie contribue à l'évaluation de l'identité et du mode d'exercice de nos médecins répondeurs.

La deuxième partie traite de leurs connaissances au sujet du secret auquel ils sont soumis; alors que la troisième partie concernent les partenaires administro-judiciaires de la protection de l'enfant. Cette partie pointe également le doigt sur les moyens et les fréquences de communication souhaités, à mettre en œuvre pour une meilleure information quant aux lois, jurisprudences, partenaires sociaux...

La quatrième et dernière partie a pour ambition d'évaluer leurs agissements en fonction de leurs connaissances du sujet. Les médecins généralistes sont invités à exprimer leur expérience personnelle.

1.2 Présentation du questionnaire

Voici comment se présentait le questionnaire auquel s'ajoute **en rouge** la référence de la question qui permettra de se rapporter à son analyse dans la prochaine partie.

Merci de cocher la ou les bonne(s) réponse(s)

A. Mieux vous connaître

A1- Sexe :

- homme - femme

A2- Lieu d'exercice :

Milieu urbain (population > 10 000 habitants)

Milieu semi-rural (2000 habitants < population < 10 000 habitants)

Milieu rural (population < 2000 habitants)

A3- Nombre d'années d'exercice

< 2 ans

2 à 5 ans

- 5 à 15 ans
- 15 à 25 ans
- > 25 ans

B. Le secret professionnel du médecin

B1- Pensez-vous connaître suffisamment les dérogations légales du secret professionnel ?

Oui Non

B2- Avez-vous déjà, au cours de votre pratique, eu à déroger légalement au secret professionnel ?

Oui Non

B3- Si oui, était-ce pour mettre en œuvre « une protection à enfant » ?

Oui Non

B4- Au cours de votre exercice professionnel, avez-vous déjà été confronté à une situation d'enfant en danger ou en difficulté, au cours de laquelle vous vous êtes senti démuni ?

Oui Non

Si Oui, quels sont les problèmes que vous avez rencontrés (cochez la ou les proposition(s) qui vous conviennent) :

a- Doute au sujet du droit ordinal oui non

b- Méconnaissance des structures pouvant intervenir dans cette situation
oui non

c- Vous savez quelle structure vous devez contacter mais vous ne savez pas où les joindre ? oui non

d- Vous n'avez pas le temps de rechercher l'organisme en question ?
oui non

C. L'enfance en danger, les partenaires sociaux

C1- Pour vous, que signifie le mot « signalement » ?

C2- Pouvez-vous citer les organismes administratifs pouvant recevoir un signalement d'enfant en danger ?

C3- Sauriez-vous définir les rôles :

a* de la C.E.M.A (cellule enfance maltraitée accueil) ?

Oui Non

b* du service de protection maternelle et infantile ?

Oui Non

c* du service de l'aide sociale à l'enfance ?

Oui Non

C4- Connaissez-vous le numéro national de l'Enfance en Danger ?

Oui Non

C5- Connaissez-vous une ou plusieurs associations de défense de l'Enfant en Danger ? Si oui, citez-la ou les.

Oui Non

C6- Souhaiteriez-vous recevoir une information au sujet de l'enfance en danger ?

Oui Non

C7- Quel moyen de communication (séminaire, postal , internet ...) et quelle fréquence du communiqué vous semblent les plus souhaitables ?

D. Expérience personnelle

D1- Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec le service de P.M.I. au sujet d'un enfant en danger ou en difficulté ?

Oui : Souvent A votre demande
Quelque fois A la demande du service

Rarement

Les deux

Jamais : Pour quelle raison ?

D2- Pensez-vous que parfois le médecin pense plus aux conséquences du signalement (judiciaire ou administratif) qu'aux conséquences de la maltraitance sur le présent et l'avenir de l'enfant ?

Oui

Non

D3- Existe-il- à votre avis une appréhension du signalement ?

Oui

Non

D4- Si oui, cette crainte a-t-elle pour origine :

a* l'Ordre des Médecins (mauvaise méthodologie du signalement) ?

Oui

Non

b* les conséquences pour la famille ?

Oui

Non

c* la perte du suivi des patients ?

Oui

Non

D5- Savez-vous que vous pouvez garder l'anonymat lorsque vous faites une information signalante ou un signalement ?

Oui

Non

D6- Depuis 1990 une structure particulière appelée C.E.MA s'est ouverte en M et M, connaissez-vous ses objectifs et ses moyens ?

Oui

Non

D7- Avez-vous déjà pris contact avec la C.E.M.A. ?

Oui

Non

D8- Devant une situation à risque, faites-vous systématiquement une information signalante à la C.E.MA. ?

Oui

Non

D9- La C.E.M.A vous a t-elle facilité les démarches de signalement ?

Oui

Non

D10- Faites-vous plus de signalement qu'auparavant ?

Oui

Non

D11- Avez -vous déjà saisi le procureur ou le substitut du procureur pour signaler un enfant en danger ?

Oui

Non

D12- Avez-vous déjà contacté l'ordre des médecins de votre département afin de prendre conseil de la démarche à suivre devant une situation de maltraitance à enfant ?

Oui

Non

D13- Si vous avez répondu oui, pouvez- vous nous décrire la situation et les suites données (Rappel : ce questionnaire est anonyme).

2. Echantillon de Médecins

L'échantillon fut créé en 2001 à partir du répertoire établi au deux janvier 2001 par l'Ordre Départemental des Médecins de Meurthe-et-Moselle.

Il est à noter que sur l'ensemble des médecins inscrits au tableau de Meurthe-et-Moselle, seuls ceux répondant à l'ensemble des critères suivants ont été retenus :

- * médecin qualifié en Médecine Générale nouveau ou ancien régime: (obligation faite en 1984 aux médecins de choisir leur spécialité dont la médecine générale
- * médecin ayant une activité professionnelle régulière ;
- * médecin installé seul ou en cabinet de groupe.

En 2001 sur les 727 médecins généralistes thésés inscrits à l'Ordre, seuls 641 médecins correspondaient aux critères sus-cités. Parmi ces derniers un tirage au sort fut effectué de 100 médecins, constituant ainsi l'échantillon de l'enquête.

Chacun d'entre eux fut sollicité par l'envoi d'un courrier et du questionnaire en les invitant à me contacter afin de recueillir leurs expériences, s'ils le souhaitaient.

3. Analyse statistique

Il existe une relation significative entre les deux variables étudiées, si la probabilité au test Khi 2 est supérieure au seuil statistique alpha de 0,05.

Dans le but de plus de clarté et de facilité de consultation de l'analyse de chaque réponse, le plan suivi dans ce chapitre est différent de précédemment. En effet, chaque partie correspond aux différents sous paragraphes du questionnaire et chaque question elle-même est numérotée en fonction de sa place dans le questionnaire.

IV. Analyse des résultats

1. Echantillon des médecins répondants

Nous appellerons « échantillonnage », l'échantillon obtenu suite aux réponses des 100 médecins initialement tirés au sort et qui ont bénéficiés de l'envoi du questionnaire. L'effectif de l'échantillonnage est de 60 ; ce qui représente un taux étonnamment élevé compte tenu du mode de recrutement.

Nous remercions l'ensemble des participants à cette enquête et en particulier deux d'entre eux : l'un pour avoir ré-adressé le questionnaire en mentionnant son activité récente de retraité et la veuve du deuxième, décédé quelques mois auparavant.

Compte tenu de ces informations, l'effectif à partir duquel les données seront exploitées est de 58 dont 44 hommes et 14 femmes.

Il représente respectivement 75,9 % et 24,1%

Il faut se souvenir qu'en Meurthe-et-Moselle, en 2001, 76,75% des médecins sont des hommes contre 23,25 % seulement de femmes. Par conséquent notre population répondante se répartit de la même façon que la population initiale, selon le critère sexuel. Il eut été intéressant de connaître la représentativité de chaque T.A.M.S., malheureusement, le questionnaire est anonyme et la question concernant l'appartenance à tel ou tel T.A.M.S. fut omise. Toutefois, une approximation est possible. En effet, certains interrogés ont levé

l'anonymat et sont ainsi répertoriés sous le terme « connue », pour d'autres il est possible de déduire leur nom en croisant les informations fournies par le cachet de la poste, le sexe, l'ancienneté professionnelle et l'effectif de la population. Lorsqu'un des paramètres ne correspond pas, le bulletin est noté *anonyme*, en ce qui concerne les autres ils sont catalogués sous la rubrique « déduite ». Ainsi, nous obtenons ce qui suit :

Réponse TAMS	Anonyme		Connue		Déduite	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
T.A.M.S.1	4	0	0	0	3	0
T.A.M.S.2	4	0	1	1	1	0
T.A.M.S.3	1	0	0	0	0	0
T.A.M.S.4	8	3	2	1	1	0
T.A.M.S.5	5	0	1	0	0	2
T.A.M.S.6	2	2	1	0	0	0
T.A.M.S.7	1	0	0	0	2	1
T.A.M.S.8	5	1	0	1	0	0
T.A.M.S.9	2	0	0	1	0	1
Total	32	6	5	4	7	4

La première constatation faite est, que malgré l'anonymat du questionnaire, 9 personnes soit 15,5 % de l'effectif répondeur ont laissé leurs coordonnées et certaines ont même proposé d'être contactées afin de parler de leur expérience; les femmes sont davantage représentées que les hommes.

Le tableau suivant révèle la représentativité de l'échantillonnage dans chaque T.A.M.S. avec la représentation des sous-groupes *Homme/Femme*, comme cela avait été effectué avec l'échantillon des cent médecins.

Effectif T.A.M.S.	Pop. Médicale		Echantillonnage		Rapport %	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
T.A.M.S 1	72		7		9,72	
	61	11	7	0	9,72	0
T.A.M.S 2	46		7		15,22	
	39	7	6	1	15,38	14,29
T.A.M.S 3	60		1		1,67	
	49	11	1	0	2,04	0

T.A.M.S 4	69		15		21,74	
	54	15	11	4	20,37	26,67
T.A.M.S 5	75		8		10,67	
	53	22	6	2	11,32	9,1
T.A.M.S 6	115		5		4,35	
	85	30	3	2	3,52	6,67
T.A.M.S 7	70		4		5,71	
	46	24	3	1	6,52	4,17
T.A.M.S 8	74		7		9,46	
	60	14	5	2	8,33	14,29
T.A.M.S 9	60		4		6,67	
	45	15	2	2	4,44	13,33
Total	641		58			

L'intérêt de ce tableau est de constater si notre échantillonnage est plus représentatif de la population étudiée sur le département que l'était notre échantillon de départ. Il n'en est rien. Même si chaque T.A.M.S. est représenté, nous ne notons pas d'homogénéisation des réponses d'autant moins si nous regardons les sous-groupes.

L'explication est simple, l'effectif de départ est trop faible, et malgré un taux de réponse exceptionnel nous pouvions difficilement obtenir un échantillonnage homogène pour chaque T.A.M.S. à partir d'un échantillon non-représentatif.

Il faut donc en conclure que les résultats de notre enquête ne pourront être étendus à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. En revanche, nous aurons une photographie instantanée, un aperçu à partir duquel des propositions pourront être formulées.

2. Résultats du questionnaire

A. Mieux vous connaître

Parmi les cent médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle désignés au sort tel que nous l'avons défini dans le chapitre précédent, soixante se sont sentis concernés par l'enquête et ont pris le temps d'y répondre. Nous tenons à les remercier pour l'effort consenti.

Le chiffre de 60% de réponse lors d'un envoi anonyme nous a étonnés, compte tenu des résultats habituels de l'ordre de 25 % à 30 % à mode d'enquête identique.

Cette participation démontre l'intérêt que porte les médecins au secret professionnel et à la maltraitance des enfants, ou bien, cette forte participation met en évidence la

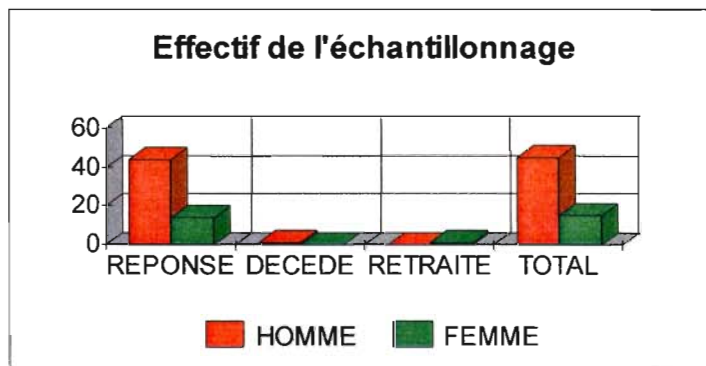
problématique à laquelle ils ont été, sont ou seront un jour soumis au cours de leur exercice professionnel.

1. Répartition des réponses en fonction du sexe : question A1

Sur les soixante réponses, deux sont non exploitables. En effet, une des enquêtes fut adressée à un médecin généraliste décédé quelques mois auparavant et l'autre à un médecin généraliste à la retraite. Au total, l'effectif se répartit comme suit :

Effectif	HOMME	FEMME	TOTAL
REPONSE	44	14	58
DECEDE	1	0	1
RETRAITE	0	1	1
TOTAL	45	15	60

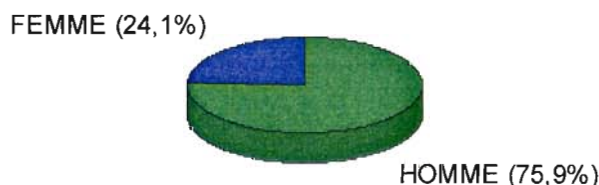
-1-



-2-

Dorénavant, l'exploitation des données se fera sur un effectif de cinquante huit réponses dont voici la répartition en fonction du sexe.

Représentation en fonction du sexe



-3-

Il faut se souvenir qu'en Meurthe-et-Moselle, en 2001, 76,7% des médecins sont des hommes contre 23,3 % seulement de femmes. Par conséquent, notre population réponduse se répartit de la même façon que la population initiale, selon le critère sexuel.

2. Répartition en fonction du lieu d'exercice professionnel : question A2

Les moyens dont disposent les cabinets médicaux sont différents selon leur lieu d'implantation. Chaque T.A.M.S. est composé qualitativement de la même façon, mais les difficultés de communication et un mode d'exercice différent sont autant de causes qui peuvent entraver l'information et l'échange entre les différents partenaires. C'est du moins ce qui nous semble vrai lorsque nous imaginons des cabinets implantés à la campagne et ceux situés au cœur des villes par exemple. Il fallait impérativement connaître la répartition géographique de notre population témoin afin de valider ou invalider l'hypothèse d'un isolement du médecin à la campagne.

Par urbain, nous entendons une population de plus de 10000 habitants ;

Par semi-rural : population entre 2000 et 10000 habitants ;

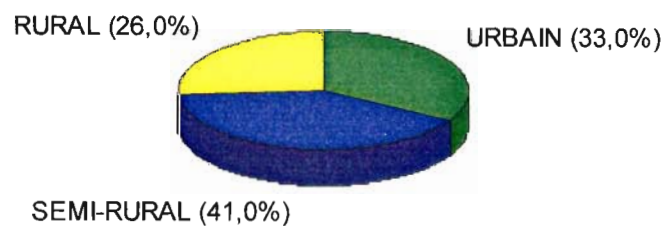
Par rural : population de moins de 2000 habitants.

Effectif géographique en fonction du sexe

Effectif	URBAIN	SEMI-RURAL	RURAL	TOTAL
HOMME	13	20	11	44
FEMME	6	4	4	14
TOTAL	19	24	15	58

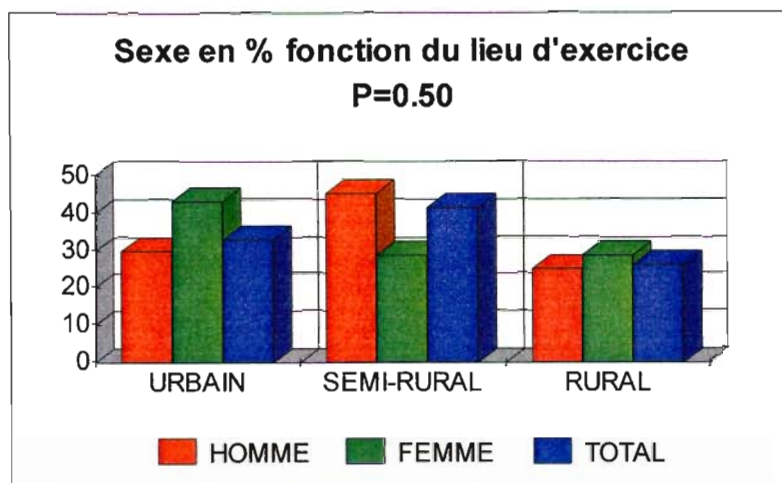
-4-

Répartition géographique en %



-5-

Notre population médicale témoin est homogène. Elle apporte un élément de comparaison fiable en fonction du lieu d'exercice, sans biais géographique d'implantation. Une représentativité plus importante du milieu semi-rural est toutefois à souligner.



-6-

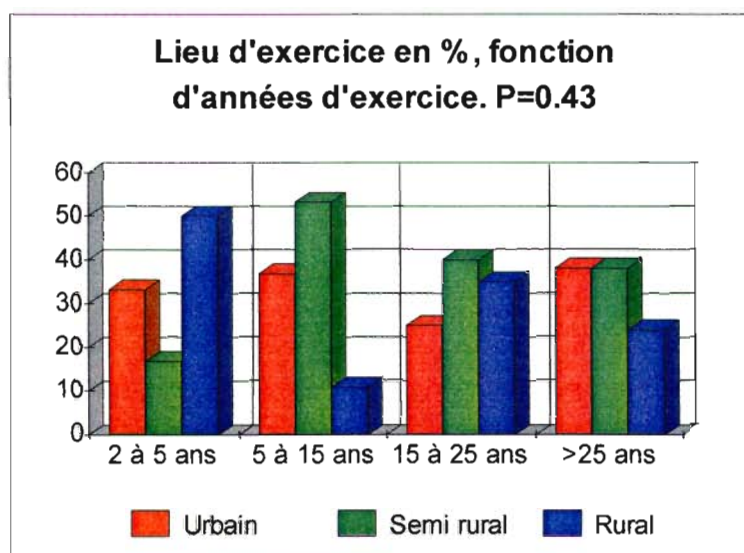
Si nous prenons cette autre représentation des chiffres globaux obtenus, c'est pour mettre en évidence le fait que la répartition géographique n'est pas en tout point comparable entre les hommes et les femmes.

En effet, le milieu semi-rural qui est, rappelons-le, le plus représenté est surtout préféré par les hommes. Les femmes de notre échantillon favorisant un exercice libéral en milieu urbain sans que toutefois, la différence soit importante et encore moins statistiquement significative [Test statistique 29].

Il est intéressant de connaître la répartition géographique en fonction de l'ancienneté d'exercice professionnel du médecin. Nous obtenons ce qui suit [Test statistique 61] :

Effectif	2 à 5 ans	5 à 15 ans	15 à 25 ans	>25 ans	Total
Urbain	2	7	5	5	19
Semi rural	1	10	8	5	24
Rural	3	2	7	3	15

-7-



-8-

Il faut noter que les jeunes installés de notre échantillon sont plus représentés dans le milieu rural que leurs homologues, au dépend du milieu semi-rural. La représentativité du milieu urbain est quant-à-elle comparable.

Il n'existe pas de différence significative de répartition du lieu d'exercice professionnel en fonction des années de pratique du médecin concerné.

3. Répartition en fonction du nombre d'année d'exercice : question A3

Effectif	<2 ANS	2-5 ans	5-15 ANS	15-25 ans	> 25 ans	TOTAL
HOMME	0	4	12	16	12	44
FEMME	0	2	7	4	1	14
TOTAL	0	6	19	20	13	58

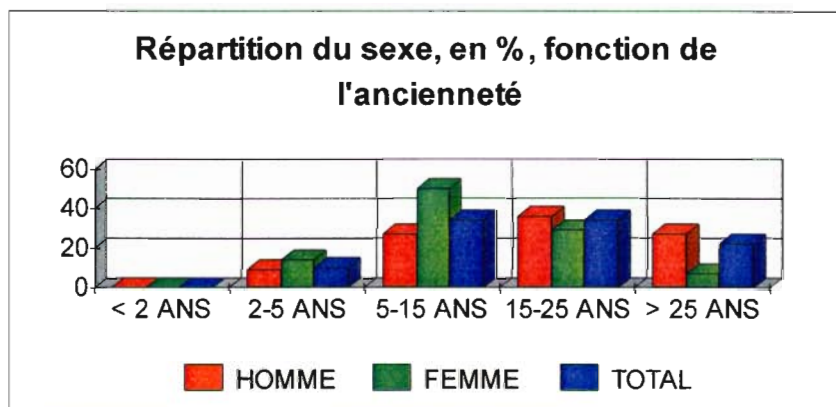
-9-

D'emblée, nous constatons avec regret que les jeunes installés n'apparaissent pas dans l'échantillon. Ceci est d'autant plus regrettable qu'il ait été intéressant de connaître leur approche vis-à-vis de ce problème de société qu'est la maltraitance des enfants ainsi que leur préoccupation ou leur connaissance de leurs droits et devoirs envers leur Ordre et envers la société.

Les deux histogrammes (10) et (11) objectivent l'ancienneté dans l'exercice de l'art médical de notre population témoin.

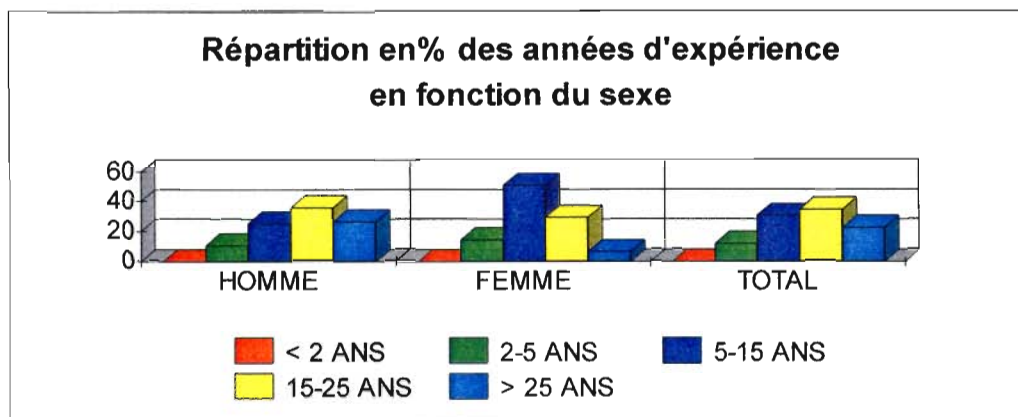
Le premier constat est de souligner le vieillissement de la population médicale. En effet, près de 60 % des médecins se situent dans les tranches 5- 25 ans; la moitié d'entre eux exercent depuis plus de 15 ans. En extrapolant, nous en déduisons un âge supérieur à 40 ans. 22% exercent depuis plus de 25 ans.

Le second constat met en évidence la répartition différente des hommes et des femmes à l'intérieur des tranches d'années d'exercice.

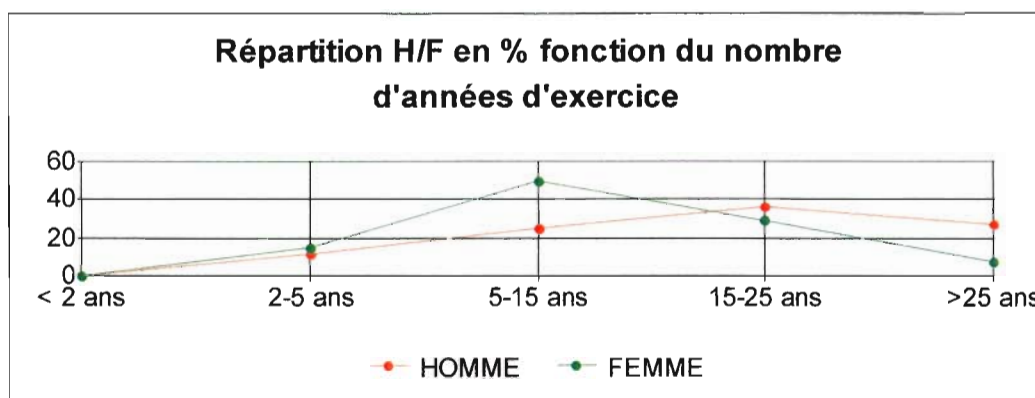


-10-

Les deux graphiques suivant illustrent parfaitement le fait que les femmes changent d'orientation professionnelle ou arrête leur activité plus tôt que leurs collègues masculins. 50% des femmes de notre échantillon exercent depuis 5 ans et moins de 15 ans, seules 4% d'entre elles ont encore une activité après plus de 25 ans d'exercice alors que, un homologue masculin sur trois travaillent encore. L'histogramme est très évocateur du phénomène, mais la représentation (12) sous forme d'une courbe met davantage en valeur cette dissociation d'activité de notre population échantillon.



-11-

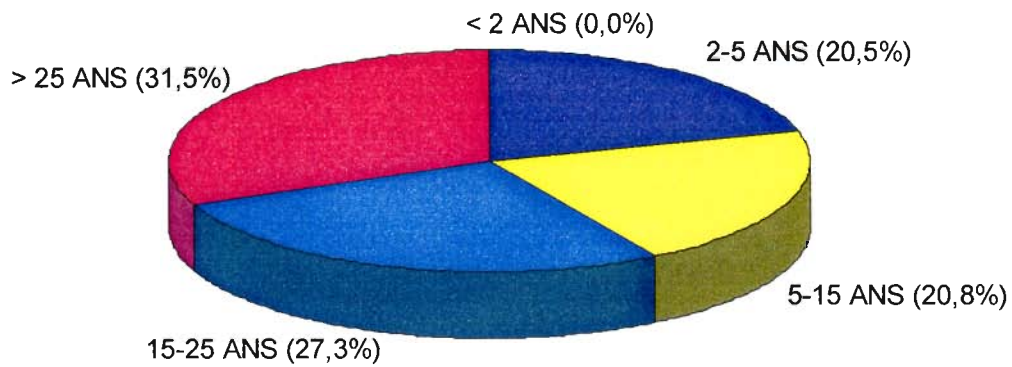


-12-

Le maximum est atteint pour la tranche d'ancienneté 15- 25 ans pour les hommes, alors que la tranche optimale des femmes est celle de 5-15 ans. Il est vrai que les études sur le plan national retrouve cette particularité : les femmes s'installent plus tardivement à cause de leur maternité et partent à la retraite ou changent d'orientation dans leur pratique vers 45-50 ans. Toutefois, statistiquement la différence n'est pas significative [Test statistique 30].

Une dernière constatation est à faire, elle est illustrée par les deux camemberts ci-dessous et correspond à une inquiétude nationale : la population médicale est une population vieillissante.

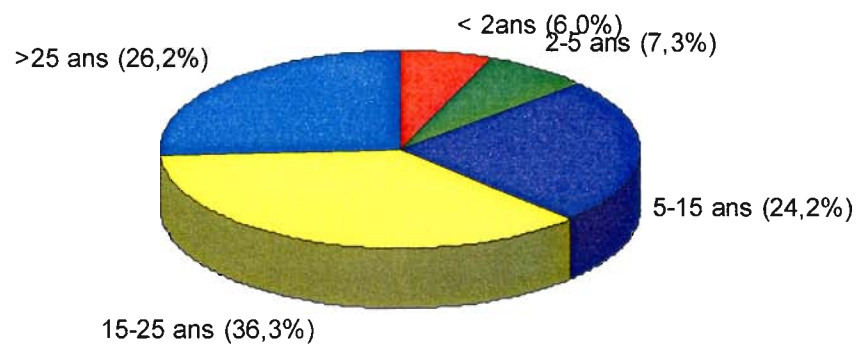
Répartition de l'échantillon en fonction des années d'exercice



-13-

Le camembert suivant représente l'ancienneté d'exercice de l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

En Meurthe et Moselle, ancienneté d'exercice



-14-

4. Conclusion :

- ❖ Les femmes exercent moins longtemps que les hommes en médecine générale, installées en cabinet seul ou de groupe.
- ❖ La population médicale est vieillissante : notre échantillon de médecins réponds se distribue de la même façon que la population départementale étudiée. 60% des médecins ont plus de cinquante ans.
- ❖ Absence de représentation des jeunes installés dans l'échantillon, alors qu'il représente 6% des médecins de Meurthe-et-Moselle.

B. Le secret professionnel du médecin

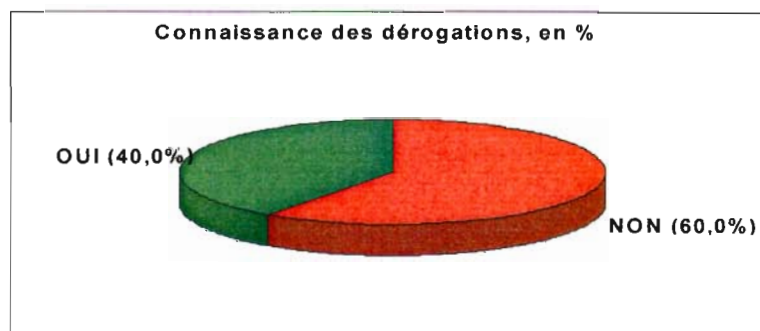
1. Pensez-vous connaître suffisamment les dérogations légales du secret professionnel ? *question B1*

1.1 Généralités

Les effectifs sont donnés dans le tableau (15) avec l'illustration correspondante.

Effectif	OUI	NON	TOTAL
HOMME	20	24	44
FEMME	3	11	14
TOTAL	23	35	58

-15-

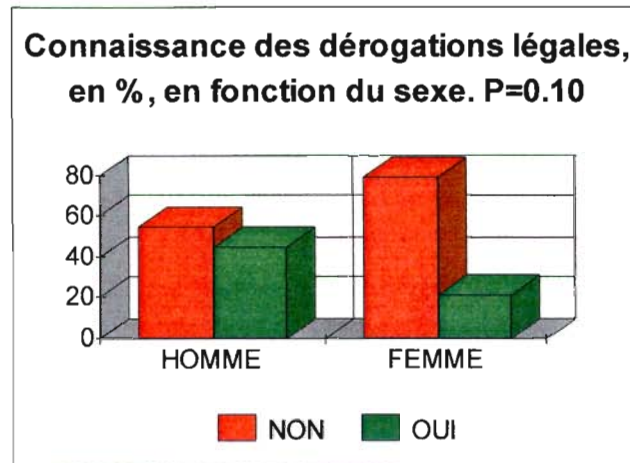


-16-

D'une façon globale, 60% des interrogés estiment ne pas connaître les dérogations légales au secret professionnel. Dérogations qui sont au nombre de seize (cf. partie 1, chapitre

2.1). L'une d'entre elle détermine la levée du secret professionnel lorsqu'un mineur de moins de 15 ans est en danger.

1.2 Connaissance des dérogations en fonction du déterminant sexuel



-17-

Le moindre que l'on puisse dire, à la vue de la représentation des réponses à cette question, c'est que les résultats ne semblent pas comparables en fonction du sexe. En effet, les hommes répondent à 45% qu'ils connaissent les dérogations alors que seulement 21% des femmes de notre échantillon estiment les connaître ! Faut-il en déduire que les femmes lisent moins attentivement le Code de déontologie que leurs homologues masculins ou bien qu'elles manifestent ainsi leur anxiété ? Nous pouvons éventuellement extrapoler en supposant que les femmes reçoivent davantage de confidences de la part de leurs patients du fait de leur côté maternelle. Naturellement, ceci n'est que supposition : il est difficile de démontrer que l'homme est plus technicien, la femme plus psychologue. De surcroît, ce serait oublier la relation de confiance qui existe entre le médecin, quel que soit son déterminant sexuel, et son malade.

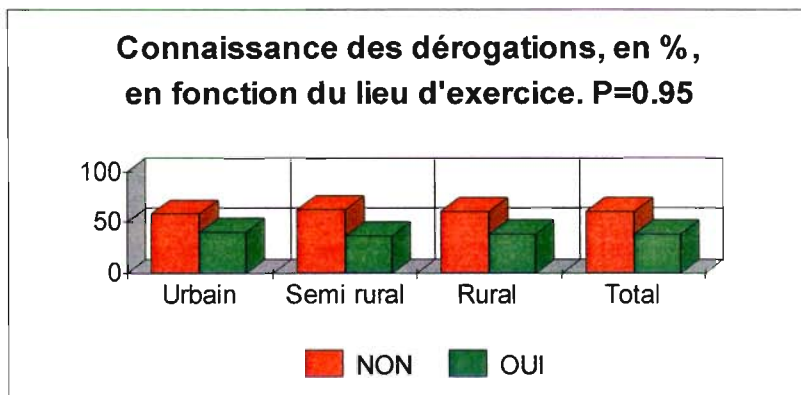
Ce ne sont que des suppositions, étant donné qu'il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes [Test statistique n°1].

1.3 Connaissance des dérogations en fonction du lieu d'exercice

Le tableau (18) et son illustration graphique (19) représente la connaissance des dérogations légales du médecin en fonction cette fois-ci du lieu d'implantation de leur cabinet médical.

Fréquence	NON	OUI	Total
Urbain	11	8	19
Semi rural	15	9	24
Rural	9	6	15
Total	35	23	58

-18-



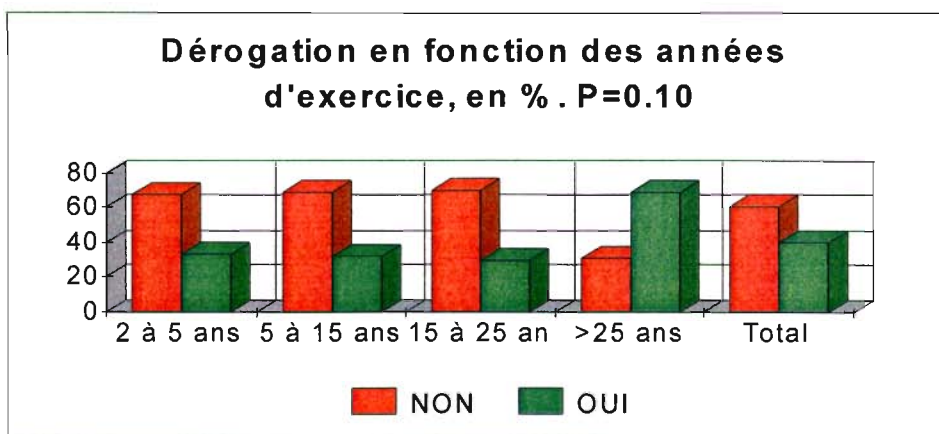
-19-

La répartition est identique à travers la Meurthe-et-Moselle : 60% des médecins interrogés pensent ne pas connaître suffisamment leurs droits déontologiques. La différence n'est pas significative, bien au contraire d'ailleurs la répartition est identique en fonction du lieu d'exercice [Test statistique n° 33].

1.4 Connaissance des dérogations en fonction des années d'exercice

Fréquence	NON	OUI	TOTAL
2 à 5 ans	4	2	6
5 à 15 ans	13	6	19
15 à 25 ans	14	6	20
>25 ans	4	9	13
Total	35	23	58

-20-



-21-

La répartition est la même pour l'ensemble des médecins dont l'expérience est de moins de 25 ans (âge approximatif inférieur à 50 ans). En revanche, les taux sont inversés pour la tranche d'âge des plus vieux. 70% d'entre eux estiment connaître les dérogations légales. La différence est toutefois non significative[Test statistique n° 64].

1.5 Conclusion sur la connaissance des dérogations du code de Déontologie

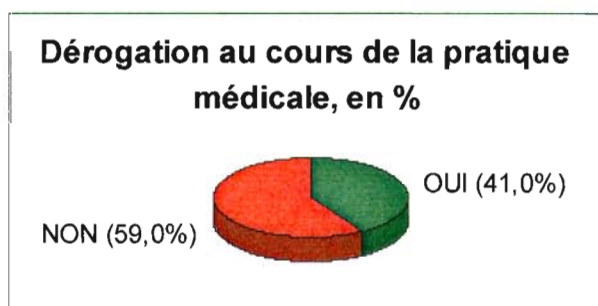
- ❖ une grande majorité des médecins du département de Meurthe-et-Moselle estiment ne pas connaître suffisamment les dérogations légales du secret professionnel ;
- ❖ que ce soit en fonction du sexe, du lieu d'exercice ou en fonction de l'expérience, la constatation est la même : il n'existe pas de différence significative statistiquement démontrée ;
- ❖ les femmes semblent toutefois plus hésitantes encore que les hommes.

2. Avez-vous déjà eu, au cours de votre pratique, à déroger légalement au secret professionnel ? Question B2

2.1 Généralités

Effectif	OUI	NON	TOTAL
HOMME	17	27	44
FEMME	7	7	14
TOTAL	24	34	58

-22-



-23-

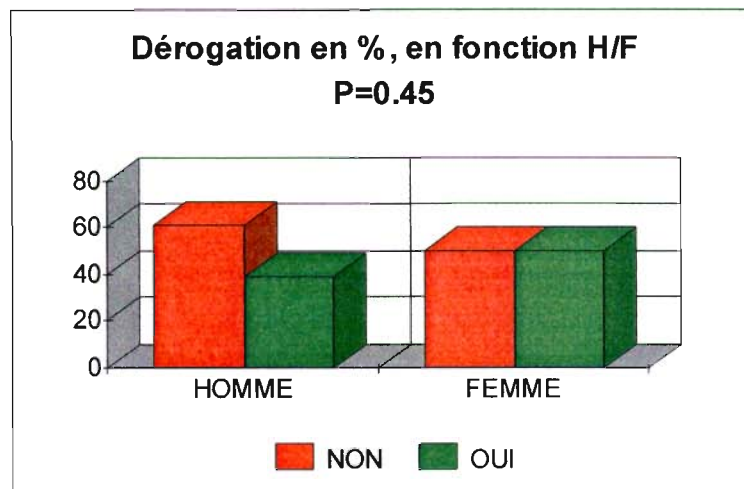
Il faut dans un premier temps noter que l'ensemble des médecins a répondu à cette question.

59% des personnes interrogées avouent ne jamais avoir eu à déroger légalement au secret professionnel. Il faut comprendre qu'ils n'ont jamais utilisé les seize articles du code de

déontologie qui les autorisent à divulguer un cas médical soit pour le bien et la santé de la société (cas des maladies contagieuses) soit pour le bien de la personne elle-même (maltraitance à mineurs ou personnes déficientes mentales par exemple).

2.2 Dérogation effective en fonction du déterminant sexuel

L'attitude des femmes est très paritaire, la moitié d'entre elles ont déjà eu recours à leurs droits de dérogation sur le secret médical. Les hommes quant à eux sont un peu moins nombreux à déroger (39% seulement).



-24-

La différence n'est pas significative [Test statistique n° 2].

Il est nécessaire de rechercher d'autres causes que la sensibilité historiquement dite féminine pour expliquer cette variation. En effet, il est plus concevable d'imaginer que les années d'expérience ou encore que les lieux d'implantation des cabinets médicaux influent davantage sur les agissements des médecins.

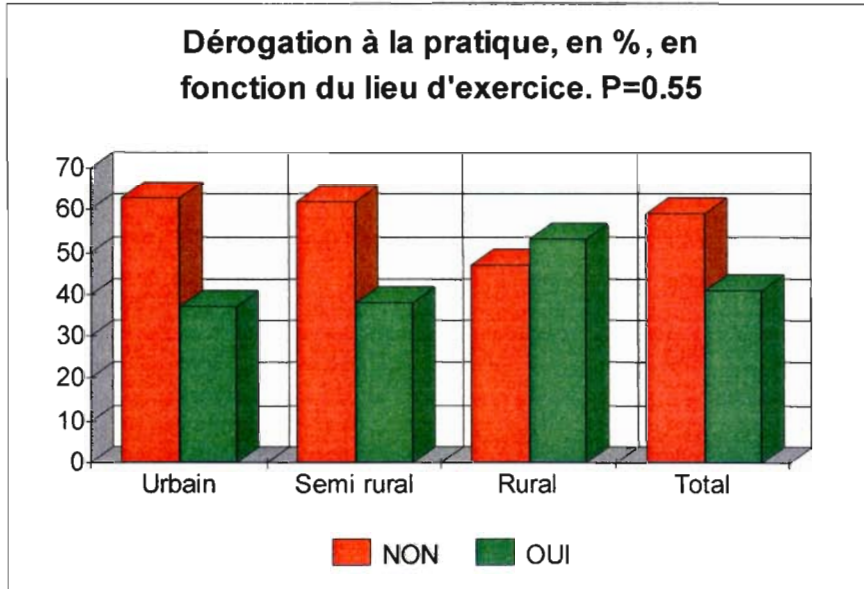
2.3 Dérogation effective en fonction du lieu d'exercice

Evaluons les réponses à cette question en fonction du lieu d'exercice de chacun. Le tableau ci-dessous et son illustration ne nous révèlent aucune différence significative sur le plan statistique [Test statistique n° 34].

Nous en déduisons que le lieu d'exercice n'influence pas les praticiens dans leur utilisation des dérogations au secret médical permises par le Code de Déontologie.

Fréquence	NON	OUI	Total
Urbain	12	7	19
Semi rural	15	9	24
Rural	7	8	15
Total	34	24	58

-25-



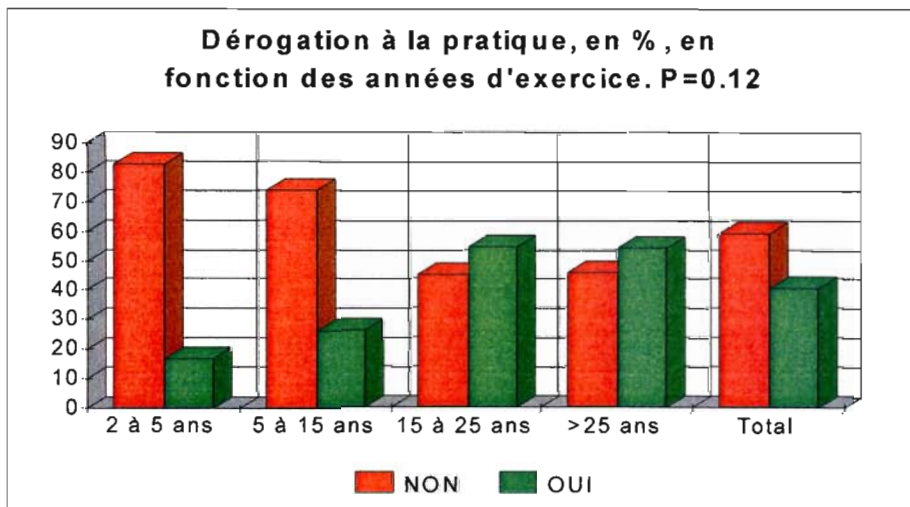
-26-

2.4 Dérogation effective en fonction des années d'exercice

Les réponses sont les suivantes :

Fréquence	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	5	1	6
5 à 15 ans	14	5	19
15 à 25 ans	9	11	20
>25 ans	6	7	13
Total	34	24	58

-27-



-28-

En fonction des années d'expérience, la répartition est tout autre. En effet, si le pourcentage moyen de réponse par l'affirmative est le même (41%) la répartition est particulière. Les médecins installés depuis moins de 15 ans ont eu moins recours aux dérogations, alors qu'un médecin sur deux appartenant aux deux autres tranches d'années d'expérience ont déjà effectué les démarches.

Les suppositions éventuelles sont de deux types :

- une clientèle moins nombreuse par conséquent une moindre fréquence de cas
- une méconnaissance ou un oubli de ces dérogations

Mais une fois encore, la différence n'est pas significative selon la science statistique [Test statistique n° 65].

2.5 Conclusion sur la pratique des dérogations

En résumé, seul le paramètre de l'expérience professionnelle modifie quelque peu la réponse globale à retenir, qui est que, moins de la moitié de nos médecins interrogés ont eu à déroger au secret médical au cours de leur pratique professionnelle. Ce résultat semble étonnant du fait que certaines dérogations sont obligatoires et de cause fréquente pour un médecin généraliste en ne prenant, par exemple, que l'obligation de déclaration de décès (article L.363-1 du code des communes).

3. Si oui, était-ce pour mettre en œuvre « une protection à enfant » ? Question B3

3.1 Généralités

Trente médecins n'ont pas répondu à cette question (ils sont notés dans le tableau suivant en NON EXP.) La raison principale naturellement est que ceux qui n'ont jamais eu à déroger au secret médical ne peuvent pas répondre à cette question. Or ils étaient trente quatre dans cette situation. Ce qui signifie que quatre d'entre eux ont tout de même répondu.

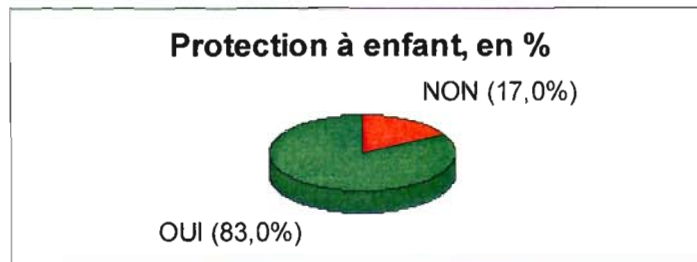
Effectif	OUI	NON	NON EXP.	TOTAL
HOMME	14	5	25	44
FEMME	6	3	5	14
TOTAL	20	8	30	58

-29-

Le tableau suivant (30) tient compte de cette particularité et nous avons, après vérification des questionnaires, retiré les deux réponses féminines et les deux réponses masculines données par erreur, pour obtenir le tableau des effectifs (30) et son graphique (31).

Effectif	OUI	NON	TOTAL
HOMME	14	3	17
FEMME	6	1	7
TOTAL	20	4	24

-30-

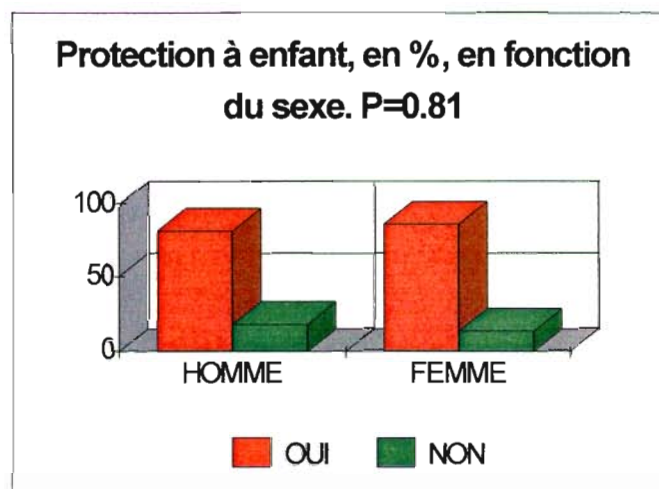


-31

Parmi les 41% qui ont déjà utilisé de leur droit de dérogation au secret médical, 83% l'ont fait afin de protéger un enfant en danger. 17% ont utilisé une des autres causes de dérogation.

3.2 Protection à enfant en fonction du déterminant sexuel

Examinons comment chaque population de notre échantillon se présente par rapport à ce résultat global :



-32-

La répartition est identique, aucune différence n'est à noter en fonction du statut homme / femme. Statistiquement il n'existe aucune différence significative en fonction du statut sexuel du médecin effectuant une protection à enfant [Test statistique n°3].

3.3 Protection à enfant en fonction du lieu d'exercice

Evaluons les réponses à cette question en fonction du lieu d'implantation des cabinets médicaux.

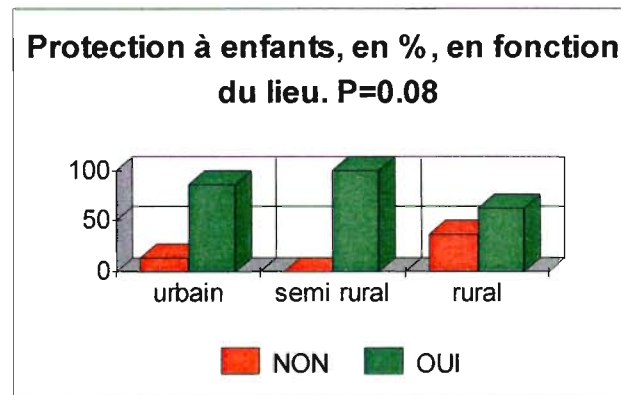
Effectif	NON	OUI	Total
urbain	3	7	10
semi rural	0	9	9
rural	4	5	9
Total	7	21	28
Réponse manquante = 30			

-33-

Comme précédemment, retirons les réponses correspondantes aux quatre médecins ayant répondu à la question alors que seuls ceux ayant déjà eu à déroger au secret professionnel devaient répondre, ce qui n'étaient pas leur cas.

Effectif	NON	OUI	Total
urbain	1	6	7
semi rural	0	9	9
rural	3	5	8
Total	4	20	24

-34-



-35-

Une grande majorité des dérogations effectuées a pour cause une mise en protection d'un enfant. Si nous regardons de plus près les résultats, nous constatons que les milieux urbain et semi-rural dérogent à plus de 80% pour cette cause (voire 100% de nos médecins interrogés exerçant dans les petites villes), alors que la proportion n'est plus que de deux tiers en milieu rural.

Statistiquement, il n'existe pas de relation significative entre la pratique de « mise en protection de l'enfant » et le lieu d'exercice du médecin généraliste, mais le résultat du test est

proche du seuil alpha de 0.05 (0.08) [Test statistique n°35]. Il est regrettable que l'effectif de l'échantillon soit faible.

Malgré les tests statistiques, faut-il déduire de cette tendance que le mode de vie campagnard protège de la maltraitance ou bien que le médecin hésite à faire les démarches ?

La suite nous permettra d'ébaucher une réponse à cette question.

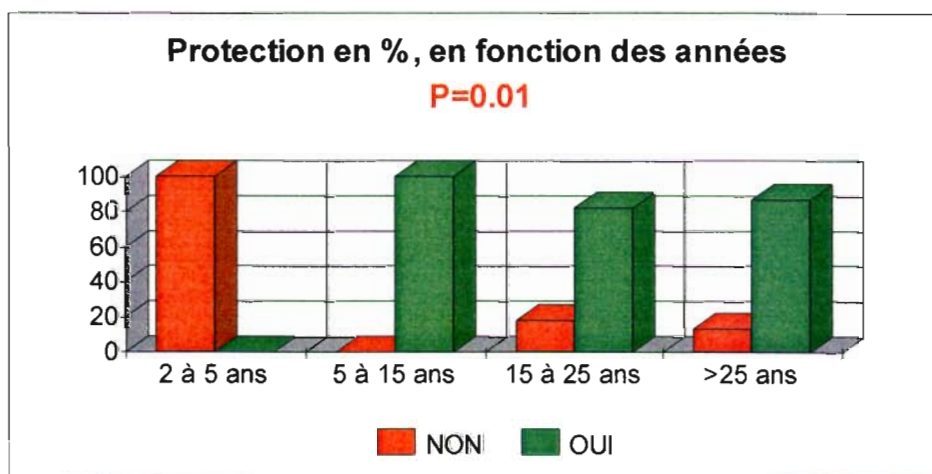
3.4 Protection à enfant en fonction des années d'exercice

Effectuons les mêmes démarches afin d'évaluer la mise en protection des enfants en fonction des années d'installation et donc indirectement des années d'expérience du médecin.

Le tableau suivant ne tient plus compte de nos quatre médecins.

Fréquence	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	1	0	1
5 à 15 ans	0	5	5
15 à 25 ans	2	9	11
>25 ans	1	6	7
Total	4	20	24

-36-



-37-

Plus de 80% des médecins dont l'expérience est supérieure à cinq ans déclarent avoir dérogé à leur secret professionnel afin de gérer une situation d'enfants en danger ou à risque. L'exception réside dans la catégorie des jeunes médecins installés qui ont déjà eu à déroger au secret mais qui ne l'ont aucunement fait pour la protection d'un enfant.

Le test statistique montre une relation significative entre la « mise en protection d'un enfant » et l'expérience professionnelle : $p= 0.01$ [Test statistique n°66]. Plus le praticien a d'expérience, plus il a été confronté au problème de la maltraitance et par conséquent, a dû mettre en branle les mesures de protection adéquates.

3.5 Conclusion

Parmi les 41% des médecins de notre échantillon déclarant avoir déjà eu à déroger légalement à leur secret médical, 83% d'entre eux ont utilisé ce droit afin de mettre en protection un mineur à risque ou en danger. Le taux représentant les dérogations pour la protection des enfants est quasiment identique (plus de 80%) quels que soient les critères choisis.

Il n'existe pas de différence significative en fonction des critères "sexe" ou "lieu d'exercice professionnel". En revanche, l'expérience professionnelle conduit les médecins à davantage de mise en protection des enfants du fait, nous pouvons le supposer, d'un nombre de patient plus grand, d'une meilleure connaissance des situations à risque et des signes de maltraitance ou encore d'une meilleure maîtrise des mesures à prendre et des structures à contacter. Les chapitres suivants permettront de déterminer quel est le facteur prédominant intervenant dans cette différence significative.

4. Sentiment d'impuissance face à une situation d'enfant en danger ou en difficulté. *Question B4*

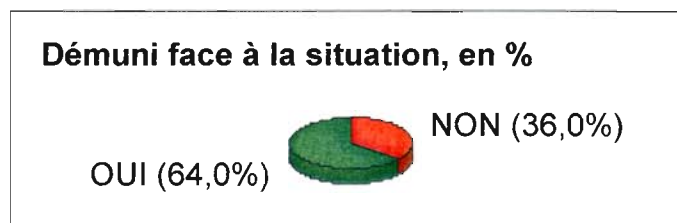
4.1 Généralités

Le terme exact employé dans la question est « démuni ».

Les réponses sont les suivantes :

Fréquence	NON	OUI	Total
HOMME	16	28	44
FEMME	5	9	14
Total	21	37	58

-38-



-39-

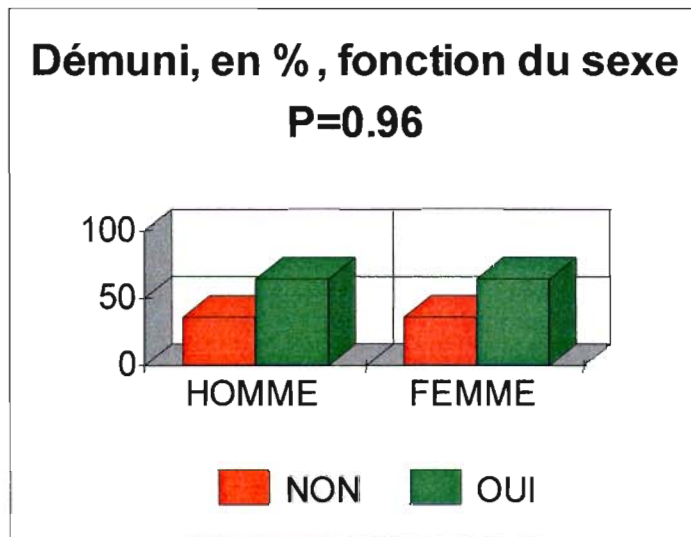
Près de deux tiers des médecins avouent leur sentiment d'impuissance devant une situation d'enfant en danger. Parmi le tiers ayant répondu par la négative, il faut distinguer deux types :

- * ceux qui n'ont jamais été confronté à une telle situation et,
- * ceux qui maîtrisent la situation.

Les questions suivantes permettront de quantifier plus exactement les médecins qui ne craignent pas de prendre en charge ces situations délicates.

4.2 Sentiment d'impuissance en fonction du déterminant sexuel

La représentation graphique (40) permet de distinguer les réponses entre les hommes et les femmes.



-40-

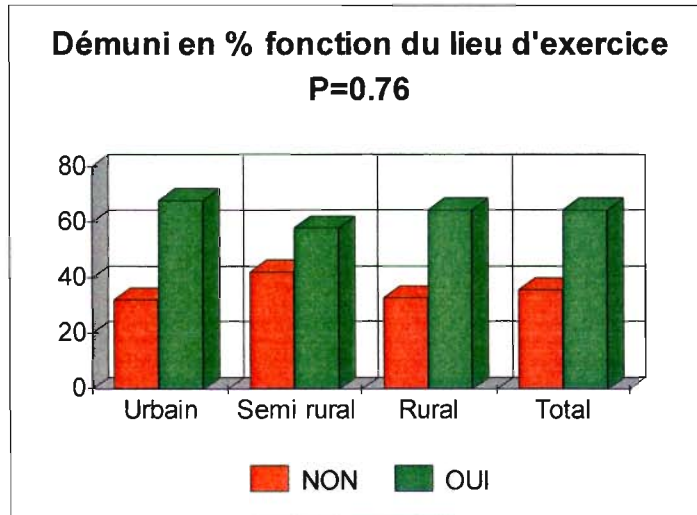
La parfaite égalité de représentation des deux sous catégories permet d'affirmer que les doutes ou les certitudes sont indépendants du statut sexuel. Il n'existe aucune différence significative à cette question en fonction du sexe du médecin [Test statistique n°4].

4.3 Sentiment d'impuissance en fonction du lieu d'exercice

Comme nous en avons pris l'habitude, examinons les réponses en fonction du lieu d'exercice professionnel. Les effectifs sont les suivants, illustrés par l'histogramme 42.*

Fréquence	NON	OUI	Total
Urbain	6	13	19
Semi rural	10	14	24
Rural	5	10	15
Total	21	37	58

-41-



-42-

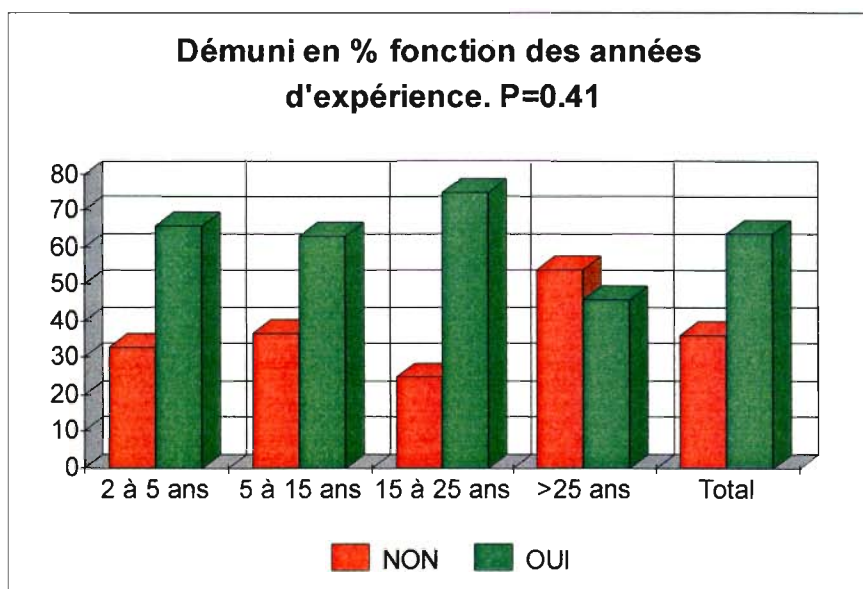
Globalement la répartition n'est pas différente en fonction du lieu d'implantation du cabinet médical [Test statistique n°36].

4.4 Sentiment d'impuissance en fonction des années d'exercice

Le tableau suivant illustré par l'histogramme représente les réponses au sentiment d'être démuni en fonction du nombre d'années d'installation.

Fréquence	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	2	4	6
5 à 15 ans	7	12	19
15 à 25 ans	5	15	20
>25 ans	7	6	13
Total	21	37	58

-43-



-44-

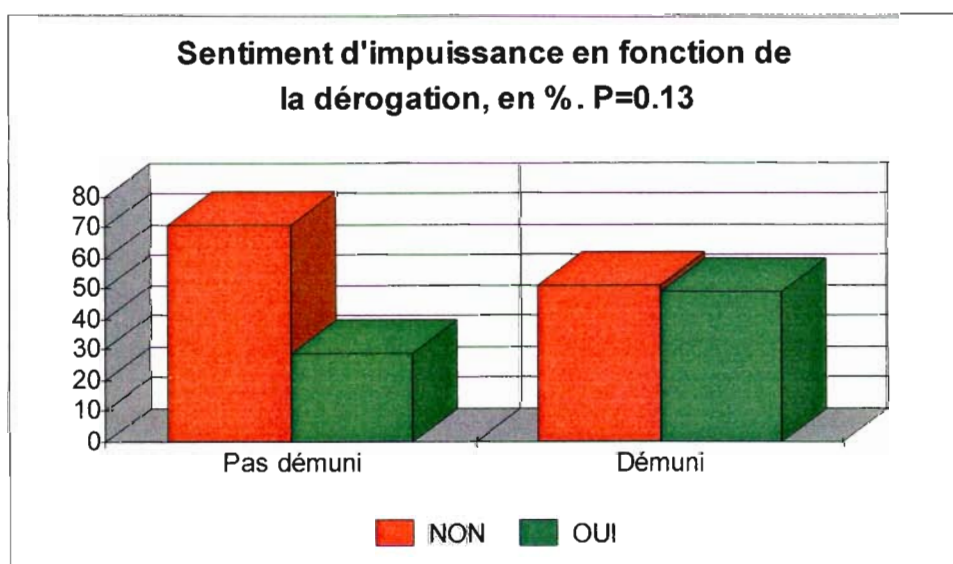
Plus des deux tiers des médecins installés depuis moins de vingt cinq ans se sont sentis démunis face à une situation d'enfant en danger. En revanche, moins de la moitié des médecins les plus expérimentés déclarent la même chose, mais sans différence statistiquement significative.

Il est intéressant de regarder ce que cette proportion de médecin a répondu aux trois questions précédentes sur le Secret Professionnel du médecin.

Dans un premier temps, croisons les réponses des questions B2 et B4. Cela revient à considérer les réponses à la question sur la pratique de la dérogation légale au secret professionnel et les réponses au sentiment d'impuissance face à un enfant en danger. Voici ce que nous obtenons :

Effectif	NON	OUI	Total
Pas démunis	15	6	21
Démunis	19	18	37
Total	34	24	58

-45-



-46-

Près de la moitié des médecins qui ont eu recours aux dérogations du secret professionnel se sont sentis démunis face à une situation d'enfance maltraitée, l'autre moitié n'a jamais dérogé au secret mais affirme se sentir démunie face à une telle épreuve. Faut-il esquisser l'hypothèse que le signalement n'a pas eu lieu ou n'aura pas lieu du fait de ce sentiment ?

Il n'existe pas de relation significative entre le sentiment d'être démunis et le recours aux dérogations légales inscrites dans le Code de Déontologie au secret professionnel du médecin [Test statistique n°104].

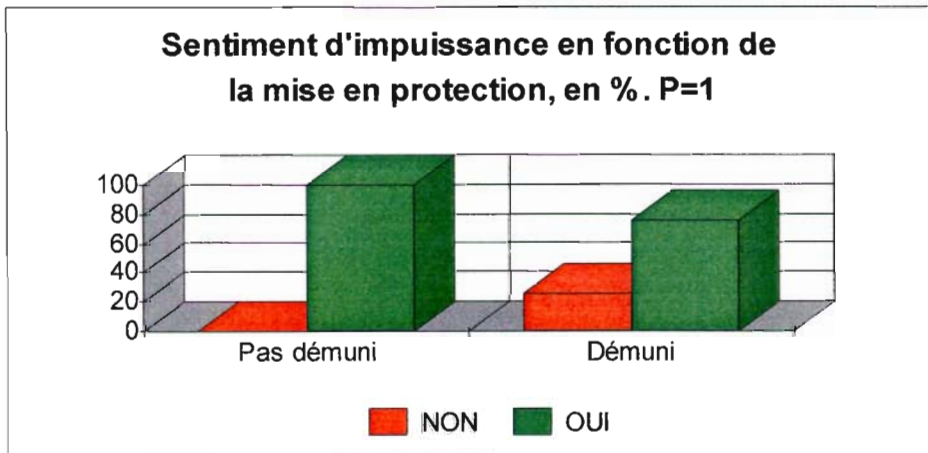
De plus, il ne faut pas comprendre d'après cet histogramme que 70% d'une catégorie de médecins ne ressent pas ce sentiment. Il est envisageable que certains pensent ne pas être démunis, mais il est plus probable encore que la grande majorité de cette sous catégorie affirme ne pas être démunie car elle n'a jamais encore été confrontée à l'enfant en danger.

Dans un second temps, croisons les réponses à la question B3 portant sur la mise en œuvre d'une protection à enfant et la question B4 sur le sentiment d'être démunie face à une telle situation.

Effectif	NON	OUI	Total
Pas démunie	0	6	6
Démunie	5	15	20
Total	5	21	26
Effectif manquant = 32			

-47-

L'effectif manquant correspond aux médecins affirmant n'avoir jamais eu à déroger au secret médical.



-48-

Les trois quarts des médecins se sentent démunis face à la situation d'un enfant en danger mais ces derniers vont au bout de leur démarche et mettent en œuvre le nécessaire. A contrario, le quart restant affirme avoir déjà eu recours aux dérogations mais pas pour une protection à enfant alors que ces praticiens avouent se sentir démunis.

Faut-il en déduire que ces médecins n'ont pas agi du fait de leur manque de connaissance des institutions ou du manque de temps ou encore de l'appréhension due au caractère délicat de la situation, entre le droit commun et le code de déontologie ? Cette problématique sera soulevée dans les questions suivantes.

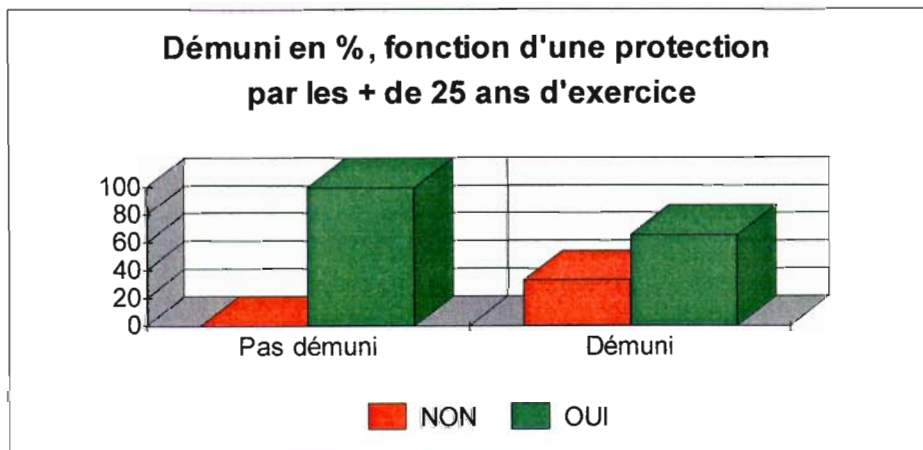
Il n'existe pas de relation significative entre le fait d'être démunie face à un enfant en danger et le fait d'effectuer les démarches nécessaires pour le protéger [Test statistique n°105].

Dans un second temps, les médecins qui nous intéressaient préalablement sont ceux dont l'expérience était de plus de 25 ans. Regardons de plus près leur attitude.

Effectif	NON	OUI	Total
Pas démuni	0	3	3
Démuni	1	3	4
Total	1	6	7
Effectif manquant =6			

-49-

Parmi les treize médecins dont l'expérience est de plus de vingt cinq ans, seuls six d'entre eux ont déjà dérogé au secret médical. Ceci paraît étonnant, quand parmi les dérogations, nous notons les déclarations obligatoires de certaines maladies contagieuses.



-50-

L'effectif est trop faible pour en tirer des conclusions significatives. Toutefois, 75% des médecins de cette tranche qui ont déjà eu à mettre en œuvre une protection à enfants se sont senti démunis, 25% disent être démunis alors qu'ils n'ont jamais dérogé. Par conséquent, entre l'effectif de ceux qui n'ont jamais dérogé et ceux qui ont dérogé pour une autre raison que celle qui nous intéresse, nous retrouvons la moitié de la population médicale exerçant depuis plus de vingt cinq ans qui se sent démunie malgré leur expérience.

4.5 Conclusion

Les deux tiers de la population médicale interrogée avouent se sentir démunis face à une situation d'enfant en difficulté. Or comme nous l'avons détaillé ci-dessus, la problématique de la maltraitance et de son signalement compte tenu du secret professionnel, demeure une difficulté majeure, indépendante du lieu d'exercice, de la nature féminine ou masculine du praticien ou de l'expérience professionnelle. Nous en déduisons, par conséquent, qu'il existe d'autres facteurs déterminant ce sentiment d'impuissance.

Les quatre questions à venir ont pour but de lever le voile sur les raisons de ce sentiment de faiblesse face à une situation d'enfant en danger ou en difficulté, impuissance ressentie par 64% des médecins de notre échantillon.

5. Doute au sujet du droit ordinal : *Question B4a*

5.1 Généralités

Vingt et un médecins avaient répondu « non » à la précédente question, vingt et un ne devaient pas s'exprimer au sujet du doute sur leurs droits et devoirs dus au Code de déontologie qui est le leur, ce qu'ils firent. En revanche, quatre médecins hommes dont la réponse par l'affirmative était notée à la question précédente ne se sont pas exprimés sur le doute au sujet du droit ordinal. Faut-il en déduire qu'ils n'ont pas d'avis sur le sujet ou qu'ils n'ont pas voulu donner leur opinion ?

Grâce au relevé d'information, nous connaissons le profil de ces quatre médecins. Ce sont quatre hommes qui exercent en milieu urbain depuis plus de cinq ans pour trois d'entre eux, le quatrième exerçant à la campagne depuis plus de quinze ans. Leur point commun est de ne pas maîtriser les dérogations légales de leur Code de déontologie, pourtant deux d'entre eux ont déjà dû mettre en œuvre des moyens pour protéger un mineur. Il est intéressant de devancer un peu les questions suivantes pour constater que l'un des ces deux médecins n'a donné aucune explication sur son impression de faiblesse. L'autre en revanche est démuné par méconnaissance des structures qui peuvent l'aider à sortir l'enfant de cette situation, à titre indicatif, il exerce en milieu urbain depuis plus de cinq ans.

Voici le tableau récapitulatif global :

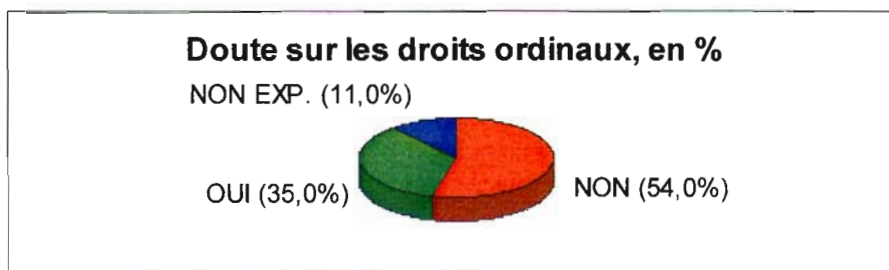
Effectif	OUI	NON	NON EXP.	TOTAL
HOMME	8	17	19	44
FEMME	5	3	6	14
TOTAL	13	20	25	58

-51-

Et voici le récapitulatif en retirant les vingt et une réponses type "NON-EXP." ne devant être comptabilisées compte tenu de la réponse négative à la question B4.

Effectif	OUI	NON	NON EXP.	TOTAL
HOMME	8	17	4	29
FEMME	5	3	0	8
TOTAL	13	20	4	37

-52-

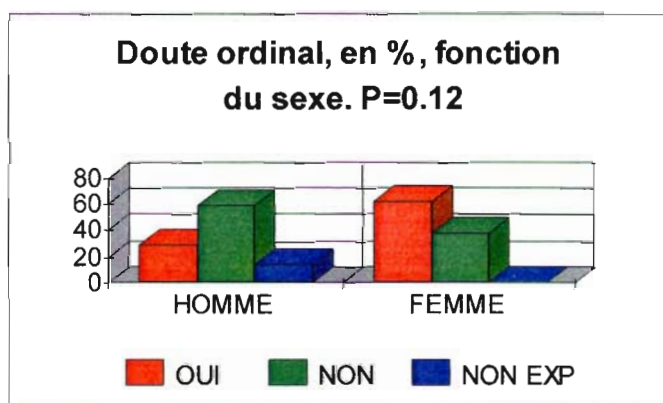


-53-

Plus d'un tiers des médecins s'est senti défaillant face à une situation délicate et parfois urgente qu'est la maltraitance à enfant, défaillance due à une mauvaise compréhension des droits et devoirs dus au Code déontologique de la profession.

La moitié des praticiens avance une autre explication telle que l'ignorance des structures ou les difficultés pour les joindre par manque de temps.

5.2 Doubte du droit ordinal en fonction du déterminant sexuel



-54-

Nous constatons que les résultats sont inversés d'une sous catégorie à l'autre. En effet, soixante deux pour cent des femmes de notre échantillon avouent douter du contenu du Code de déontologie alors qu'un quart de la population masculine évoque cette cause pour expliquer leur sentiment d'impuissance face à une situation de maltraitance.

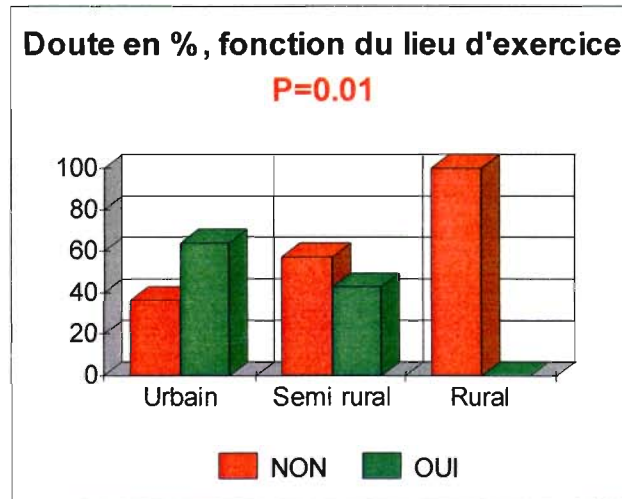
Dans ce cadre-ci, tout comme nous l'avons déjà constaté à la question B1, il semble que les femmes soient plus craintives que leurs homologues masculins. En effet, soixante dix-neuf pour cent d'entre elles estiment ne pas maîtriser l'outil "déroptions légales du secret professionnel" contre 45 % des hommes seulement. Une grande majorité (60 %) des femmes exposées à un cas de maltraitance se sent en difficulté du fait des doutes ordinaires ; moins d'un quart des hommes s'inquiètent sur ce point au cours d'une même situation. ! Cependant, ce n'est qu'une tendance, le test statistique ne démontre pas de différence significative [Test statistique n°5].

5.3 Doute au sujet du droit ordinal en fonction du lieu d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	4	7	11
Semi rural	8	6	14
Rural	8	0	8
Total	20	13	33
Effectif manquant = 25			

-55-

Nous ne revenons pas sur l'explication des vingt cinq réponses manquantes. L'histogramme suivant représente la notion de doute en fonction du lieu d'exercice des médecins se sentant démunis face à une situation d'enfant en danger.



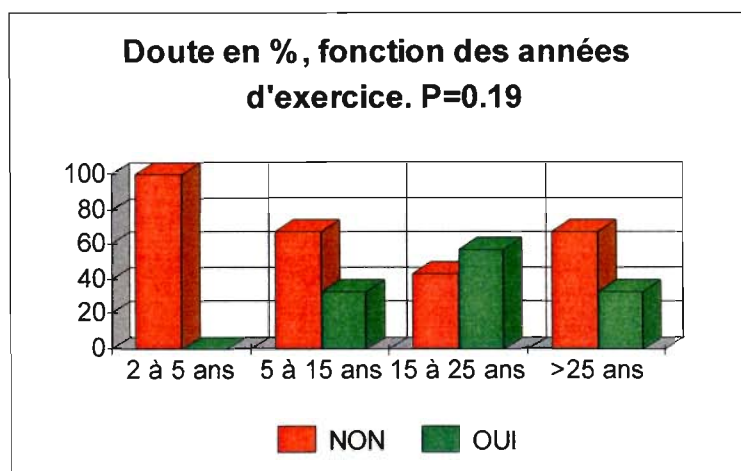
-56-

Il existe une relation statistiquement significative entre le doute que les docteurs ressentent vis-à-vis du droit ordinal et le lieu d'exercice de ces derniers, P=0.01 [Test statistique n°37].

5.4 Doute au sujet du droit ordinal en fonction des années d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	4	0	4
5 à 15 ans	6	3	9
15 à 25 ans	6	8	14
>25 ans	4	2	6
Total	20	13	33

-57-

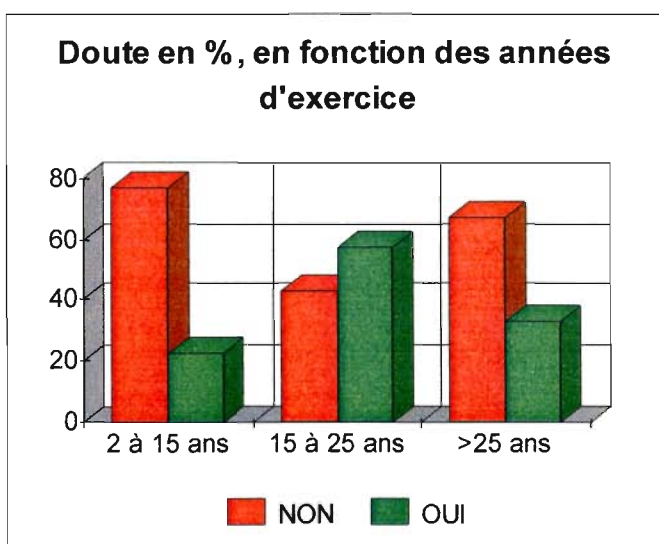


-58-

Etonnement, ce sont les jeunes médecins installés qui semblent avoir le moins de doute vis-à-vis du Code de déontologie. Toutefois, cette différence est statistiquement non significative [Test statistique n°68]. Nous nous attendions à une tendance décroissante en fonction de l'expérience médicale. Les résultats obtenus laissent supposer qu'un ou plusieurs autres paramètres entrent en compte, conditionnant une attitude plus attentive à ce phénomène de la part des jeunes médecins. Nous avons regroupé les classes 2 à 5 ans et 5 à 15 ans pour la durée de l'exercice :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 15 ans	10	3	13
15 à 25 ans	6	8	14
>25 ans	4	2	6
Total	20	13	33

-59-



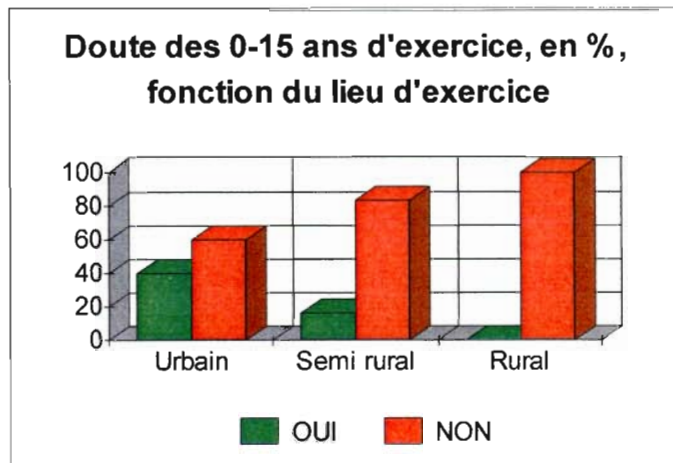
-60-

Près de 80% de notre regroupement de praticiens déclarent ne pas se sentir démunis du fait du Code de déontologie, alors que seule la moitié de l'effectif médical restant, affirme la même chose. La différence n'est toujours pas significative.

Nous avons recherché une relation avec le lieu d'exercice dans la classe 0-15 ans.

Effectif	OUI	NON	Total
Urbain	2	3	5
Semi rural	1	5	6
Rural	0	2	2
Total	3	10	13

-61-



-62-

Cet histogramme confirme la tendance générale vue précédemment et statistiquement significative : il semble que les praticiens en milieu rural sont plus au fait de leurs possibilités déontologiques, même lorsque l'expérience professionnelle ne se compte pas en décennie.

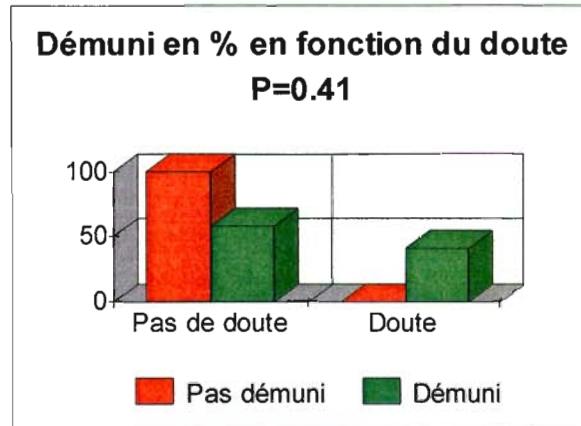
5.5 Analyse de ceux qui se sentent démunis à cause du doute

L'intérêt de ce sous chapitre est de mettre en évidence une éventuelle corrélation entre les deux variables que sont le sentiment d'impuissance face à une situation de maltraitance et l'incertitude quant aux droits et obligations dus au Code de déontologie médical.

Le tableau suivant récapitule les effectifs et l'histogramme illustre ce croisement de données.

Fréquence	Pas de doute	Doute	Total
Pas démunis	1	0	1
Démunis	19	13	32
Total	20	13	33
Effectif manquant = 25			

-63-



-64-

Logiquement, l'ensemble des praticiens non exposés à la désagréable sensation de ne pas maîtriser la situation, affirme ne pas douter de ses droits. En revanche, près de 40 % des médecins démunis, le sont du fait du doute ressenti vis-à-vis du Code de déontologie, ce qui équivaut à dire que 60 % d'entre eux maîtrisent le contenu du Code. Cette différence est malheureusement non exploitable par les tests statistiques puisque certains effectifs sont trop faibles voire nuls, ce qui rend le résultat du test non interprétable [Test statistique n°106].

5.6 Conclusion

Plus d'un tiers des médecins s'est senti défaillant face à une situation délicate et parfois urgente qu'est la maltraitance à enfant, défaillance due à la mauvaise exploitation du Code déontologique de la profession. Ce doute prend des proportions d'autant plus importante qu'il a envahi un praticien de sexe féminin, ou exerçant en milieu urbain (la différence est statistiquement significative) ou professant depuis plus de quinze ans. Les explications suivantes peuvent être avancées:

- ❖ les femmes attirent davantage les confidences des enfants, grâce à leur côté maternel,
- ❖ Le praticien de moins de quinze ans d'expérience est plus sensibilisé à ce sujet sociologique. Sa pratique professionnelle est concomitante à la prise de conscience collective du phénomène, et à la mise en place progressive des structures de la Protection de l'Enfance.

- ❖ Les structures sont réparties sur l'ensemble du département, ce sont les T.A.M.S. En revanche, les structures médicales (hôpital, clinique, cabinet de groupe) demeurent en milieu urbain. C'est pourquoi, les praticiens de ville, moins isolés, ont la possibilité de demander conseil aux confrères ou d'adresser plus facilement les mineurs en danger à l'hôpital qui se charge du signalement. L'isolement géographique du médecin de campagne l'oblige à se prendre en charge plus complètement.
- ❖ Il n'existe pas de relation significative entre le sentiment d'impuissance face à la maltraitance et le doute quant au contenu du Code de déontologie.

6. Méconnaissance des structures intervenant dans la protection à enfant *Question B4b*

6.1 Généralités

Les réponses sont les suivantes :

Effectif	OUI	NON	NON EXP.	TOTAL
HOMME	25	2	17	44
FEMME	5	3	6	14
TOTAL	30	5	23	58

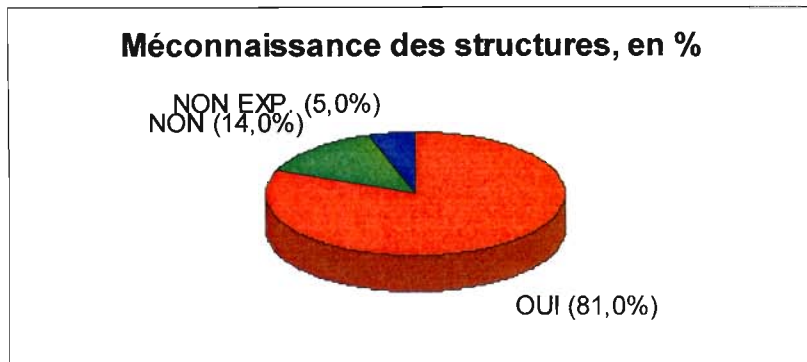
-65-

Comme pour la question précédente, vingt et un médecins ne devaient pas s'exprimer, deux autres se sont abstenus malgré leur sentiment de faiblesse, nous les connaissons déjà et nous les retrouverons pour les deux questions suivantes : l'un est le médecin de campagne depuis plus de quinze ans qui a déjà eu à gérer une situation de maltraitance et l'autre exerce en ville depuis plus de cinq ans, sans expérience concernant une telle situation [identités n°47 et 54].

Le tableau suivant tient compte exclusivement des réponses dues.

Effectif	OUI	NON	NON EXP.	TOTAL
HOMME	25	2	2	29
FEMME	5	3	0	8
TOTAL	30	5	2	37

-66-

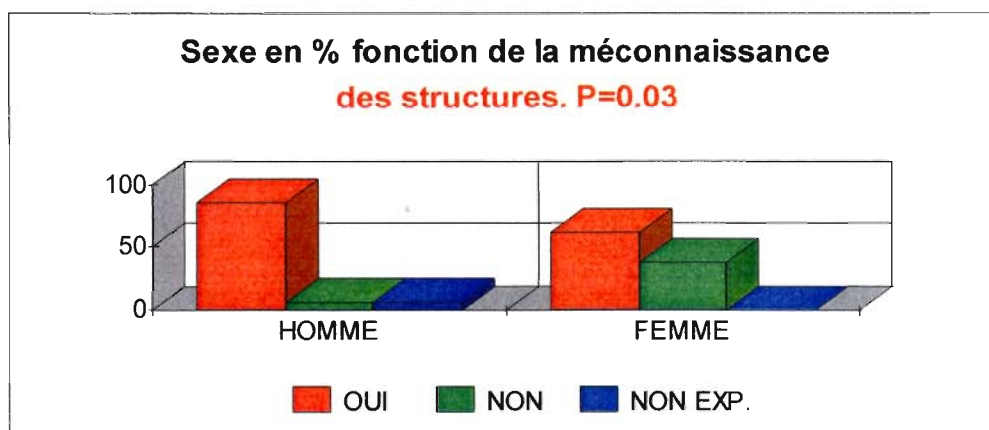


-67-

Une très grande majorité des médecins sont embarrassés lors de la prise en charge d'un enfant à risque du fait de leur méconnaissance des structures d'aide pouvant intervenir.

6.2 Méconnaissance des structures en fonction du déterminant sexuel

Le graphique suivant représente les réponses en fonction du sexe du praticien.



-68-

L'ignorance des structures de la Protection de l'Enfance entraîne des difficultés de prise en charge d'un enfant en danger chez 62% des femmes et 86% des hommes. Cette différence est statistiquement significative (P=0.03) [Test statistique n°6].

Il reste un quart de médecins généralistes se sentant déficients qui ont déjà dérogé au secret pour une des autres causes de dérogation que celle concernant la maltraitance des mineurs. Examinons de plus près qui ils sont. Le groupe est composé de cinq médecins dont voici le profil [Identités n°1, 30, 43, 48 et 53] (les items correspondent à ceux employés dans le questionnaire et les tableaux statistiques) :

Sexe	Lieu d'exercice	Années	Dérogation	Pratique	Protection	démuni	Doute	Méconnu	Structure	Temps
F	Urbain	15-25	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
H	Rural	>25	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
H	Rural	15-25	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
H	Urbain	2-5	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
H	Rural	2-5	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui

Tous les cinq se sentent démunis face à un enfant en danger, aucun n'a effectué de protection à enfants. L'un d'entre eux a répondu à l'ensemble des questions alors qu'il n'a jamais eu à déroger. Regardons tout de même ses réponses. Il exerce depuis moins de cinq ans (est-ce la raison pour laquelle il n'a jamais eu à déroger ?), en milieu urbain. Il lui semble connaître suffisamment les droits et devoirs dus au Code de déontologie médicale, en revanche, il est moins informé concernant les structures d'aide. Cette méconnaissance associée au manque de temps pour effectuer les recherches semblent définir les causes de son malaise.

En ce qui concerne les quatre autres, seule la femme se différencie de ses collègues en surajoutant ses doutes quant au Code. Sans quoi, ils déclarent tous ignorer les structures d'aide à l'enfance ou ne pas savoir leurs coordonnées et la quête est rendue difficile faute de temps.

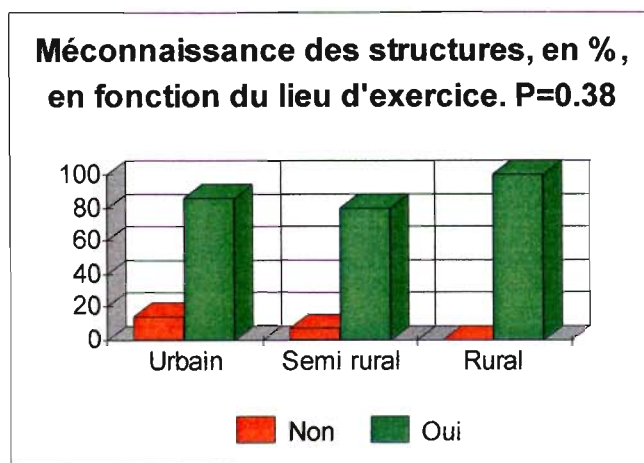
Cette autre approche permet de confirmer que le doute concernant les dérogations au secret médical n'est pas la cause principale objectivée par les médecins. Il semble qu'ils soient davantage gênés par la méconnaissance des structures qu'ils pourraient contacter et avec qui ils pourraient être en partenariat pour la protection des mineurs.

6.3 Méconnaissance des structures en fonction du lieu d'exercice

Effectif	Non	Oui	total
Urbain	2	11	13
Semi rural	3	11	14
Rural	0	8	8
Total	5	30	35
Effectif manquant = 23			

-69-

L'effectif manquant correspond toujours au vingt et une personnes non concernées par la question auxquelles s'ajoutent les deux médecins qui se sont abstenus de répondre. La représentation graphique est la suivante :

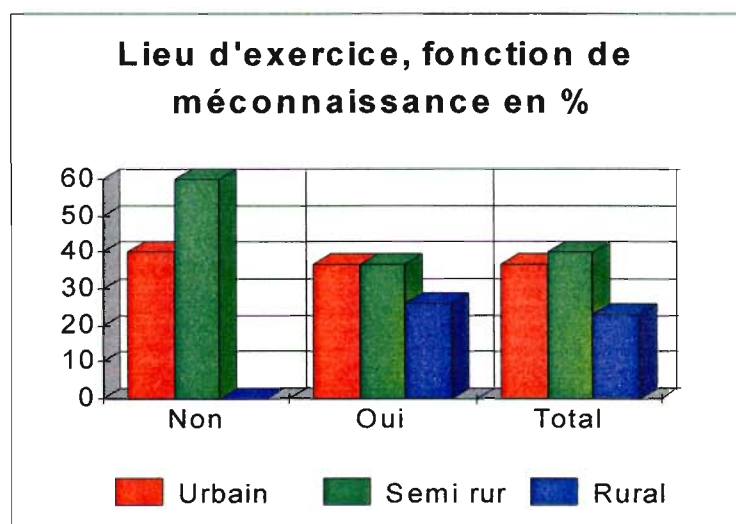


-71-

La totalité de notre effectif représentant le milieu rural avoue ne pas connaître les structures intervenant dans les situations d'enfant en danger. Les deux autres sous-catégories font jeu égal à 80 % environ.

Il n'existe pas de différence significative entre les différents lieux de pratique [Test statistique n°38]. Mais si 80 % des médecins ne maîtrisent pas une situation d'enfant en danger du fait d'une méconnaissance des structures administro-judiciaires pouvant les aider dans leurs démarches, 100 % des praticiens ruraux ignorent l'existence des partenaires de la Protection de l'Enfance !

Les résultats du tableau (69) peuvent donner une autre information. En effet, en représentant la répartition en pourcentage des lieux d'exercice en fonction de la connaissance ou non des structures, nous obtenons :



-71-

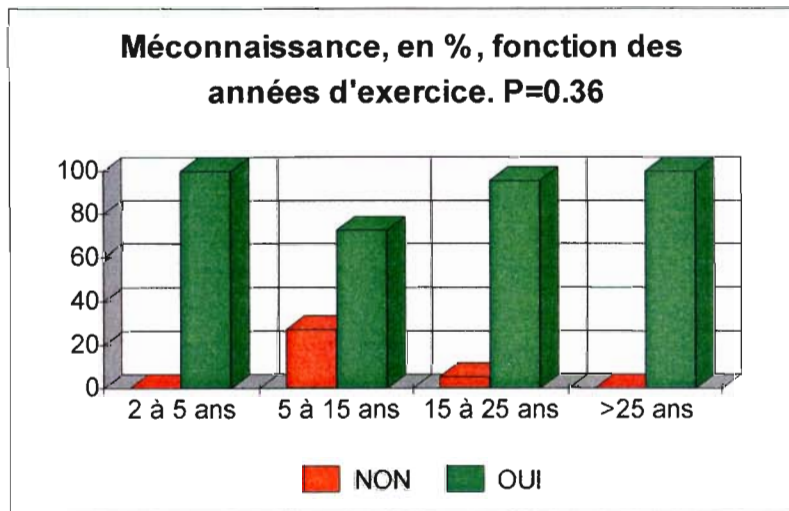
Une tendance se dessine au sein de notre échantillon. La dernière colonne résume la représentativité de chaque lieu, nous ne constatons pas d'écart significatif, les effectifs sont sensiblement les mêmes. C'est pourquoi, la première colonne du graphique est intéressante. En effet, 60% des médecins qui connaissent les structures, proviennent du milieu semi-rural, en revanche le milieu rural n'est absolument pas représenté dans cette sous-catégorie.

6.4 Méconnaissance des structures en fonction des années d'exercice

Nous ne revenons pas sur la signification de « effectif manquant », l'explication étant identique à celle de la question précédente. Les effectifs sont ceux du tableau (72) avec son illustration en (73).

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	0	4	4
5 à 15 ans	3	8	11
15 à 25 ans	2	12	14
>25 ans	0	6	6
Total	5	30	35
Effectif manquant = 23			

-72-



-73-

Quelle que soit l'expérience professionnelle, il n'existe pas de différence significative quant à la connaissance des structures [Test statistique n°69]

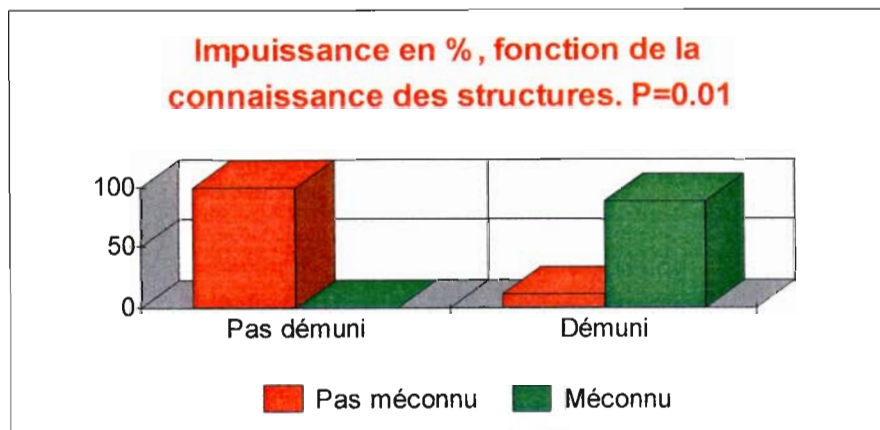
6.5 Méconnaissance des structures en fonction du sentiment d'être démuné

L'intérêt de croiser les réponses à la question sur le sentiment d'être démuné et celle sur la méconnaissance des structures d'aide, est de rechercher une relation significative

pouvant expliquer le faible pourcentage de signalement, effectué par les médecins généralistes du département.

Effectif	Pas méconnu	Méconnu	Total
Pas démuni	1	0	1
Démuni	4	30	34
Total	5	30	35
Effectif manquant = 23			

-74-



-75-

Il existe une différence significative (P=0.01) entre les deux paramètres que sont la connaissance des structures d'aide à l'enfant et le sentiment d'être démuni ressenti par les médecins généralistes [Test statistique n°107].

La cause objective du malaise des médecins non hospitaliers est statistiquement le défaut de connaissance des partenaires de la protection de l'enfant.

6.6 Conclusion

Il existe une relation entre la méconnaissance des partenaires administro-judiciaires intervenant pour la protection de l'enfant et le sentiment d'impuissance face à une situation d'enfant en danger. Cette relation est d'autant plus forte que le médecin de famille est un homme. En effet, ces derniers sont significativement moins au fait de l'existence des structures que leurs homologues féminines. En revanche, ni le lieu d'exercice ni les années d'expérience n'influencent les résultats, significativement. Cependant, l'isolement du milieu rural s'est à nouveau exprimé, puisque la totalité des médecins de campagne ignore l'existence des structures de la Protection de l'Enfance.

7. Vous savez quelle structure vous devez contacter mais vous ne savez pas où les joindre ? Question B4c

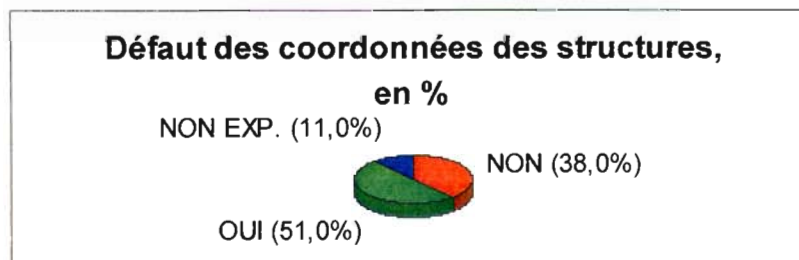
7.1 Généralités

Nous retrouvons quatre médecins qui ne se sont pas exprimés sur cette question [Identités n°3, 42, 47 et 54]. Trois d'entre eux sont déjà connus (cf. questions B4a, B4b B4c) aux quels s'ajoute une femme exerçant en ville depuis plus de cinq ans, ayant déjà dû déroger au secret médical pour une protection à enfant. Elle se sent, malgré tout, démunie à cause d'une incertitude sur ses droits et d'une méconnaissance des structures à laquelle elle ne peut remédier, faute de temps (selon sa réponse à la question B4d).

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	OUI	NON	NON EXP.	TOTAL
HOMME	14	11	3	28
FEMME	5	3	1	9
TOTAL	19	14	4	37

-76-

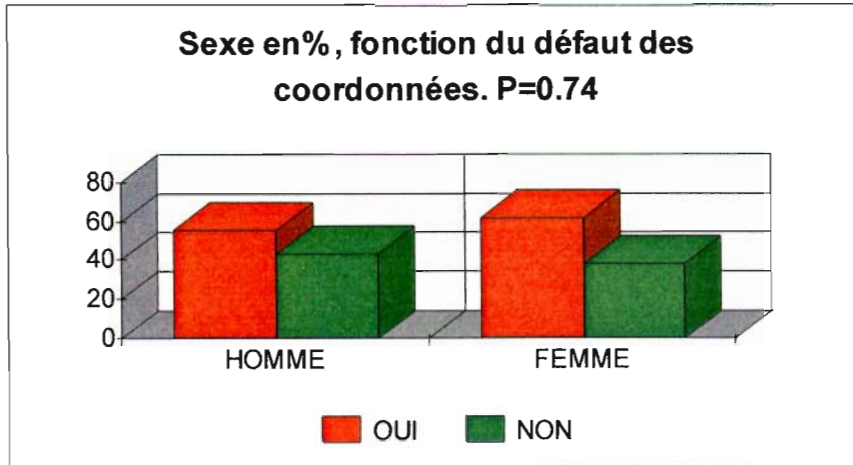


-77-

La moitié des personnes démunies l'est par l'ignorance des coordonnées des structures adéquates. Il est probable que nous retrouvions cette moitié dans la question suivante portant sur le manque de temps pour rechercher les coordonnées en question. Il est vraisemblable qu'une information courte, mise à jour fréquemment et à disposition, soit la bienvenue et améliore les relations entre les différents partenaires.

7.2 Défaut des coordonnées des structures en fonction du déterminant sexuel

L'histogramme (78) montre qu'il n'existe pas de différence entre les hommes et les femmes, ce qui est confirmé par le test statistique n°7. Une grande majorité déplore le fait de ne pas ou mal connaître les coordonnées des structures d'aide à l'enfance.



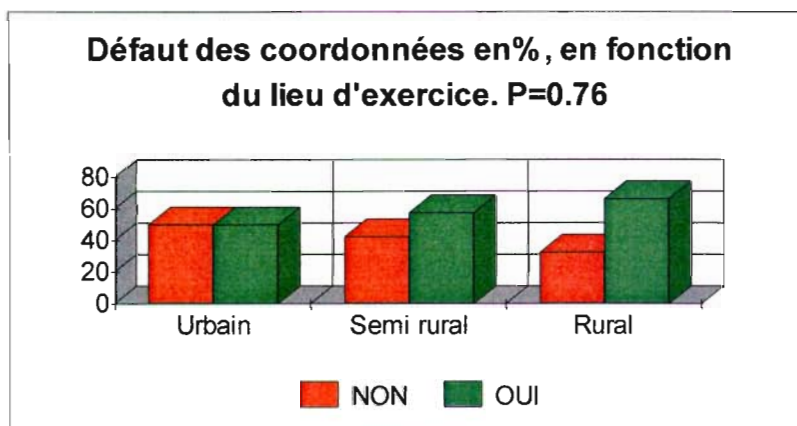
-78-

7.3 Défaut des coordonnées des structures en fonction du lieu d'exercice

Examinons les effectifs de chaque catégorie avec l'illustration graphique.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	5	5	10
Semi rural	6	8	14
Rural	3	6	9
Total	14	19	33
Effectif manquant=25			

-79-



-80-

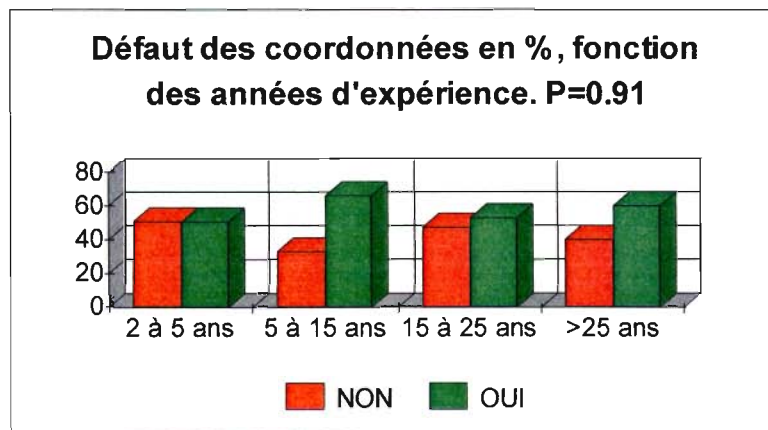
Il n'existe pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice du médecin répondeur [Test statistique n°39]. Une tendance à confirmer sur un plus grand effectif est en faveur d'une plus grande méconnaissance des coordonnées des structures par le médecin de campagne.

7.4 Défaut des coordonnées des structures en fonction des années d'exercice

Les effectifs se répartissent comme suit :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	2	2	4
5 à 15 ans	3	6	9
15 à 25 ans	7	8	15
>25 ans	2	3	5
Total	14	19	33
Effectif manquant = 25			

-81-



-82-

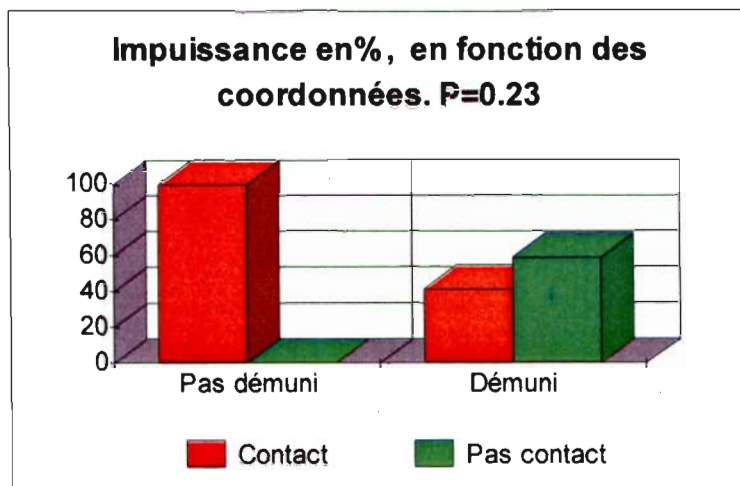
L'expérience n'apporte, à priori, pas le confort de connaître les partenaires, malgré les opportunités que l'on suppose plus nombreuses [Test statistique n°70].

7.5 Coordonnées des structures en fonction du sentiment d'être démun

Il n'existe pas de relation significative [Test statistique n°108] entre le fait de ne pas savoir où joindre les structures d'aide à l'enfance et le sentiment d'être démun face à cet enfant en danger.

Effectif	Contact	Pas contact	Total
Pas démun	1	0	1
Démuni	13	19	32
Total	14	19	33
Effectif manquant = 25			

-83-



-84-

Par mi les médecins qui se sentent impuissants face à la maltraitance, 60 % d'entre eux déplorent ignorer les coordonnées des structures de la Protection de l'Enfant.

7.6 Conclusion

Le défaut de connaissance des coordonnées des structures d'aide à la protection de l'enfant en danger n'est pas significativement une cause du malaise des professionnels médicaux, et ce quels que soient les paramètres de différenciation choisis.

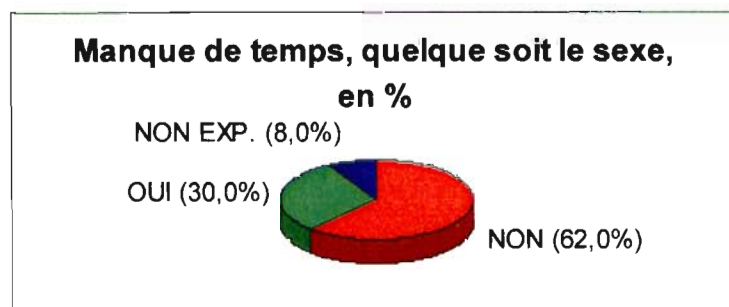
8. Manque de temps pour rechercher les organismes de protection Question B4d

8.1 Généralités

Nous retrouvons les trois médecins hommes dans l'effectif dit « non exprimé ».

Fréquence	NON	OUI	NON EXP.	TOTAL
HOMME	17	9	3	29
FEMME	6	2	0	8
Total	23	11	3	37

-85-



-86-

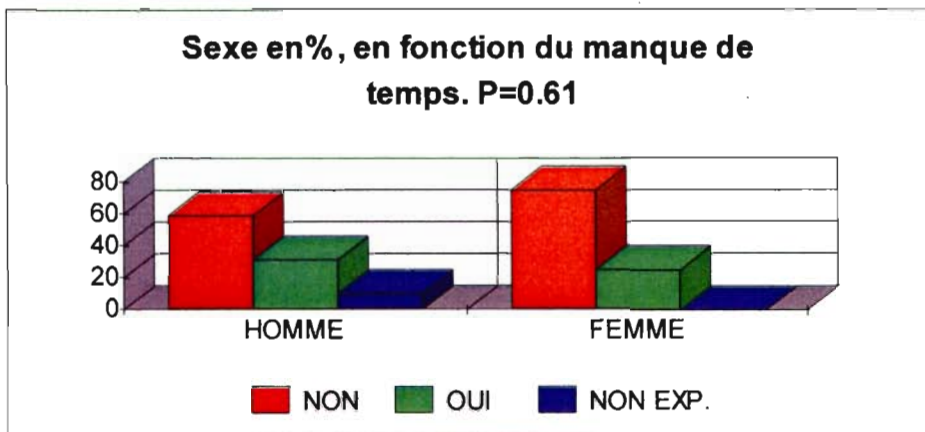
Une bonne moitié des médecins démunis ne trouve pas dans le manque de temps la cause de leur faiblesse face à un enfant à risque.

30% d'entre eux n'ont pas le temps de s'enquérir de l'existence des organismes en question ou de leurs coordonnées, constituant un motif de difficulté.

Il sera intéressant ultérieurement de savoir si ces 30 % déploreraient dans la question précédente l'absence de connaissance des coordonnées des structures.

8.2 Manque de temps fonction du sexe du médecin

La constatation est identique à celle effectuée ci-dessus, sans variation en fonction de la nature sexuelle, comme le montre le graphique (87) [Test statistique n°8]. Le manque de temps n'entraîne pas de conséquence différente en fonction de la nature féminine ou masculine du répondeur.



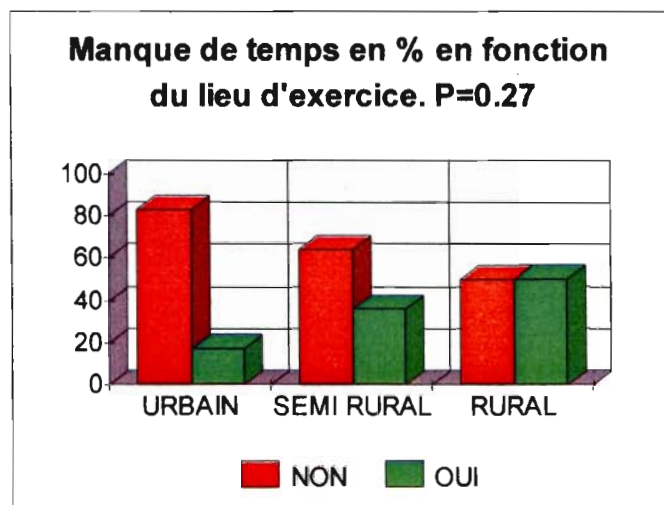
-87-

8.3 Manque de temps fonction du lieu d'exercice

Etudions avec le tableau des effectifs (88) et les deux graphiques correspondants (89) et (90), les réponses à la même question en fonction du lieu d'exercice des médecins.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	10	2	12
Semi rural	9	5	14
Rural	4	4	8
Total	23	11	34
Effectif manquant = 24			

-88-



-89-

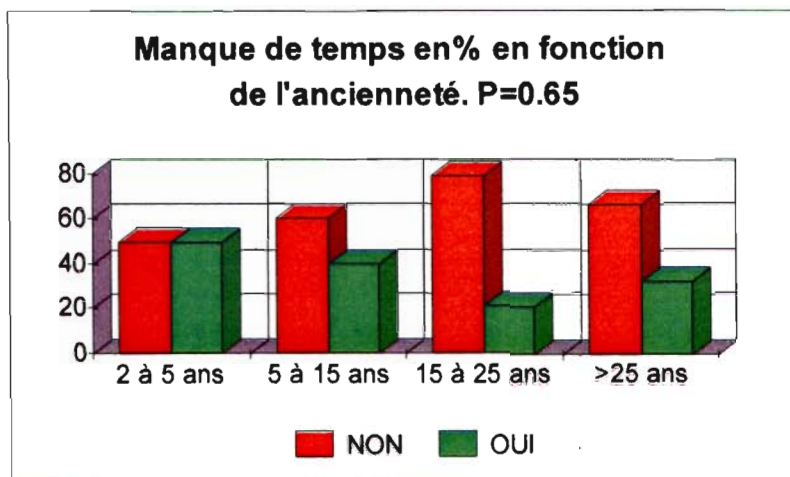
Nous constatons que, pour les trois sous-catégories, il n'existe pas de différence significative [Test statistique n°40]. Cependant, l'exercice en milieu urbain semble plus aisé car si 80 % des médecins de ville ont le temps, seuls 50 % des médecins de campagne affirment la même chose. Quant à ceux qui exercent en milieu semi-rural, leur taux est intermédiaire.

8.4 Manque de temps fonction des années d'exercice

On s'attendrait à avoir en deux pôles distincts des médecins qui ne soulignent pas le manque de temps pour rechercher les organismes, comme cause. Il s'agit d'une part des médecins installés depuis moins de cinq ans, dont on suppose une activité moins prenante, et d'autre part, les médecins les plus expérimentés dont l'activité plus soutenue et l'expérience cumulée prédisposent à posséder un carnet d'adresse fourni. Les deux histogrammes (91) et (92) illustrent effectivement l'hypothèse sus-jacente, avec toutefois un bémol.

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	2	2	4
5 à 15 ans	6	4	10
15 à 25 ans	11	3	14
>25 ans	4	2	6
Total	23	11	34
Effectif manquant = 24			

-90-



-91-

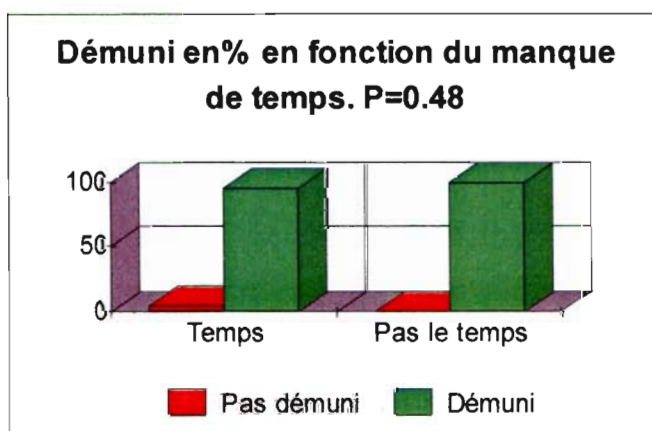
En effet, les jeunes installés de notre échantillon ne se départagent pas. La moitié d'entre eux rendent le défaut de temps responsable de leur faiblesse alors que pour l'autre moitié, il n'en est rien. En revanche et comme l'hypothèse le laissait entendre, le manque de temps est, au fil des années d'exercice professionnel, une cause de moins en moins importante du sentiment de faiblesse ressenti face à un enfant en danger. Toutefois le test statistique est cette fois encore, non significatif [Test statistique n°71].

8.5 Manque de temps en fonction du sentiment d'être démun

Procédons comme à l'habitude, d'une part le tableau des effectifs en ne tenant compte que des réponses exprimées, d'autre part l'illustration graphique.

Effectif	Temps	Pas le temps	Total
Pas démun	1	0	1
Démuni	22	11	33
Total	23	11	34

-92-



-93-

Il n'existe pas de relation significative entre ces deux paramètres [Test statistique n°109]. Le manque de temps pour s'enquérir des coordonnées des partenaires de la Protection de l'Enfance contribue au malaise de certains sans être une raison déterminante.

8.6 Manque de temps en fonction de la méconnaissance des structures

L'intérêt de croiser les réponses à ces deux questions est de mettre en évidence une relation entre les deux.

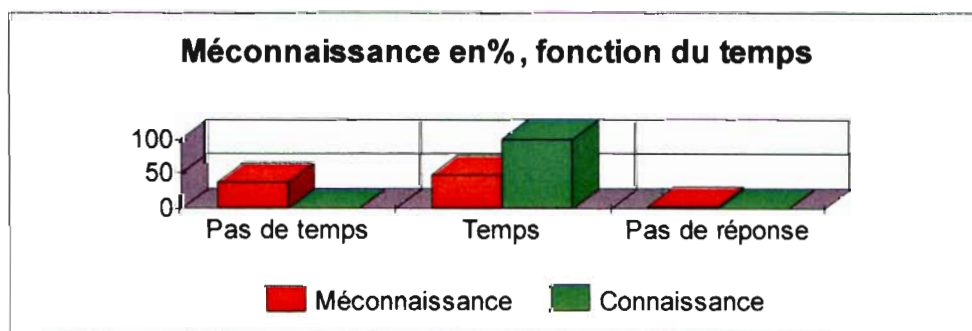
Effectif	Pas de temps	Temps	Pas de réponse	Total
Meconnaissance	11	18	1	30
Connaissance	0	5	0	5
Pas de réponse	0	0	23	23
Total	11	23	24	58

-94-

Les vingt trois réponses manquantes correspondent à l'effectif médical ne déplorant aucune difficulté face à un enfant à risque, ne tenons pas compte de cet effectif, nous obtenons :

Effectif	Pas de temps	Temps	Pas de réponse	Total
Méconnaissance	11	18	1	30
Connaissance	0	5	0	5
Total	11	23	1	35

-95-



-96-

Il est étonnant de constater que seulement 37% des médecins qui avouent méconnaître les partenaires de la protection infantile, manquent de temps pour chercher les coordonnées afin de se mettre en relation. Par conséquent un peu moins des deux tiers des praticiens ignorant les structures, auraient le temps de se renseigner à condition naturellement d'être au courant de l'existence de ces dernières !

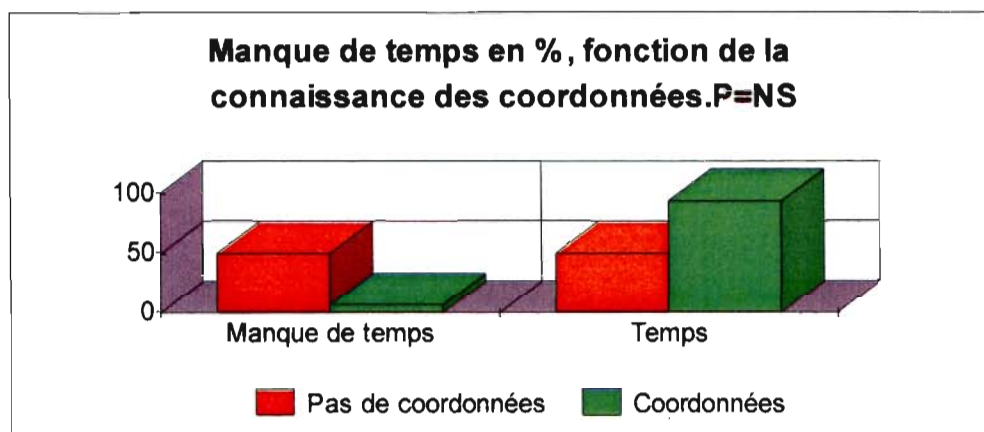
8.7 Manque de temps en fonction de la méconnaissance des coordonnées

Les différents partenaires socio-administro-judiciaires sont connus dans leurs principes par les praticiens qui pourtant ne les connaissent pas sur le terrain. Il est intéressant de rechercher si le défaut de temps est la cause de la non-relation entre eux. Le tableau (97) croise les réponses aux questions B7 et B8.

Effectif	Manque de temps	Temps	Pas de réponse	Total
Pas de coordonnées	9	9	0	18
Coordonnées	1	13	0	14
Pas de réponse	3	0	23	26
Total	13	22	23	58

-97-

Nous obtenons l'histogramme suivant :



-98-

Il n'y a pas de relation significative, l'excès de travail des médecins généralistes n'empêche pas ces derniers de se renseigner sur les coordonnées des structures proches de leur cabinet médical. La parité est parfaite : pour la moitié d'entre eux, le défaut de temps semble être la cause de leur absence de communication avec les structures adéquates, alors que pour l'autre moitié la raison n'est pas celle-ci. Examinons les réponses de ces derniers.

Effectif	Méconnaissance	Connaissance	Total
Temps	17	5	22

-99-

Ils ne déplorent pas le défaut de temps, cependant, ils ne sont pas à même de se renseigner sur les structures existant à proximité de leur lieu d'exercice professionnel. Faut-il en déduire qu'ils sont paresseux ou que la maltraitance n'est pas un de leurs soucis ? Pourtant ils se sentent démunis ! La faute est-elle à rejeter sur l'ambiguïté existant entre les codes de déontologie et pénal ? Le tableau suivant illustre parmi cette même population de médecin

démuni mais ayant le temps d'effectuer les démarches, ceux qui mettent en avant le problème de doute ordinal.

Effectif	Doute ordinal	Pas de doute	Total
Temps	10	12	22

-100-

Ainsi, dix d'entre eux seulement sont démunis du fait des devoirs envers les différents codes [Identités n°1, 6, 10, 12, 17, 29, 33, 38, 44 et 50]. Par conséquent, douze médecins ont répondu avoir du temps libre et ne pas craindre les sanctions ordinales [Identités n°8, 9, 20, 23, 24, 30, 32, 39, 40, 49, 51 et 57]. La recherche de leur profil est intéressante. Il s'agit de deux femmes et de dix hommes.

Une des femmes se sent démunie sans pouvoir en définir la cause. Elle n'a jamais dérogé au secret médical et ce, malgré une expérience professionnelle de plus de cinq ans en milieu urbain. Il ne semble pas abusif d'affirmer qu'elle adresse les enfants à risque en milieu hospitalier. La seconde exerce en milieu semi-rural depuis plus de cinq ans, son malaise est essentiellement dû au fait de ne pas savoir où joindre les structures. Elle ressemble en cela aux dix médecins masculins dont l'un d'entre eux est comptabilisé par erreur [identité n°49] puisqu'il a répondu alors qu'il ne se sent pas démunie. Les huit autres ne travaillent pas dans une agglomération de plus de dix milles habitants, ils exercent pour la plupart depuis plus de cinq ans avec une majorité d'entre eux depuis plus de quinze ans.

Neuf médecins sur douze n'ont jamais dérogé au secret professionnel dans le cadre de maltraitance sur mineur. Or, ils n'avancent pas d'autres explications que celle de ne pas savoir où joindre les partenaires de la Protection de l'Enfance. Ce constat est affligeant, d'autant plus qu'ils auraient le temps de remédier à cette lacune. Il paraît difficile de ne pas conclure à un manque de sensibilisation à ce problème sociologique.

8.8 Conclusion

Les médecins généralistes de notre enquête ne portent pas en cause principale le défaut de temps pour joindre les organismes en question. L'importance de cette majorité est toutefois variable en fonction des années d'expérience et du lieu d'exercice, sans que la différence soit significative. L'analyse de cette question peut laisser perplexe. En effet, outre le fait qu'ils n'ont pas l'excuse d'une installation récente, l'excès d'activité, d'après leurs propres aveux, n'est pas la cause de leur non-connaissance des structures et/ou de leurs coordonnées. Ces médecins exerçant loin d'un centre hospitalier, ne dérogent pas au secret médical même face à une situation d'enfant en danger du fait de leur impuissance à mettre en

œuvre les moyens adéquats. Ils n'ont aucune explication si ce n'est l'absence de sensibilisation à ce problème !

C. L'enfance en danger, les partenaires sociaux

1. Signification du mot « signalement » : question C1

1.1 Généralités

Le terme de « signalement » définit, dans ce contexte particulier, une mise en valeur par voie orale ou écrite de l'ensemble des signes et symptômes physiques et/ou moraux laissant penser qu'un enfant de moins de quinze ans est en danger. L'atteinte peut être soit d'ordre somatique, soit morale ou de son évolution physico-psychique. Définir ce terme est complexe, actuellement l'interprétation de l'O.D.A.S sert de référence en la matière.

Suite aux réponses des médecins généralistes interrogés, le concept du signalement semble correctement perçu et avec justesse puisque quarante et une définitions sur cinquante huit arborent la nécessité de déclencher les autorités compétentes afin d'aider un enfant suspecté de mauvais traitements somato-psychiques. Ce pourcentage (71%) est primordial ! En effet, il pointe notre attention sur le fait que « signaler » n'est pas « prouver » ni « dénoncer » mais bien « prévenir ».

Les termes "prouver" et "dénoncer" sont parfois évoqués, les réponses correspondantes sont considérées comme inadéquates. Les dix sept réponses erronées sont classées en trois catégories :

- * mauvaise réponse proprement dite
- * réponse à expliciter
- * aucune réponse

Nous obtenons, ainsi, huit abstentions à cette question ouverte, quatre définitions erronées et enfin, cinq ébauches de réponse.

Comme nous en avons pris l'habitude, examinons le profil de chacune des sous-catégories de médecin.

1.2 Catégorie des abstentions

Ils sont au nombre de huit [Identités n° 6 : 11 ; 13 ; 24 ; 26 ; 47 ; 52 et 54] répartis en trois femmes et cinq hommes. Quatre d'entre eux exercent en milieu urbain tandis que deux autres pratiquent en milieu semi-rural et les deux derniers à la campagne, sans disparité de répartition en fonction des années d'exercice.

Sept d'entre eux avouent ne pas connaître leurs dérogations légales et par conséquent, car il semble effectivement qu'il existe un lien de cause à effet, six d'entre eux n'ont jamais dérogé au secret professionnel, alors qu'en ce qui concerne les deux autres, la dérogation s'est effectuée à la faveur d'une protection d'enfant en danger. Ces deux médecins ne se ressemblent guère. En effet, si l'un d'eux connaît l'ensemble des structures d'aide y compris la C.E.M.A., son confrère ne connaît que la P.M.I. ! Pour revenir aux six premiers, ils se sentent démunis face à une telle situation, par ignorance des structures, comme nous le verrons dans la question suivante. Cela paraît invraisemblable à l'époque dite de communication facile, d'autant plus que, selon leur propre aveu, le manque de temps n'est pas une explication.

Ces huit médecins sont demandeurs d'une information sur le sujet, information qu'il faut leur procurer directement. Il semblerait qu'ils aient des difficultés à la rechercher par-eux mêmes.

1.3 Catégorie des réponses partielles

Cinq médecins [Identités n°40 ; 44 ; 48; 57 et 58] ont donné une réponse inadéquate, partiellement juste ou interrogative telle que « au médecin de PMI ? », « indiquer à la DDASS ? ». Certains ont défini le signalement comme une dénonciation, « une surveillance mais en entraînant un engagement de responsabilité de celui qui signale » selon l'identité n°40. Cette dernière réponse est imprégnée de crainte, peur ressentie également à travers les réponses à l'expérience personnelle de ce praticien. De facto il avoue appréhender les conséquences du signalement en terme de perte de clientèle, d'autant plus qu'il craint que l'anonymat puisse être levé. Son hésitation est compréhensible du fait de son exercice professionnel, depuis plus de quinze ans, en milieu rural : il exerce le rôle de médecin de famille, proche de ses patients et de la PMI, structure la plus proche de lui.

Les quatre autres médecins méconnaissent les structures, à l'exception de la protection materno-infantile pour l'un d'entre eux qui a œuvré pour la protection d'un mineur. En ce qui concerne les trois autres, la conclusion devient évidente et répétitive : la

méconnaissance des structures est synonyme, une nouvelle fois, d'absence de dérogation au secret professionnel pour protéger un mineur en danger!

1.4 Catégorie des réponses erronées

L'effectif de cette catégorie est de quatre [Identités n°27 ; 29 ; 31 et 55]. Quatre hommes pour qui "signalement" signifie « prévenir les autorités de tutelle », « de la gendarmerie » ou encore « prévenir la DDASS. A la question suivante du questionnaire portant sur les organismes administratifs autorisés à recevoir un signalement, deux des quatre praticiens s'abstiennent, l'un répond « gendarmerie » et l'autre naturellement « DDASS ». Aucun n'évoque les véritables structures que sont la CEMA, l'ASE ou le numéro national 119 (malgré les campagnes d'information). Seuls deux d'entre eux peuvent citer partiellement le rôle de la PMI.

Le profil de ces médecins est très semblable. En effet, ils exercent tous les quatre à la campagne depuis plus de quinze ans, un seul a dérogé à l'occasion d'une situation d'enfant en danger. Ce groupe illustre les constats précédemment faits : l'ignorance des structures partenaires et ce malgré l'expérience professionnelle et alors même, que leur activité n'est pas facilitée par la proximité d'un centre hospitalier.

Heureusement tous les quatre sont demandeurs d'une information qu'ils n'ont jamais pris le temps d'aller rechercher personnellement.

Naturellement, ils peuvent signaler à la gendarmerie qui diligentera une enquête ou fera remonter l'information au procureur, mais la violence de la procédure peut entraîner des effets néfastes pour la famille, surtout si au final, les doutes ne sont pas fondés. Des mesures plus douces existent, mettons les en œuvre et gardons les possibilités des autorités judiciaires pour les cas de danger vital imminents ou les cas de maltraitance sexuelle.

1.5 Conclusion

A partir d'une simple question de définition, nous avons pu recenser une population particulière à l'intérieur de notre échantillon. Douze médecins généralistes n'ont jamais dérogé au secret professionnel, douze sur trente quatre soit plus d'un tiers des médecins. A la vue de l'ensemble de leurs réponses, ce ne sont ni les excès d'activité professionnelle ni même le doute au sujet des droits déontologiques qui sont les causes, mais bel et bien l'absence de relation par méconnaissance des structures d'aide à l'enfance. Le seul partenaire qui se distingue est la Protection Materno-Infantile. L'exception est probable du fait de son existence ancienne, de sa répartition géographique sur l'ensemble du département et de son

rôle joué à travers le suivi de la santé des enfants de moins de six ans et les certificats médicaux obligatoires qui proposent au médecin généraliste de rencontrer son confrère de PMI, si le besoin d'un suivi particulier se fait ressentir.

2. Pouvez-vous citer les organismes administratifs pouvant recevoir un signalement d'enfant en danger ? Question C2

Il paraissait indispensable d'objectiver l'étendue de la maîtrise des éléments, pour qu'un enfant en danger soit signalé dans les meilleures conditions. En proposant aux volontaires de ce questionnaire de répondre ouvertement, cela nous permet d'évaluer l'exactitude de leur connaissance. Naturellement plusieurs réponses sont possibles, nous obtenons le tableau (101).

Effectif Structure	Réponse à la définition sur le signalement	Pas de réponse à la définition du signalement	Total
Police – Gendarmerie	2	1	3
Juge pour enfants	8	2	10
Procureur de la République	10	5	15
C.E.M.A.	7	0	7
P.M.I.	23	3	26
Assistante sociale	5	1	6
D.D.A.S.S.	14	2	16
SOS enfant maltraité	1	0	1
Médecin scolaire	1	0	1
Centre hospitalier	1	1	2
Pas de réponse	4 [Identité n° 17, 35, 37, 50]	7 [Identité n°11, 24, 27, 47, 48, 54, 55]	11
Total	76	22	98

-101-

L'ensemble des réponses est valide. Si un signalement est effectué à l'un des organismes ou personnes citées ci-dessus, il peut donner lieu à des suites, plus ou moins rapidement. Tous sont des partenaires de la protection de l'enfance, mais certains représentent des partenaires privilégiés.

Onze questionnaires sont restés vierges à cette question ouverte. Cela traduit l'ignorance des médecins concernés, quant aux possibilités de prise en charge de leurs petits patients. Parmi eux, nous retrouvons sept médecins dont la définition du terme signalement est erronée. Leur profil est décrit dans le sous chapitre précédent. Dessinons le profil des quatre autres médecins qui ont une bonne connaissance de la notion de signalement et qui pourtant, se sont abstenus de nommer les structures intéressées.

Tous les quatre sont des hommes. Le premier [identité n°17] exerce en milieu semi-rural depuis plus de quinze ans, il doute quant à ses droits déontologiques, ce qui toutefois ne l'a pas bloqué dans sa démarche de protection d'un jeune patient en difficulté. Sa difficulté semble être, en sus du doute ordinal, la méconnaissance des structures et des associations de défense. Son expérience personnelle est positive puisque le signalement qu'il a effectué a permis au père maltraitant de se responsabiliser, selon ses propres dires.

Le deuxième [Identité n°27] exerce également en milieu semi-rural depuis plus de cinq ans. Son sentiment d'impuissance est essentiellement dû à la méconnaissance des structures à laquelle s'ajoute le manque de temps pour y remédier. Il avoue ne jamais avoir eu à déroger, et pourtant, s'est senti obligé de répondre à l'ensemble des autres questions portant sur le sentiment d'impuissance. Le Code de Déontologie ne lui pose pas de difficulté.

Quant au troisième [Identité n°37], il exerce également en milieu semi-rural depuis plus de quinze ans, il se sent démuni face à une situation de maltraitance du fait de son hésitation sur ses droits ordinaires et de son ignorance des structures de la protection infantile, accentuée par le manque de temps pour effectuer les recherches. Comme le praticien précédent il n'a jamais dérogé au secret professionnel.

Le dernier [Identité n°50] exerce en ville depuis plus de vingt cinq ans, il a déjà effectué un signalement malgré sa mauvaise maîtrise du Code de Déontologie et de son ignorance des différents partenaires de la protection de l'enfant. Il lui est impossible de citer les rôles de la PMI, ASE, CEMA ou encore de donner des noms d'associations ou le numéro vert 119. Il a eu la gentillesse de nous faire partager son expérience professionnelle Deux expériences où la maltraitance n'est pas prouvée, et voire pour un des cas, une fabulation d'une jeune fille. Ce médecin déclare : « Le plus gros défaut est qu'actuellement les signalements se font de manière trop rapide ! Et cela peut provoquer des drames familiaux. La machine qui se met en route lors des signalements est trop lourde ! »

Le témoignage de ces quatre médecins est très pédagogique. Ils connaissent parfaitement la notion de signalement, mais du fait d'une appréhension concernant le Code déontologique et plus encore, à cause de leur ignorance des partenaires d'aide à l'enfance, ils

ne se sentent pas à l'aise lors d'une situation d'enfant à risque. D'ailleurs, pour deux d'entre eux aucun signalement n'est à leur actif !

Les cinq chapitres suivants explorent la conception des médecins généralistes des rôles de certains partenaires administratifs, ainsi que leur connaissance des associations de défense de l'enfant voire du numéro national.

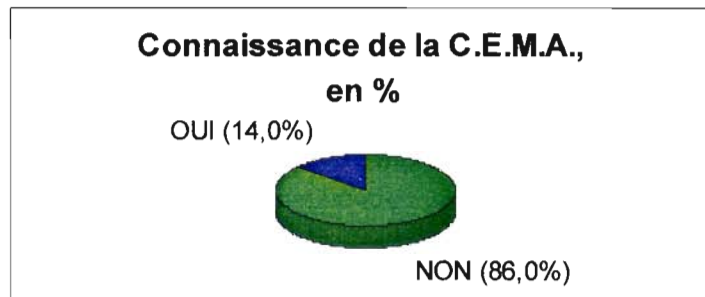
3. Sauriez-vous définir le rôle de la C.E.M.A.? Question C3a

3.1 Généralités

L'ensemble des médecins de notre échantillon a répondu. Une très grande majorité d'entre eux ne connaît pas la Cellule Enfance en Danger, après plus de dix ans d'existence !

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	40	4	44
Femme	10	4	14
Total	50	8	58

-102-

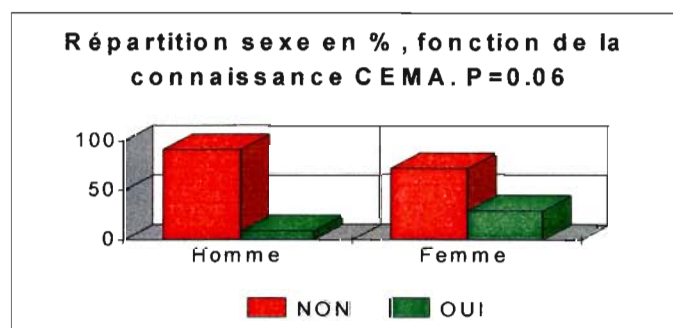


-103-

3.2 Connaissance de la CEMA en fonction du déterminant sexuel

La répartition n'est pas différente entre nos sous populations [Test statistique n°9].

Une tendance, que nous avons déjà constatée dans la précédente partie, se dessine : les femmes sont plus informées que les hommes sur les structures d'aide à l'enfance.



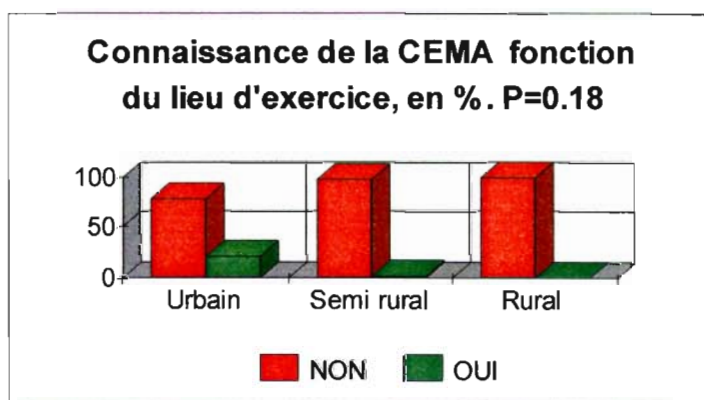
-104-

3.3 Connaissance de la CEMA en fonction du lieu d'exercice

Le tableau et l'histogramme ci-dessous ne montrent pas de différence en fonction du lieu d'exercice des praticiens [Test statistique N°41]. Il semblerait toutefois que nos praticiens dont l'activité se situe dans les agglomérations, connaissent davantage la CEMA qui, rappelons-le, siège au Conseil Général à Nancy. Les quinze médecins représentant le milieu rural n'ont jamais entendu parler de la CEMA.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	15	4	19
Semi rural	20	4	24
Rural	15	0	15
Total	50	8	58

-105-



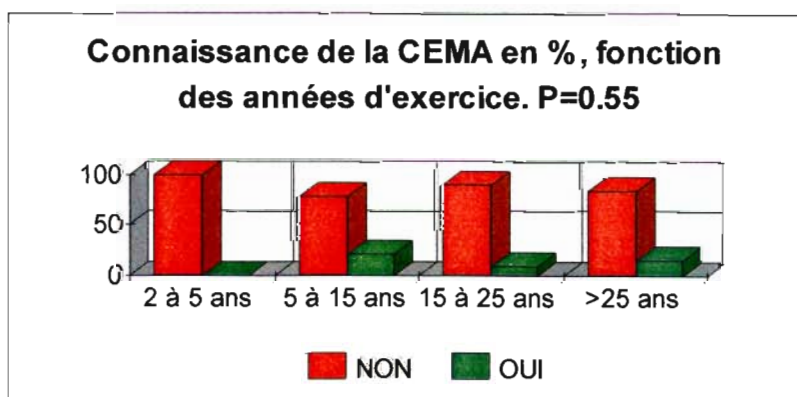
-106-

3.4 Connaissance de la CEMA en fonction des années d'exercice

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	6	0	6
5 à 15 ans	15	4	19
15 à 25 ans	18	2	20
>25 ans	11	2	13
Total	50	8	58

-107-



-108-

Dans ce cadre également, la différence n'est pas significative [Test statistique N°72] Toutefois il est à noter que les médecins qui connaissent la CEMA appartiennent en majorité à la tranche des 5-15 ans d'expérience; période qui correspond à l'existence de la CEMA. L'effectif des médecins tout juste installés n'est pas suffisamment nombreux pour que des conclusions puissent être déduites. En revanche, comme nous l'avons vu dans le chapitre A question 2, il faut se rappeler que la moitié des praticiens de cette tranche travaille en milieu rural ; milieu où l'information sur l'existence de cette cellule est la moins répandue (cf. question précédente). Nonobstant, ces jeunes installés auraient pu par le biais des études être mis au courant.

3.5 Conclusion

La C.E.M.A (Cellule Enfance Maltraitée Accueil) n'est décidément pas une institution connue des partenaires médicaux privilégiés que devraient être les médecins de famille et ce malgré l'importance qu'elle revêt au sein du système de protection de l'Enfance en danger. Il est indispensable qu'elle se fasse connaître de ces interlocuteurs. Cette ignorance est due à sa jeunesse d'existence, une mise en place compliquée et fastidieuse, privilégiée à la communication, pour l'instant du moins. Examinons si, a contrario, les médecins de l'enquête connaissent mieux les institutions plus anciennes.

4. Sauriez-vous définir le rôle du service de protection maternelle et infantile ? *Question C3b*

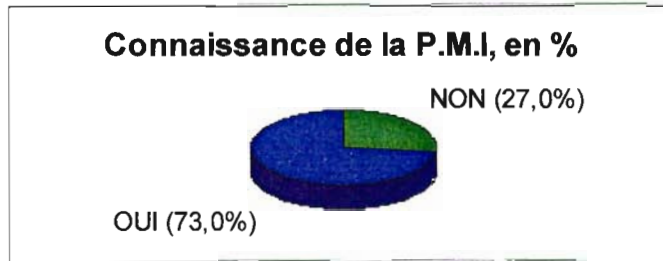
4.1 Généralités

Le tableau (109) établit les effectifs en fonction du sexe. Trois abstentions sont à retenir (deux hommes et une femme [Identités n°4, 15, 53]). Tous les trois exercent à la campagne.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	11	31	42
Femme	4	9	13
Total	15	40	55
Effectif manquant = 3			

-109-

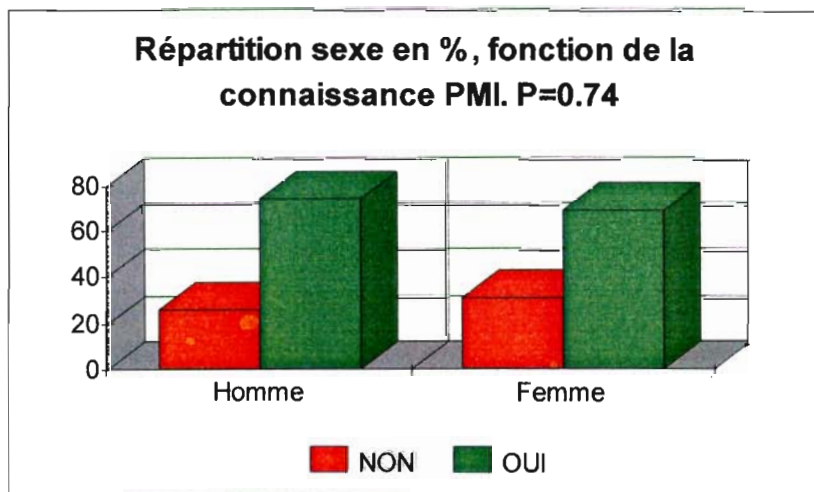
D'une façon générale 73 % des médecins ayant répondu à cette question, peuvent définir le rôle de la P.M.I (Protection maternelle et infantile).



-110-

4.2 Connaissance de la PMI en fonction du déterminant sexuel

Comme nous le montre la représentation graphique, cette connaissance de structure est indépendante du sexe du praticien. Il n'existe aucune différence entre les hommes et les femmes comme l'atteste le test statistique au seuil de 0.05 [Test statistique n°10].



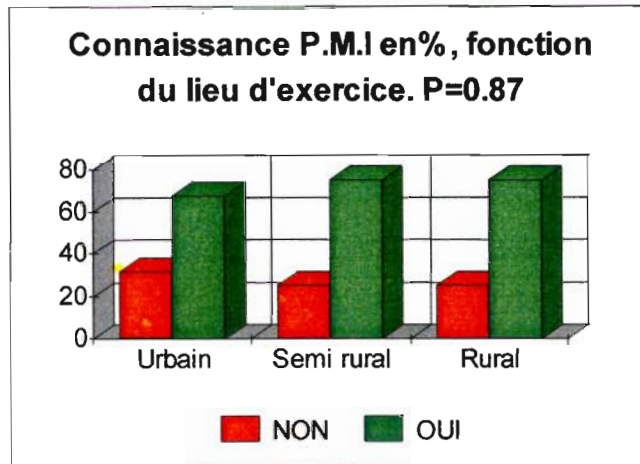
-111-

4.3 Connaissance de la PMI en fonction du lieu d'exercice

Il semblait dans le chapitre précédent que les médecins de campagne étaient plus sensibles aux partenaires sociaux que leurs homologues citadins. Ce qui suit, confirme cette supposition.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	6	13	19
Semi rural	6	18	24
Rural	3	9	12
Total	15	40	55
Effectif manquant = 3			

-112-



-113-

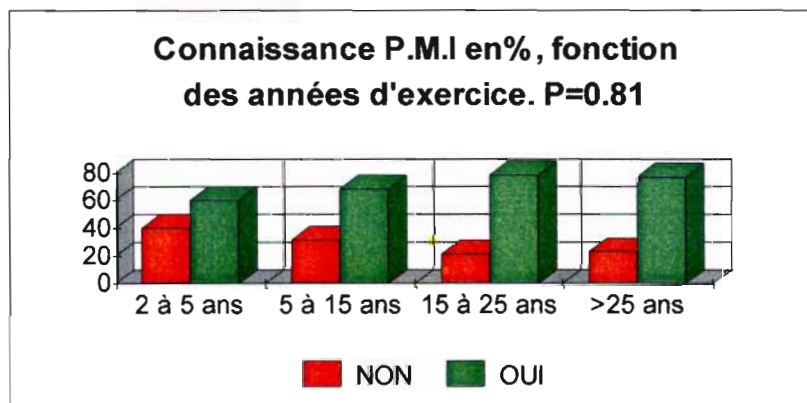
Il n'existe pas de différence significative [Test statistique n°42]. En revanche, l'histogramme est croissant depuis le milieu urbain vers le milieu rural. Ceci tend à sous-entendre qu'effectivement, les structures de PMI sont davantage connues par les médecins éloignés des structures hospitalières.

4.4 Connaissance de la PMI en fonction des années d'exercice

Les P.M.I sont des structures anciennes, par conséquent l'expérience professionnelle doit bénéficier aux « anciens ». Ceci se traduit par :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	2	3	5
5 à 15 ans	6	13	19
15 à 25 ans	4	14	18
>25 ans	3	10	13
Total	15	40	55
Effectif manquant = 3			

-114-



-115-

Plus le médecin accumule les années d'exercice, plus il est au fait de l'existence de la PMI: la nécessité de rencontre et de partenariat est plus fréquente. Ce résultat est logique

même si une fois encore, statistiquement, il n'est pas mis en valeur du fait des effectifs d'échantillon trop faible [Test statistique n°73].

4.5 Conclusion

La Protection materno-infantile est une institution, moins récente que la CEMA, a les faveurs des médecins. Très peu sont ceux qui avouent ne pas connaître le rôle important de la P.M.I.

Du fait d'effectif insuffisant, nous ne sommes pas en mesure de mettre en évidence de différences significatives. Toutefois, il est vraisemblable que les médecins de campagne et parmi eux, les plus expérimentés, connaissent davantage ce partenaire de la Protection infantile.

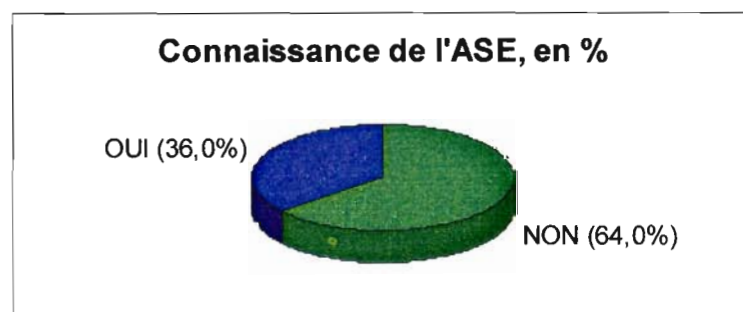
5. Sauriez-vous définir le rôle du service de l'aide sociale à l'enfance ? Question C3c

5.1 Généralités

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	26	16	42
Femme	9	4	13
Total	35	20	55
Effectif manquant = 3			

-116-

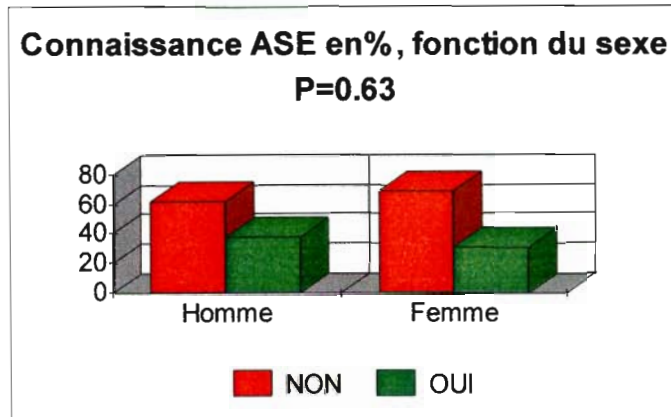


-117-

Près des deux tiers des consultés avouent ne pas connaître le rôle de l'A.S.E. (Aide Sociale à l'Enfance). Cette proportion est inverse de celle qui a été révélée quant à la connaissance de la P.M.I. et ce malgré l'ancienneté historique de l'ASE.

5.2 Connaissance de l'ASE en fonction du déterminant sexuel

Comme l'illustre l'histogramme ci-dessous, il n'existe pas de réponse différente significative, en fonction du sexe du répondeur [Test statistique n°11].

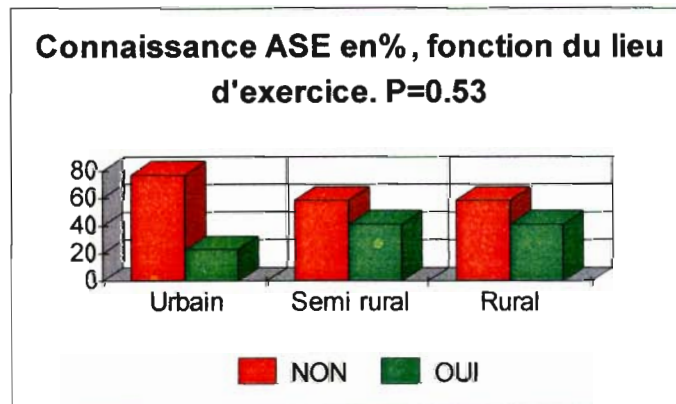


-118-

5.3 Connaissance de l'ASE en fonction du lieu d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	14	5	19
Semi rural	14	10	24
Rural	7	5	12
Total	35	20	55
Effectif manquant=	3		

-119-



-120-

Comme pour la PMI, nous remarquons que l'A.S.E. est d'autant plus connue que le médecin exerce en milieu rural. La raison en est probablement la même : ils doivent se mettre en contact afin de prendre en charge leurs jeunes patients, ne bénéficiant pas de la proximité d'un centre hospitalier. Toutefois la différence n'est toujours pas significative [Test statistique n°43].

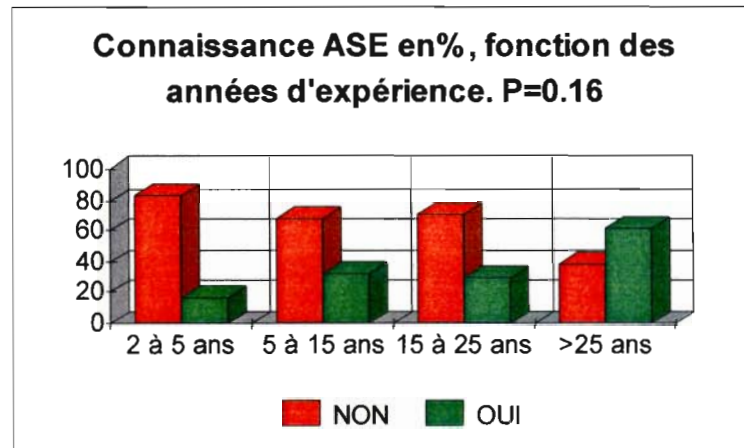
5.4 Connaissance de l'ASE en fonction des années d'exercice

Nous nous attendons à une influence identique à celle observée pour la PMI. De fait, l'histogramme suivant révèle un pourcentage de connaissance des rôles de l'Aide Sociale à

l'Enfance variable en fonction de l'ancienneté professionnelle du praticien [Test statistique n°74].

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	5	1	6
5 à 15 ans	13	6	19
15 à 25 ans	12	5	17
>25 ans	5	8	13
Total	35	20	55
Effectif manquant =3			

-121-



-122-

Même si statistiquement la différence n'est pas significative, il est indiscutable que le jeune praticien ne maîtrise pas autant que son aîné, les outils d'aide à l'enfance que sont P.M.I, A.S.E. Toutefois, seuls 60 % des plus expérimentés connaissent le rôle joué par l'ASE alors que 80 % d'entre eux affirment connaître la PMI. Cette différence admet une raison évidente : la relation « obligatoire » qui existe entre ces deux partenaires à travers les certificats de santé du huitième jour, neuvième mois et vingt quatrième mois.

5.5 Conclusion

L'Aide Sociale à l'Enfance est, rappelons-le, l'institution la plus ancienne via l'Assistance Publique créée par Saint Vincent de Paul, son rôle est primordial et multidisciplinaire (cf. chapitre IV 1.1.2), en particulier au cours du signalement, dans le choix entre les mesures d'aide administratives et le signalement judiciaire. L'ASE met en œuvre des mesures d'aide financière, d'assistance familiale, d'aide à l'insertion sociale, globalement un ensemble d'aide afin d'améliorer les conditions de vie de la famille, afin que cette dernière ressente moins de pression, facteur important de la maltraitance au sein du nid familial.

Pourtant, seul un tiers des médecins généralistes interrogés est capable de définir le rôle de l'ASE. Indifféremment du lieu d'exercice ou de l'expérience professionnelle, ces

praticiens gardent probablement en mémoire la notion que L'ASE, telle que son ancêtre, ne prend en charge que les orphelins et les enfants abandonnés. Ils ignorent ses fonctions d'organisateur de la cellule familiale, en fonction des besoins de cette dernière.

6. Connaissez-vous le numéro national de l'Enfance en Danger ? Question C4

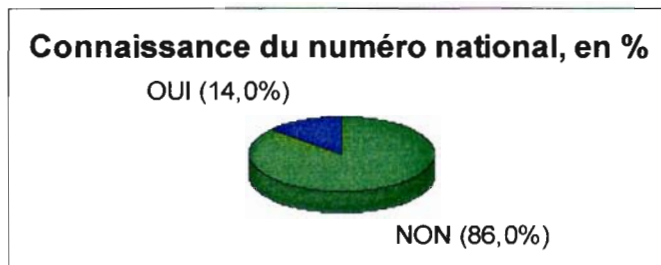
6.1 Généralités

Tous ont répondu, les effectifs sont les suivants et le constat est affligeant ! 14% des médecins interrogés sont capables de donner le numéro vert 119 mis en place par la SNATEM, il y a plus de dix ans maintenant. Numéro gratuit mis à la disposition de chacun pour donner une information signalante.

Les campagnes de sensibilisation effectuées par le ministère n'ont pas eu d'impact sur le milieu médical.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	38	6	44
Femme	12	2	14
Total	50	8	58

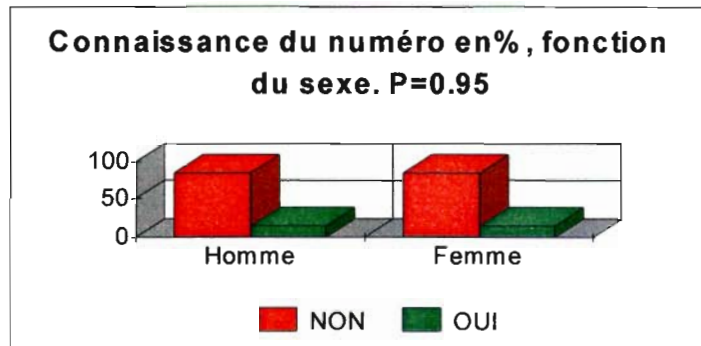
-123-



-124-

6.2 Connaissance du numéro en fonction du déterminant sexuel

La parité est de mise, il n'existe pas de relation entre la connaissance du numéro vert et l'identité sexuelle du praticien [Test statistique n°12].



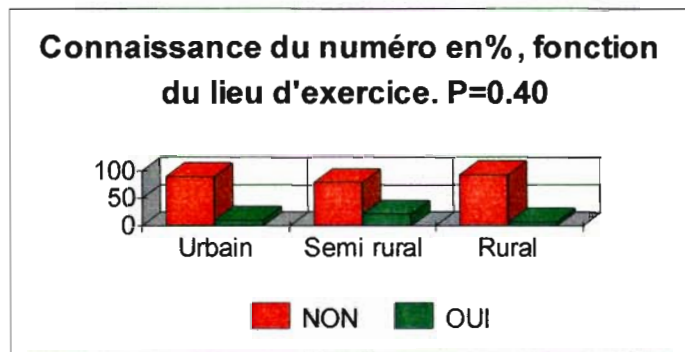
-125-

6.3 Connaissance du numéro en fonction du lieu d'exercice

La constatation est la même que précédemment : il n'existe aucune relation en fonction du lieu d'exercice [Test statistique n°44].

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	17	2	19
Semi rural	19	5	24
Rural	14	1	15
Total	50	8	58

-126-



-127-

6.4 Connaissance du numéro en fonction des années d'exercice

Une fois encore, il n'existe pas de différence significative en fonction de l'ancienneté [Test statistique n°75]. Toutefois, la parité des pourcentages n'existe pas, dans ce cas-ci. Nous notons que les médecins dont l'exercice est de cinq à vingt cinq ans, ont été davantage sensibilisés, peut-être par la littérature médicale. En revanche, la totalité des jeunes installés de notre échantillon est incapable de citer le numéro vert. Deux hypothèses paraissent plausibles :

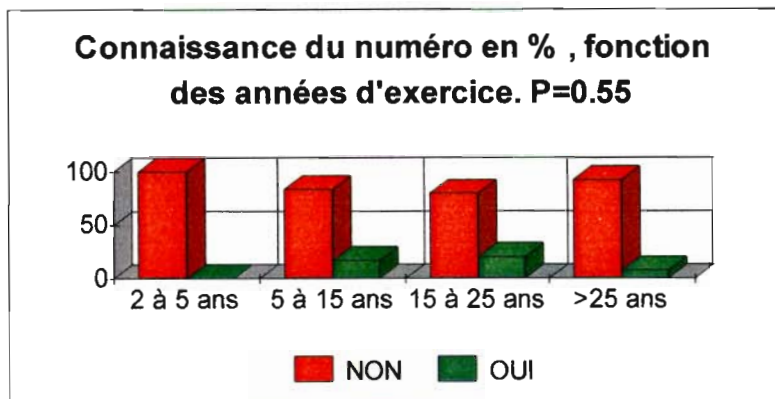
- une absence de sensibilisation au cours des études
- un début d'activité stressant et très prenant du point de vue pathologie somatique

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	6	0	6
5 à 15 ans	16	3	19
15 à 25 ans	16	4	20
>25 ans	12	1	13
Total	50	8	58

-128-

L'illustration graphique est :



-129-

6.5 Conclusion

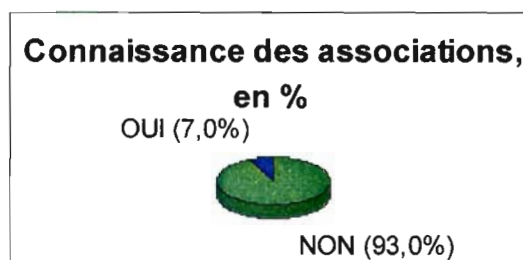
Les médecins généralistes de notre échantillon de Meurthe-et-Moselle ne se sont pas sentis impliqués dans la diffusion de ce numéro vert gratuit qu'est le 119, mis à la disposition de la population afin d'informer d'une éventuelle maltraitance sur enfant mineur juridiquement. Ce moyen de signalement n'est pas usité par les professionnels de la santé. En revanche, ils ne peuvent pas non plus le transmettre à leurs patients, les sensibiliser à la maltraitance et les inciter, via ce moyen simple, à informer les autorités compétentes en cas de doute. Heureusement, au vu des résultats annuels de la SNATEM, ce numéro vert est bien connu de la population.

7. Connaissez-vous les associations de défense de l'enfant ? Question C5

7.1 Généralités

Le résultat à cette question est encore plus affligeant, moins de 10 % des médecins interrogés peuvent citer au moins une association de défense de l'enfant en danger.

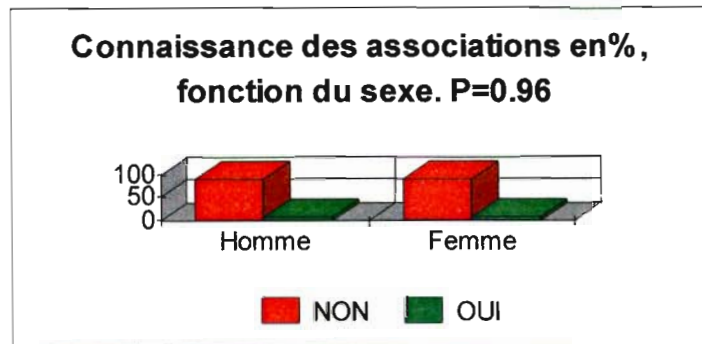
Effectif	NON	OUI	Total
Homme	41	3	44
Femme	13	1	14
Total	54	4	58



-130- et -131-

7.2 Connaissance des associations en fonction du déterminant sexuel

Il n'existe aucune différence significative entre les réponses féminines et masculines [Test statistique n°13].



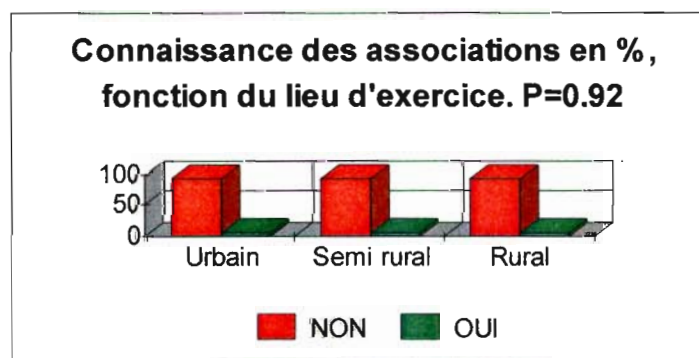
-132-

7.3 Connaissance des associations en fonction du lieu d'exercice

Comme le confirme l'histogramme (134), il n'existe aucune relation entre le lieu d'exercice professionnel et la connaissance des associations de défense de l'enfant [Test statistique n°45]. Les pourcentages représentant chacune des sous-catégories sont quasiment identiques.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	18	1	19
Semi rural	22	2	24
Rural	14	1	15
Total	54	4	58

133-



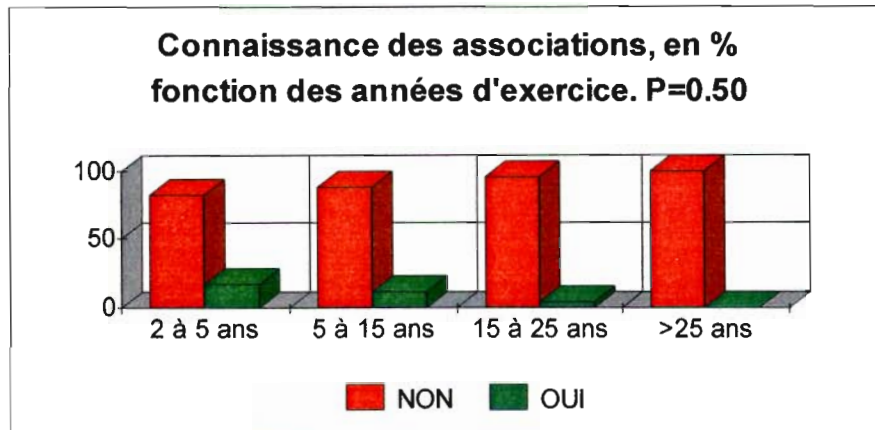
-134-

7.4 Connaissance des associations en fonction des années d'exercice

Les médecins généralistes ont tous répondu. Nous obtenons le tableau (135) et son illustration (136).

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	5	1	6
5 à 15 ans	17	2	19
15 à 25 ans	19	1	20
>25 ans	13	0	13
Total	54	4	58

-135-



-136-

Un léger mouvement décroissant se dessine depuis la population des jeunes installés à celle des plus expérimentés, sans que cela soit significatif [Test statistique n°76]. Cette tendance laisse espérer une plus grande sensibilité des jeunes praticiens au problème. L'influence des techniques modernes de communication et surtout un début d'activité professionnelle concomitant à la prise de conscience du phénomène sont vraisemblablement responsables.

7.5 Conclusion

Comme pour le numéro national 119, les associations ne sont pas des institutions connues des professionnels libéraux de la santé. Par conséquent, ces citoyens, souvent sollicités pour des renseignements, ne sont pas en mesure d'orienter les personnes demandeuses, vers ces associations.

Il n'était pas concevable de conclure sur l'ignorance des associations sans y remédier. C'est pourquoi, vous trouverez en annexe 1 une liste fournie mais non exhaustive des associations en question.

8. Souhaiteriez-vous recevoir une information au sujet de l'enfance en danger ?

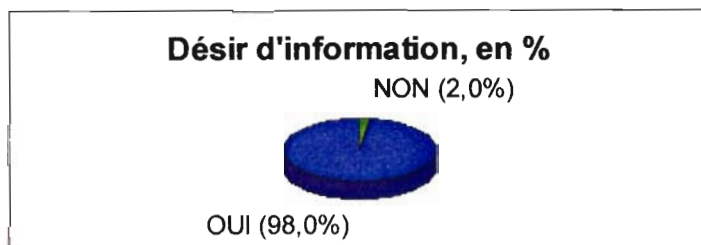
Question C6

8.1 Généralités

Compte tenu de l'ensemble des constatations concernant l'ignorance de l'existence des structures, sans compter les doutes d'origine ordinale, les résultats à cette question sont prévisibles. Les effectifs suivants sont très représentatifs du phénomène pointé précédemment.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	1	40	41
Femme	0	14	14
Total	1	54	55
Effectif manquant=	3		

-137-



-138-

Trois médecins se sont abstenus de répondre [Identités n°21, 22, 42]. Le premier [Identité 22] exerce en milieu semi-rural à moins de dix minutes du centre hospitalier de Nancy, il exerce depuis plus de vingt-cinq ans et n'a aucune difficulté ni par rapport au Code de Déontologie ni par rapport aux partenaires administro-judiciaires, à l'exception de la CEMA qui lui est inconnue. Il a déjà dû signaler un enfant en danger et pour ce fait est passé par la voie de la PMI de son secteur. Ces connaissances lui suffisent.

Quant au deuxième [Identité 21], il exerce en milieu rural depuis plus de vingt cinq ans. Il ne s'est jamais senti démuné, au cours de sa longue carrière professionnelle, face à un enfant en danger mais a-t-il été attentif aux signes de maltraitance. En effet, nous sommes en droit de nous poser cette question puisqu'en plus de 25 ans d'exercice professionnel, il n'a jamais dérogé au secret professionnel et ce encore moins pour une protection à enfant, parce qu'il avoue ne connaître aucun des partenaires de la Protection (pas même la PMI de son secteur). Il appréhende le signalement à cause des conséquences qu'il entraîne pour la famille.

Le dernier abstentionniste [Identité n°42] ne présente pas le même profil : il exerce à Nancy depuis plus de cinq ans, il a déjà effectué un signalement, il connaît l'ensemble des

partenaires dont la CEMA. S'il n'a pas manifesté un désir d'information, il souhaite toutefois, une EPU tous les ans !

Un seul médecin [Identité n°18] ne souhaite pas d'information au sujet de la maltraitance. Il exerce dans une petite ville munie d'un centre hospitalier et connaît l'ensemble des structures, associations, le 119 et même le procureur du TGI. Il a contacté selon ses propres dires, en 1991 l'Ordre des Médecins, lors de son premier cas de maltraitance et a bénéficié de l'ensemble des renseignements.

A l'exception de ces quatre praticiens, l'ensemble des médecins désire recevoir une information au sujet de l'enfance en danger. Il n'est pas nécessaire de commenter davantage un résultat aussi éloquent !

8.2 Désir d'information en fonction du déterminant sexuel

Il n'existe pas de différence significative en fonction du sexe du médecin répondeur [Test statistique n°14].

8.3 Désir d'information en fonction du lieu d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	0	17	17
Semi rural	1	22	23
Rural	0	15	15
Total	1	54	55
Effectif manquant = 3			

-139-

Le lieu d'activité ne modifie pas le besoin d'information ressenti [Test statistique n°46 non significatif].

8.4 Désir d'information en fonction des années d'exercice

L'expérience professionnelle n'interdit pas la formation permanente [Test statistique n°77 non significatif].

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	0	6	6
5 à 15 ans	1	17	18
15 à 25 ans	0	20	20
>25 ans	0	11	11
Total	1	54	55
Effectif manquant=3			

-140-

8.5 Conclusion

La quasi-totalité (98 %) des médecins généralistes, quels que soient le lieu d'exercice ou son expérience professionnelle, désire une information concernant la prise en charge de l'enfant à risque.

9. Quel moyen de communication et quelle fréquence du communiqué vous semblent les plus souhaitables ? Question C7

9.1 Généralités

De nombreuses campagnes de sensibilisation à la maltraitance ont été et sont encore programmées. Vraisemblablement, elles sont peu adaptées à l'attention des médecins, comme le prouvent les résultats décevants portant sur la connaissance du numéro vert 119 (question C6). C'est pourquoi, le relevé des souhaits sur les moyens de communication est fondamental.

9.2 Les moyens de communication évoqués

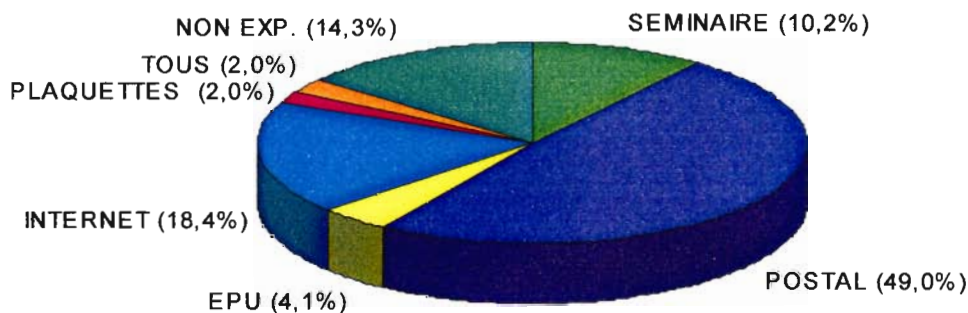
Cette question ouverte a également eu la faveur de nos personnes interrogées. Seulement, neuf d'entre elles se sont abstenues de répondre. Quatre d'entre eux sont connus, ce sont les cas particuliers de la question précédente, quant aux cinq autres, ils n'ont pas de profil particulier [Identités n°4, 11,17, 18, 21, 22, 29, 38, 58].

Le tableau (141) indique les propositions faites, le graphique illustre les moyens les plus fréquemment réclamés.

Moyen	SEMINAIRE	POSTAL	EPU	INTERNET	PLAQUETTES	TOUS	NON EXP.
HOMME	5	24	2	9	1	1	7
FEMME	7	9	2	0	1	0	2
TOTAL	12	33	4	9	2	1	9

-141-

Moyens de communication



-142-

-173-

La proposition qui revient le plus souvent reste l'envoi postal (la littérature médicale), suivi par un nouveau moyen de communication « le web » entré depuis peu dans le cabinet médical mais qui s'impose de plus en plus. La formation continue des professionnels via les EPU et les séminaires représenterait une solution adaptée aux professionnels. Des plaquettes informatives ou des affiches sont une autre possibilité de sollicitation régulière de l'attention sur le sujet.

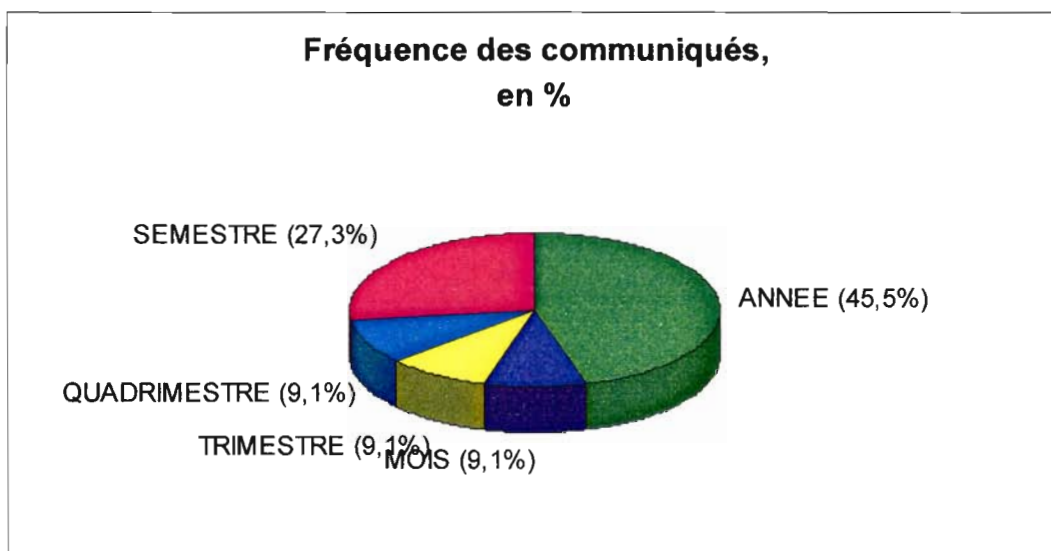
Les moyens sont définis, mais quelle fréquence est nécessaire pour que le sujet soit une préoccupation permanente ?

9.3 Fréquence des communiqués

Les trois quarts des médecins n'ont pas répondu à cette question ouverte. Ce n'est pas faute de temps puisqu'ils se sont donnés la peine de donner leur avis sur le moyen. En revanche, il est possible qu'ils n'aient pas la moindre idée de la fréquence de répétition du communiqué qu'il leur est nécessaire afin de maintenir en mémoire vive les informations. Certains, en revanche, se sont exprimés, le graphique ci-dessous ne tient compte que de ceux-ci.

Fréquence	ANNEE	MOIS	TRIMESTRE	QUADRIMESTRE	SEMESTRE	NON EXP
HOMME	5	1	1	1	3	33
FEMME	2	0	0	0	0	12
TOTAL	7	1	1	1	3	45

-143-



-144-

Ainsi, le communiqué annuel est majoritairement le plus demandé, suivi par une information semestrielle. Certains praticiens souhaitent des communiqués encore plus fréquents tel que mensuellement.

9.4 Conclusion

Les médecins généralistes sont des partenaires particuliers de la prise en charge de la maltraitance des enfants. Pourtant, ils souffrent d'un manque de savoir sur le sujet et sont à l'unanimité, demandeurs d'une information adaptée à leur situation privilégiée vis-à-vis du signalement. Les campagnes grand public les touchent insuffisamment, ne sont pas assez exhaustives et appropriées. Ainsi, cette question nous a permis de mettre en évidence leur souhait d'une information adaptée, dans l'objectif d'une communication, apparue défaillante, entre ces professionnels et les structures administro-judiciaires de la Protection de l'Enfance.

D. Expérience personnelle

Cette partie du questionnaire est plus personnelle. Elle a pour objectif d'évaluer la pratique réelle des médecins, leurs témoignages des situations de maltraitance sont également rapportés.

1. Travail en collaboration avec le service PMI : question D1

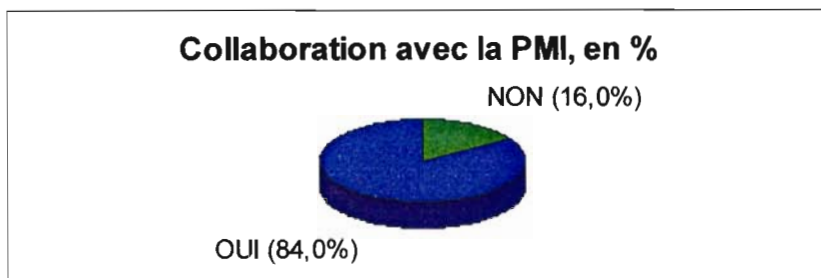
1.1 Généralités

Le choix du service de P.M.I. est, avant-tout, intuitif. Il paraissait vraisemblable que les médecins, quels que soient leur lieu d'exercice ou leur expérience professionnelle, communiquaient ou, au minimum, avaient connaissance du service de PMI de leur secteur, grâce en particulier aux certificats médicaux obligatoires.

Une très grande majorité (cf. tableau 145) des praticiens ont déjà travaillé avec la PMI de leur secteur. Cette collaboration était prévisible car 73 % de ce même échantillon est capable de définir les rôles cette structure de proximité (cf. question C4).

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	6	36	42
Femme	3	11	14
Total	9	47	56
Effectif manquant =2			

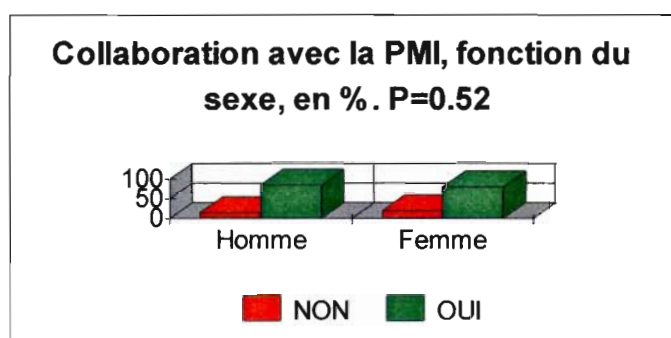
-145-



-146-

En revanche, cette relation n'a jamais existé pour 16 % d'entre eux. Les recueils d'effectif à cette question en fonction des différents paramètres tels que le sexe, le lieu d'exercice ou encore les années d'expérience, vont permettre d'élaborer une ébauche du profil du médecin coopérateur.

1.2 Travail avec la PMI en fonction du déterminant sexuel



-147-

Il n'existe aucune différence statistique de collaboration entre la PMI et les médecins en fonction du sexe [Test statistique n°15].

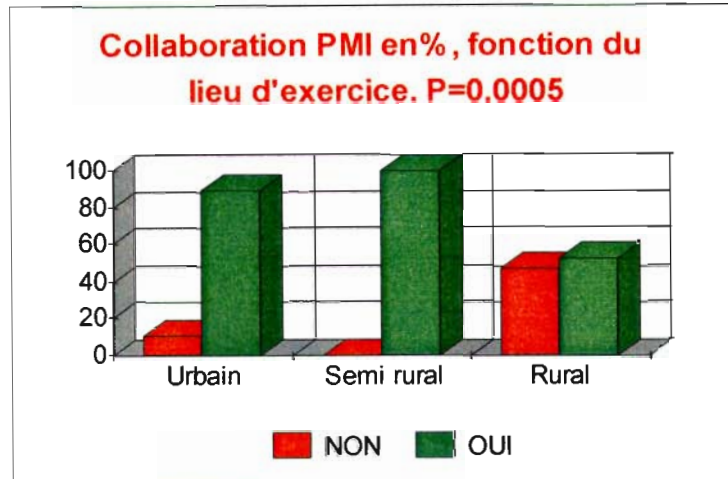
1.3 Travail avec la PMI en fonction du lieu d'exercice

Une de nos hypothèses avant l'exploitation des réponses au questionnaire, était de croire à un rapprochement entre le médecin de campagne et les structures de la Protection de l'Enfance du secteur, favorisé par l'éloignement des centres hospitaliers. L'hypothèse est erronée. L'isolement du médecin de campagne est total, comme nous l'a montré les résultats des questions de la partie © précédente.

Les effectifs obtenus sont les suivants, mis en relief par l'histogramme (148).

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	2	16	18
Semi rural	0	23	23
Rural	7	8	15
Total	9	47	56
Effectif manquant =2			

-148-



-149-

Ces résultats confirment notre erreur d'hypothèse.

Il existe, bel et bien, une différence significative au seuil alpha de 0.05 en fonction du lieu d'exercice(P=0.0005) [Test statistique n°47] La moitié des médecins de campagne déclarent ne jamais avoir travaillé en partenariat avec la PMI. Cet effectif rural représente les trois quarts des médecins n'ayant jamais travaillé avec les centres de PMI.

Les explications sont :

- une représentativité du milieu rural plus faible par rapport aux deux autres milieux ;
- un vieillissement de la population rurale : les deux tiers des praticiens ruraux exercent depuis plus de quinze ans contre la moitié des médecins semi-ruraux et la moitié des médecins urbains ;
- une sensibilité moindre à la maltraitance : les trois quarts des praticiens ruraux travaillent depuis plus de quinze ans, période précédant la prise de conscience du phénomène.

S'il est vrai que la maltraitance est reconnue comme telle depuis 1980, les mesures marquantes datent seulement des années 1990 avec une mise en place progressive de la protection infantile. Les médecins exerçant à la campagne professaient, pour une large majorité d'entre eux, avant cette prise de conscience. C'est pourquoi il est légitime de croire que leur sensibilité au problème de la maltraitance est moindre et ce, d'autant plus que les médecins semblent être imperméables aux campagnes d'information. Nous avons, dans les chapitres précédents, mis en relief une utilisation plus importante des dérogations par cette

population rurale, mais elles n'ont pas pour objet la protection d'un mineur. Cependant, ni le doute ordinal (statistiquement significatif par rapport à leurs collègues) ni la méconnaissance des structures administro-judiciaires sont des préoccupations. L'hypothèse explicative est triple :

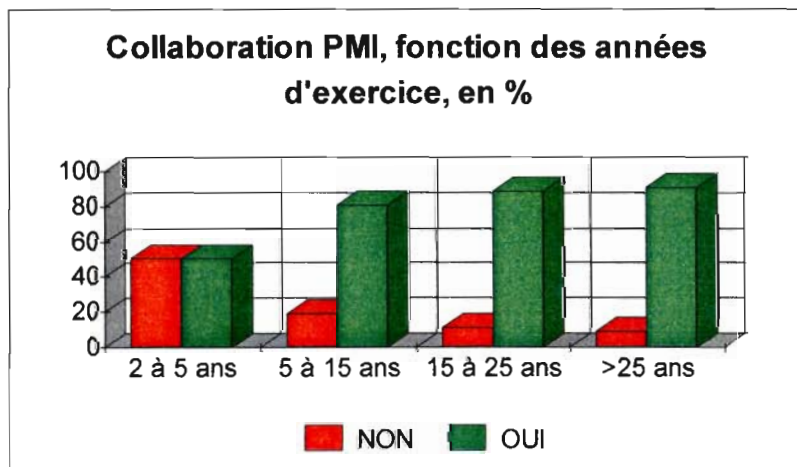
- soit la vie à la campagne protège de la maltraitance,
- soit ces praticiens utilisent d'autres structures, d'autres moyens,
- soit ces médecins appréhendent d'effectuer les démarches.

Les raisons peuvent être multiples, et font l'objet des questions ultérieures.

1.4 Travail avec la PMI en fonction des années d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	3	3	6
5 à 15 ans	3	16	19
15 à 25 ans	2	17	19
>25 ans	1	11	12
Total	9	47	56
Effectif manquant =2			

-150-



-151-

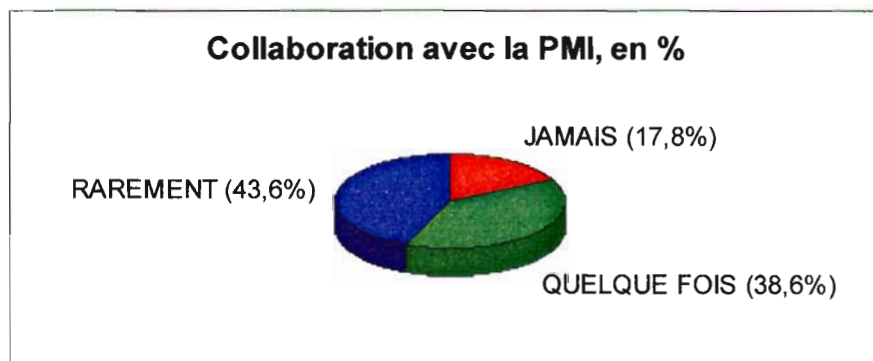
Il n'existe pas de différence significative [Test statistique n°78]. Il est préférable de croire que les jeunes médecins ont eu moins d'occasion de rencontrer des situations d'enfant en danger, que de penser qu'ils ne les ont pas repérées ou encore qu'ils n'ont pas agi, faute de connaissance de la Protection Materno-Infantile.

1.5 Fréquence de collaboration entre les médecins et la P.M.I.

1.5.1 Généralités

La coopération réitérée entre les médecins de famille et la PMI prouve l'attention que portent ces derniers à la problématique de l'enfance en danger. Il est également intéressant de se demander s'il existe une sous-catégorie de médecins plus disposés à travailler avec le service de PMI.

Fréquence	HOMME	FEMME	TOTAL
SOUVENT	0	0	0
JAMAIS	7	3	10
QUELQUE FOIS	17	5	22
RAREMENT	19	6	25
NON EXP.	1	0	1
TOTAL	44	14	58

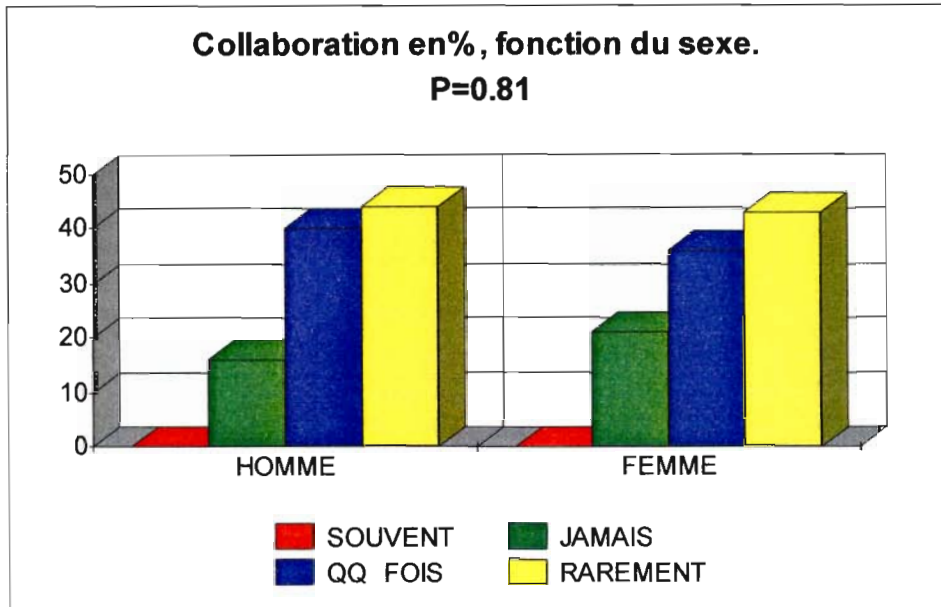


Nous retrouvons notre population qui n'a jamais travaillé avec les services de PMI. Il n'apparaît pas de sous-catégorie ayant eu « souvent » recours à la PMI. Les médecins se répartissent, à part quasi égale, entre une collaboration rare et une collaboration un peu plus fréquente.

1.5.2 Collaboration en fonction du déterminant sexuel

Il n'existe aucune différence entre les hommes et les femmes [Test statistique n°31].

Chacune des sous-catégories de fréquence de collaboration est représentée dans les mêmes proportions pour les hommes et pour les femmes (154).



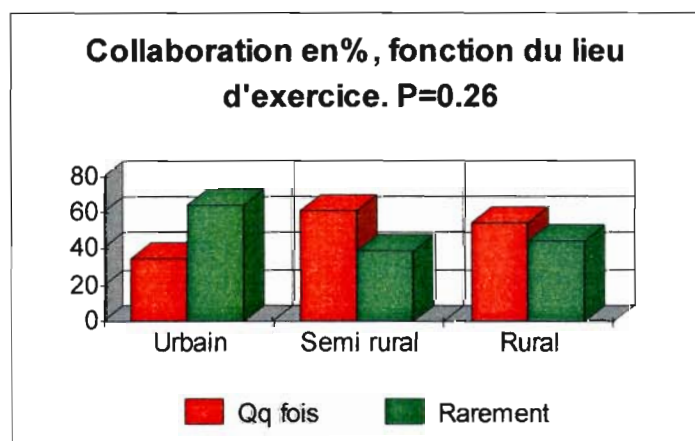
-154-

1.5.3 Collaboration en fonction du lieu d'exercice

Cette représentation est primordiale, compte tenu des conclusions précédentes quant à la défection du monde rural dans les relations avec les services de PMI.

Effectif	Qq fois	Rarement	Total
Urbain	6	11	17
Semi rural	14	9	23
Rural	6	5	11
Total	26	25	51
Effectif manquant = 7			

-155-

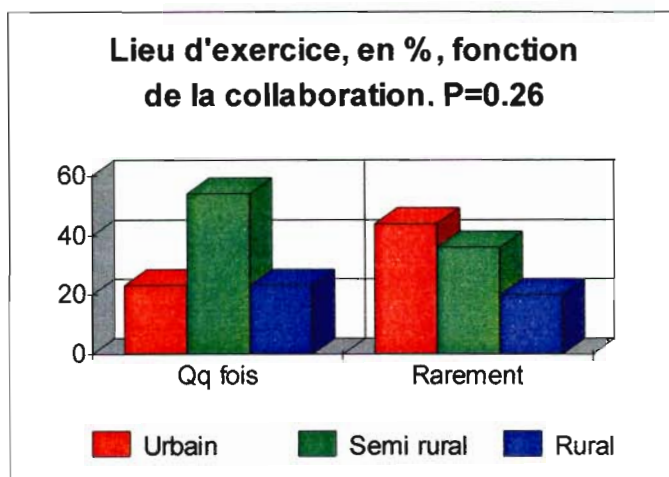


-156-

Statistiquement, il n'existe pas de différence [Test statistique n°62]. Par ailleurs, nous notons une certaine tendance que nous supposons déjà. Près des deux tiers des médecins

de ville avouent travailler très rarement avec le service de PMI du secteur alors que la tendance est inverse pour les deux autres catégories.

L'histogramme (157) représente la proportion de chaque milieu à l'intérieur des sous-catégories de fréquence.



-157-

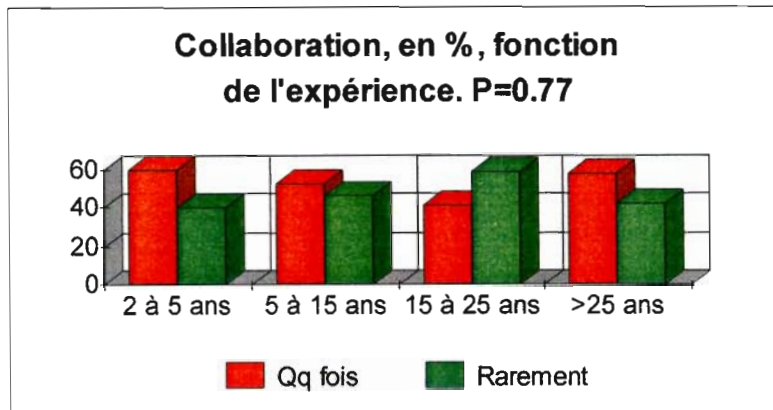
Plus clairement, nous remarquons que la proportion du milieu urbain est plus importante dans la sous-catégorie « rarement » alors que le milieu semi-rural est sur-représenté dans la sous-catégorie « quelque fois ». Quant au milieu rural, les proportions sont comparables. Les médecins de campagne confirment, en quelque sorte, leur infinitésimale collaboration avec la PMI lorsqu'un enfant est en danger.

1.5.4 Collaboration en fonction des années d'exercice

En fonction des effectifs suivants, nous en déduisons qu'il n'existe pas de relation significative [Test statistique n°92] entre l'expérience professionnelle du médecin et son partenariat avec la PMI de son secteur, pour la protection d'un mineur.

Effectif	Qq fois	Rarement	Total
2 à 5 ans	3	2	5
5 à 15 ans	9	8	17
15 à 25 ans	7	10	17
>25 ans	7	5	12
Total	26	25	51
Effectif manquant = 7			

-158-



-159-

1.5.5 Conclusion

- ❖ Aucun facteur ne modifie significativement les résultats. Pourtant, il est intéressant de s'arrêter sur le paramètre géographique. Ainsi, 18 % des médecins n'ont jamais collaboré avec les services de PMI dans le cadre de la maltraitance à enfants ; parmi eux, une majorité de praticiens ruraux qui n'ont pas plus recours au service de PMI que leurs collègues.
- ❖ La catégorie des médecins semi-ruraux (population comprise entre deux milles et dix milles habitants) est celle qui exploite le plus cette filière. Il faut préciser que les centres de PMI sont implantés sur l'ensemble du territoire départemental et en particulier dans les bourgades, ce qui facilite la coopération.
- ❖ Quant aux praticiens des agglomérations de plus de dix milles habitants, ils travaillent rarement avec la PMI. Cette sous-catégorie privilégie d'autres moyens dont les centres hospitaliers et pourquoi ne pas supposer également la filière judiciaire ou encore la cellule enfance maltraitée. L'information est le sujet des chapitres ultérieurs.

1.6 Initiative de la collaboration entre les médecins et la P.M.I.

1.6.1 Généralités

Le manque de communication entre les différents partenaires a été démontré dans les chapitres B et C de la partie analytique. Certains déploraient simplement le fait de ne pas connaître les coordonnées des structures, c'est pourquoi cette question, qui a pour objectif de mettre en relief l'initiateur de la relation, a lieu d'être.

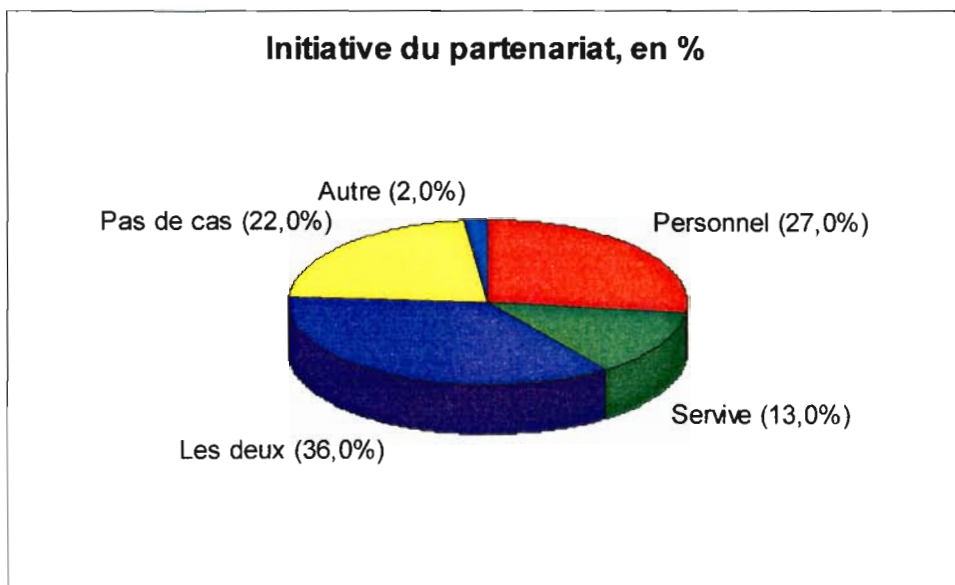
Globalement les réponses sont les suivantes :

Fréquence	HOMME	FEMME	TOTAL
A VOTRE DEMANDE	8	3	11
SERVICE	6	0	6
LES DEUX	11	5	16
AUTRE	0	1	1
NON EXP.	12	2	14
PAS de CAS	7	3	10
TOTAL	44	14	58

-160-

Les camemberts « pas de cas » et « autres » représentent les médecins qui n'ont jamais été confronté à une situation de maltraitance ainsi qu'une femme qui exerce à Nancy depuis plus de quinze ans. Elle a demandé de l'aide à la PMI de son secteur mais « aucun aboutissement à sa demande », c'est pourquoi elle signale dorénavant systématiquement à la CEMA.

La représentation type camembert révèle que un tiers des relations sont à l'instigation de l'un ou l'autre des partenaires, ce qui laisse supposer que le nombre de situations rencontrées est multiple. Il aurait été intéressant de demander qui, lors du premier partenariat, avait pris l'initiative du contact. Un quart des praticiens est à l'instigation du partenariat contre 13 % de sollicitation par le service de PMI.



-161-

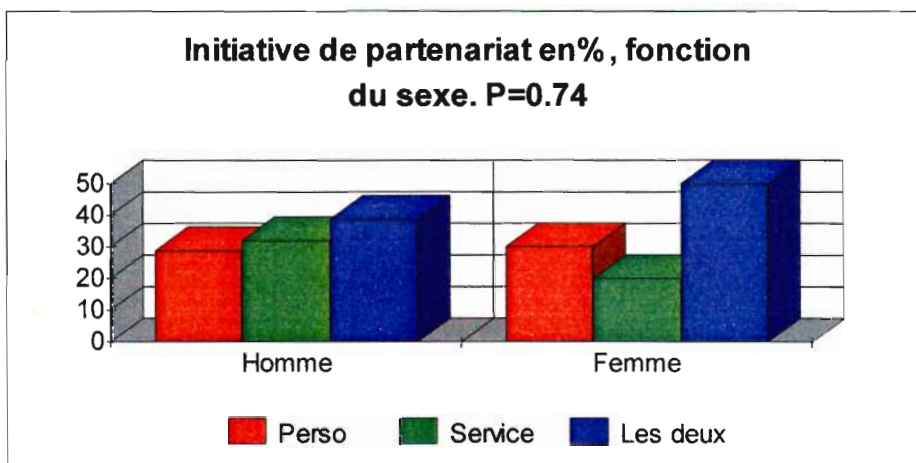
1.6.2 Initiative en fonction du déterminant sexuel

Dorénavant nous ne considérerons que les cas où le partenariat a eu lieu, nous obtenons les effectifs suivants :

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	Perso	Service	Les deux	Total
Homme	8	9	11	28
Femme	3	2	5	10
Total	11	11	16	38
Effectif manquant=	20			

-162-



-163-

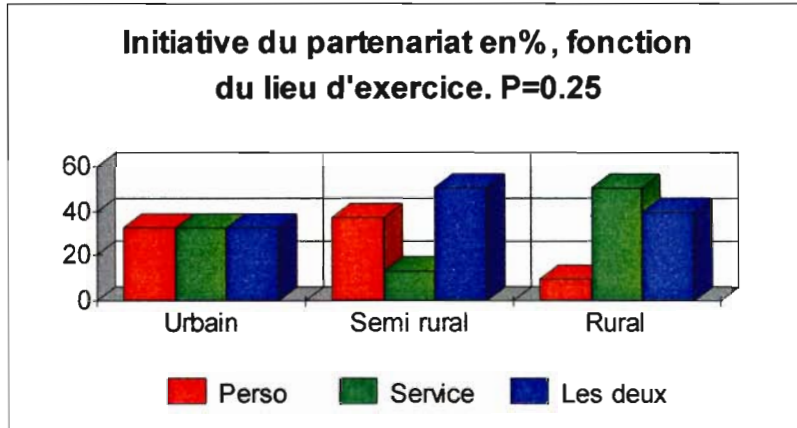
Les résultats sont comparables d'une catégorie à l'autre, il n'existe pas de différence significative [Test statistique $n^{\circ}32$]. La petite marge remarquée au niveau du « service » pour les femmes est compensée par celle retrouvée dans la sous catégories « les deux ». L'explication en est simple : les femmes ont pris l'initiative d'un partenariat autant que les hommes mais en plus, elles ont rencontré pour certaines plusieurs cas d'enfant en difficulté pour les quelles plusieurs collaborations avec la PMI ont été nécessaires, d'où cette perception de décalage.

1.6.3 Initiative du partenariat en fonction du lieu d'exercice

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	Perso	service	Les deux	Total
Urbain	4	4	4	12
Semi rural	6	2	8	16
Rural	1	5	4	10
Total	11	11	16	38
Effectif manquant =	20			

-164-



-165-

Il faut tenir compte du fait que la catégorie « Les deux » représente plusieurs cas de maltraitance rencontrés par un même médecin et pour les quels le partenariat s'est effectué soit sur l'initiative du médecin en question, soit sur l'initiative du service de PMI.

Le premier constat est la pauvreté du nombre de partenariat dû au médecin de campagne. Seuls 10 % d'entre eux ont eu l'initiative de la collaboration alors que la majorité des collaborations est à l'instigation de la PMI. Les initiatives des praticiens semi-ruraux et citadins sont équivalentes soit environ un tiers. Le milieu semi-rural sollicite globalement plus les structures de PMI que les autres milieux, les partenariats multiples sont plus fréquents également.

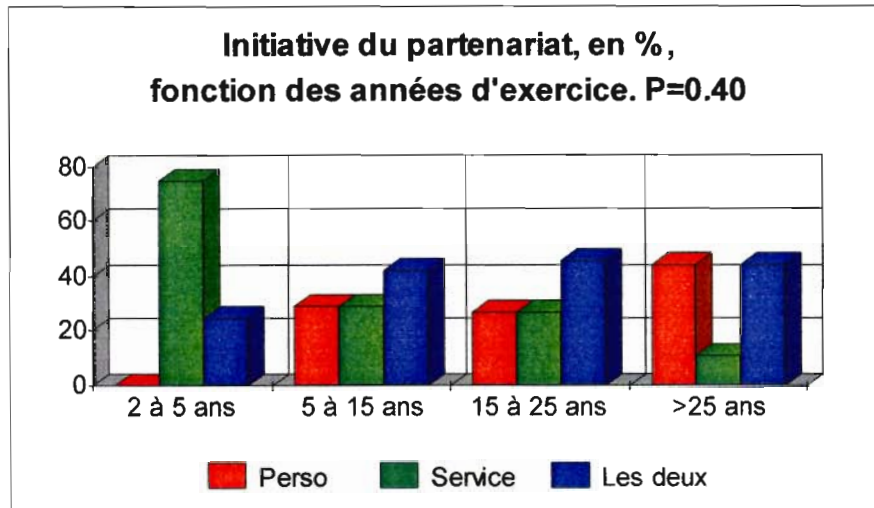
Toutefois, compte tenu des faibles effectifs, il n'existe pas de relation significative en fonction du lieu géographique d'exercice professionnel [Test statistique n°63].

1.6.4 Initiative en fonction des années d'exercice

Nous obtenons :

Effectif	Perso	Service	Les deux	Total
2 à 5 ans	0	3	1	4
5 à 15 ans	4	4	6	14
15 à 25 ans	3	3	5	11
>25 ans	4	1	4	9
Total	11	11	16	38
Effectif manquant = 20				

-166-



-167-

Statistiquement il n'existe pas de différence significative en fonction des années d'exercice [Test statistique n°93]. Cependant, nous pouvons une nouvelle fois regretter la faible représentation de certaines tranches dont les plus jeunes installées. En effet, une tendance se dessine, il faudrait la confirmer. Le premier partenariat pour lutter contre la maltraitance des enfants est sur l'initiative de la PMI pour une très grande majorité, ce qui confirme le fait que les jeunes médecins se sentent démunis face à une situation d'enfant en difficulté par méconnaissance des structures ou simplement des coordonnées de celles-ci.

Le second constat concerne les médecins les plus expérimentés qui sont plus à l'origine de l'initiative de la collaboration que leurs collègues. Il faut se souvenir que cette classe de praticiens exerce pour 80 % d'entre eux en milieu non-rural.

1.7 Conclusion

L'objectif de cette question est atteint. Les praticiens déplorent un manque d'information concernant la prise en charge d'un enfant à risque de maltraitance, en particulier du fait d'une méconnaissance des structures d'aide à l'enfance. Le service de protection materno-infantile est le plus connu des professionnels de santé interrogés. C'est pourquoi, les résultats peuvent être étendus à l'ensemble des structures.

Deux constats sont édifiants. Les jeunes médecins installés ne prennent que peu l'initiative d'un premier partenariat or comme leurs aînés, ils connaissent essentiellement la PMI. Par conséquent, si cette structure n'est pas au courant du cas d'un enfant en difficulté, il faut espérer que le médecin ne taira pas ses doutes par manque de connaissance des autres

structures et ne s'abstienne de signaler ! De même, les praticiens ruraux sont moins sur l'initiative du partenariat que leurs collègues.

2. Crainte du signalement : question D2

2.1 Généralités

La question posée aux médecins de famille a pour but de préciser s'ils craignent davantage les conséquences administro-judiciaires du signalement pour l'enfant et sa famille que les conséquences de la maltraitance sur l'enfant et son avenir.

Pourrions-nous imaginer que certains médecins sacrifient le mineur en danger afin de protéger, en quelque sorte, l'équilibre de la famille ? En s'abstenant de signaler, le praticien ne déclenche pas les mesures administro-judiciaires qui peuvent provoquer une rupture de l'équilibre familial, voire le démantèlement d'une famille, même si la maltraitance n'a pas lieu dans la cellule familiale.

Les résultats à cette question sur l'appréhension u signalement sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	22	14	36
Femme	5	5	10
Total	27	19	46
Effectif manquant = 12			

-168-



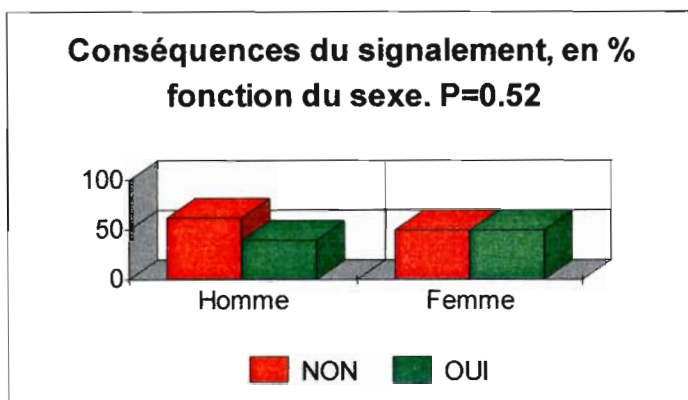
-169-

Douze médecins se sont abstenus de donner leur avis sur cette question, ils correspondent à un cinquième de notre échantillon ; c'est pourquoi nous nous attarderons sur leur profil pour essayer de comprendre leur abstention.

Un peu moins de la moitié des médecins craignent plus les conséquences du signalement que les conséquences sur l'individu isolé. Cela représente un fameux frein au signalement et, sans doute, une des causes du faible pourcentage de signalement effectué par les médecins !

2.2 Peur des conséquences du signalement en fonction du déterminant sexuel

Le déterminant sexuel sous-entend la sensibilité psychologique différente, sentée existée entre les hommes et les femmes. Malgré cela, il n'existe aucune relation significative entre la crainte du signalement et le caractère masculin ou féminin du médecin [Test statistique n°16].



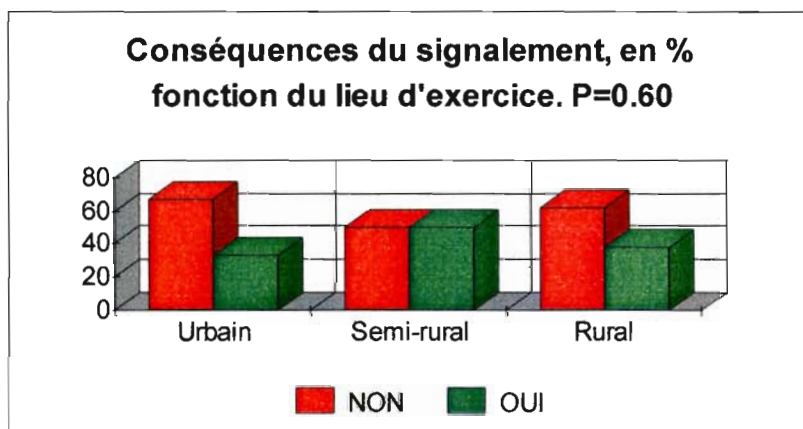
-170-

2.3 Peur des conséquences du signalement en fonction du lieu d'exercice

Dans ce cadre également, aucune différence significative n'est mise à jour [Test statistique n°48]. Les médecins de campagne considérés comme médecins de famille davantage que leurs homologues, ne craignent pas plus les conséquences d'un signalement sur l'ensemble du noyau familial et de la communauté.

Lieu	Csqce		Total
	NON	OUI	
Effectif			
Urbain	10	5	15
Semi-rural	9	9	18
Rural	8	5	13
Total	27	19	46
Effectif manquant = 12			

-171-



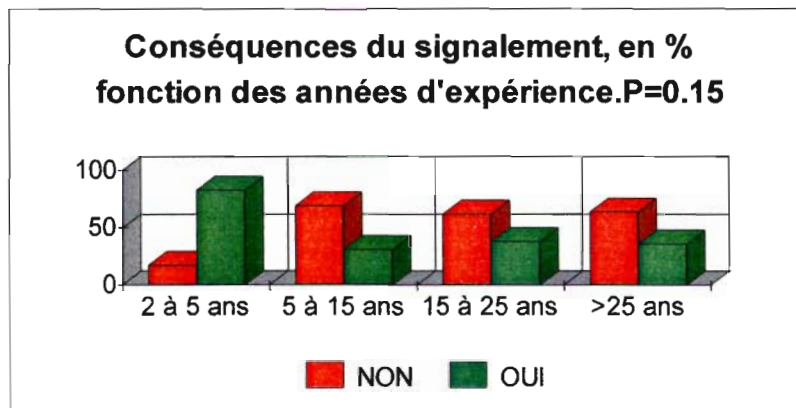
-172-

2.4 Peur des conséquences du signalement en fonction des années d'exercice

Il n'existe aucune différence significative [Test statistique n°79], pour les trois sous-catégories 5-15 ans, 15-25 ans et plus de 25 ans. L'effectif des jeunes médecins installés est trop faible pour être pris en considération. C'est pourquoi, seule une supposition peut être exprimée : les jeunes médecins appréhendent davantage les conséquences du signalement que leurs aînés. Il est probable que leur peur a des raisons multiples dont celles de perdre le suivi d'une famille, de se faire une réputation au sein d'une clientèle non encore fidélisée. Les questions suivantes portent sur ces motifs, alors nous examinerons plus attentivement cette jeune population professionnelle.

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	1	5	6
5 à 15 ans	11	5	16
15 à 25 ans	8	5	13
>25 ans	7	4	11
Total	27	19	46
Effectif manquant = 12			

-173-



-174-

2.5 Conclusion

41 % des médecins généralistes interrogés appréhendent une situation d'enfant en danger, non pas en fonction des conséquences pour le mineur en question, mais en fonction des conséquences sur la famille voire la collectivité des mesures administro-judiciaires déployées.

Cette crainte est indépendante des paramètres variables que sont le sexe, le lieu d'implantation du cabinet médical et l'expérience professionnelle. Toutefois, la tendance serait plus prononcée chez les jeunes docteurs en médecine.

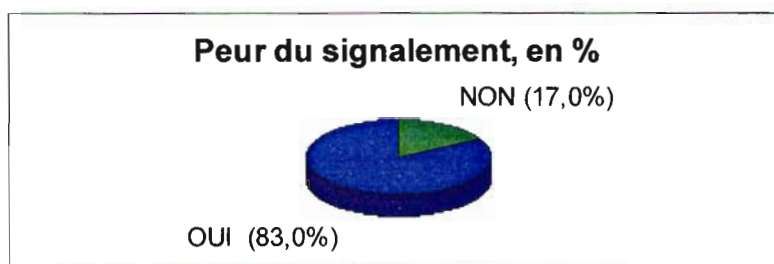
3. Appréhension du signalement : question D3

3.1 Généralités

Ce chapitre définit clairement la proportion des médecins qui appréhendent le signalement, quel que soit le motif de cette crainte. L'ensemble des médecins a donné son avis et nous obtenons :

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	7	37	44
Femme	3	11	14
Total	10	48	58

-175-

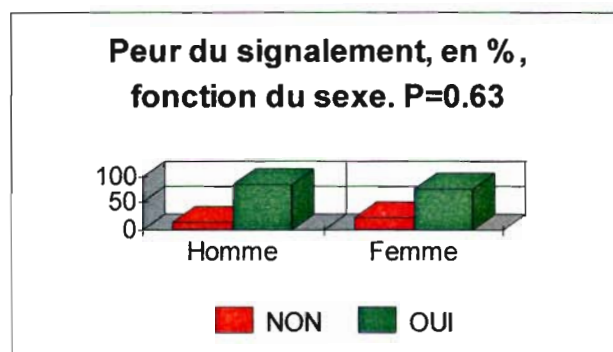


-176-

Une très grande majorité des généralistes appréhendent le signalement et comme toutes les peurs, il est difficile de la surmonter sans aide.

3.2 Peur du signalement en fonction du déterminant sexuel

La différence légendaire de psychologie entre les hommes et les femmes n'a aucune conséquence sur l'appréhension du signalement [Test statistique n°17], comme l'illustre l'histogramme (177).



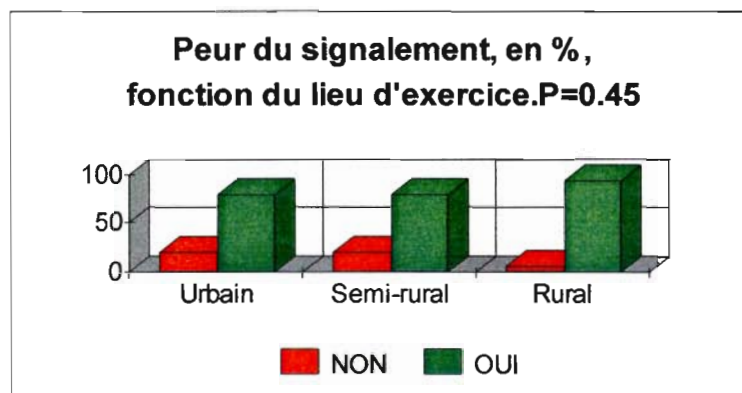
-177-

3.3 Peur du signalement en fonction du lieu d'exercice

Les effectifs sont ceux du tableau (178), avec l'illustration graphique :

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	4	15	19
Semi-rural	5	19	24
Rural	1	14	15
Total	10	48	58

-178-



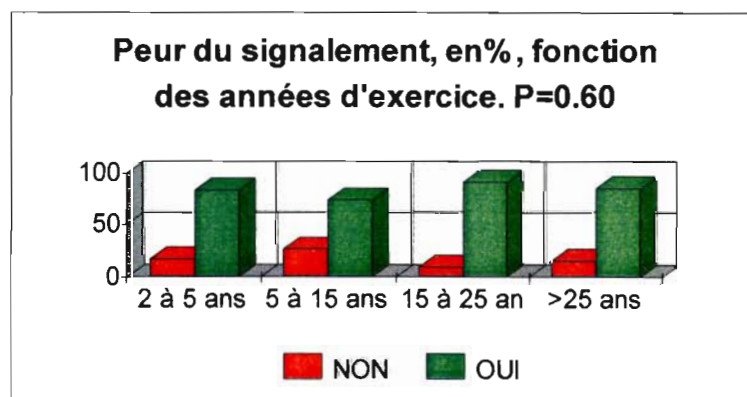
-179-

Les résultats sont comparables, sans différence significative [Test statistique n°49]. En revanche, les médecins généralistes exerçant en milieu rural sont plus nombreux à craindre un signalement. La proximité de vie et la notion de médecin de famille conditionnent probablement cette peur. Les faits et gestes d'un médecin de campagne sont moins anonymes que ceux d'un médecin de ville. Il n'est donc pas étonnant qu'ils craignent davantage le signalement et ses conséquences.

3.4 Peur du signalement en fonction des années d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	1	5	6
5 à 15 ans	5	14	19
15 à 25 ans	2	18	20
>25 ans	2	11	13
Total	10	48	58

-180-



-181-

L'expérience ne met pas à l'abri de cette appréhension. Il n'existe aucune différence significative entre ces médecins [Test statistique n°80].

3.5 Conclusion

Confronter une situation délicate telle que la maltraitance sans être confiant en soi est une gageure que moins de 1 % des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle ont surmontée en 1998. Il faut diminuer le degré de cette appréhension en améliorant la connaissance du sujet, sous toutes ses facettes. La crainte du signalement est primordiale dans son rôle de barrière à d'éventuels abus : il ne faut pas négliger les conséquences tant pour l'enfant que pour l'ensemble des personnes concernées. Toutefois, il ne faut pas que cette appréhension soit un frein à la prise en charge d'un enfant en danger. Un juste équilibre est indispensable à trouver.

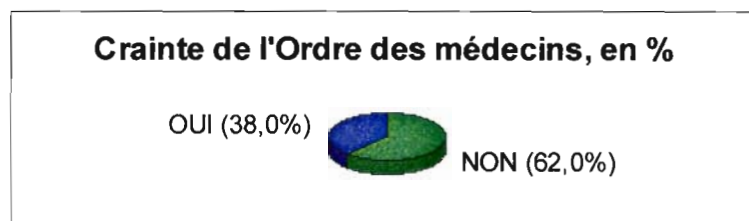
4. Crainte de l'Ordre des Médecins : question D4a

4.1 Généralités

Cette question doit mettre en relief une éventuelle crainte due à une mauvaise méthodologie du signalement. Cette interrogation peut paraître redondante à l'item B5, mais pour lequel, seuls les médecins ayant déjà été confronté à une situation d'enfant en danger, ont répondu. Dans le cadre de cette nouvelle question, ils sont tous invités à répondre. Les effectifs sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	23	15	38
Femme	8	4	12
Total	31	19	50
Effectif manquant = 8			

-182-



-183-

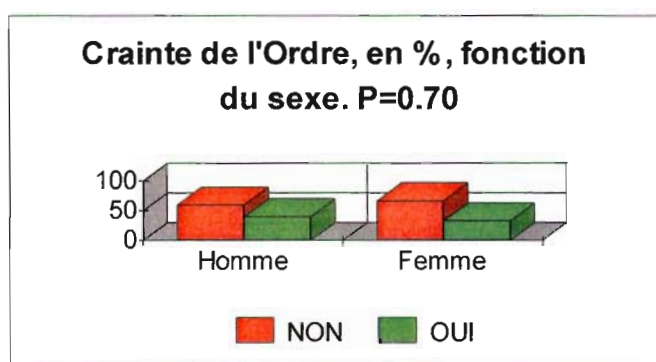
Ainsi, plus de la moitié des praticiens n'appréhendent pas le signalement du fait du Code de Déontologie. Le pourcentage de ceux qui répondent par l'affirmatif est comparable à celui de la question B5. Huit médecins se sont abstenus de répondre. Cinq d'entre eux ne s'étaient déjà pas exprimés à la question B5 et les trois autres avaient avoué leur doute quant à

leurs droits déontologiques, d'ailleurs pour deux d'entre aucune protection à enfant ne leur est due.

La peur d'une mauvaise interprétation du Code de Déontologie est-elle la cause du non-signalement ? Comment comprendre le silence des médecins concernant le Code de Déontologie ?

4.2 Crainte de l'Ordre des Médecins en fonction du déterminant sexuel

Il n'existe aucune relation entre l'appréhension de l'Ordre et le caractère féminin ou masculin du répondeur [Test statistique n°18].



-184-

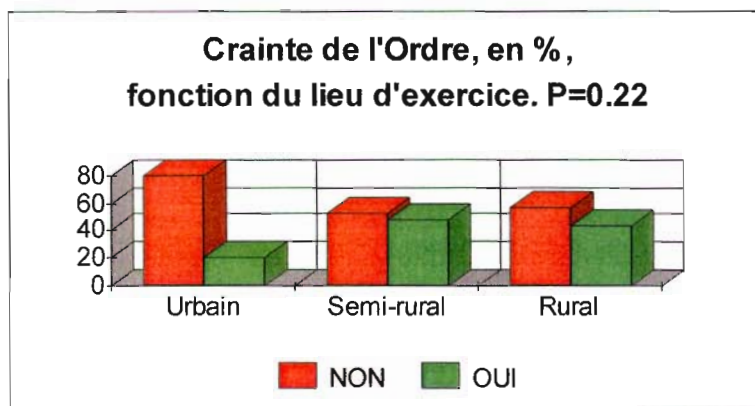
Un tiers des femmes et un peu plus d'hommes appréhende le signalement par crainte d'une méthodologie répréhensible par L'Ordre de la profession.

4.3 Crainte de l'Ordre des Médecins en fonction du lieu d'exercice

Alors que les réponses sont comparables dans les milieux rural et semi-rural, le milieu urbain se distingue. 80 % des médecins de ville n'appréhendent pas l'Ordre professionnel. Il faut toutefois signaler que quatre des médecins abstentionnistes exercent en ville, or trois d'entre eux avaient avoué leur crainte à la question B5. Par conséquent, en tenant compte de ces trois réponses, il serait un tiers dans la catégorie des « oui », soit un pourcentage équivalent aux pourcentages des deux autres sous-populations.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	12	3	15
Semi-rural	11	10	21
Rural	8	6	14
Total	31	19	50
Effectif manquant = 8			

-185-



-186-

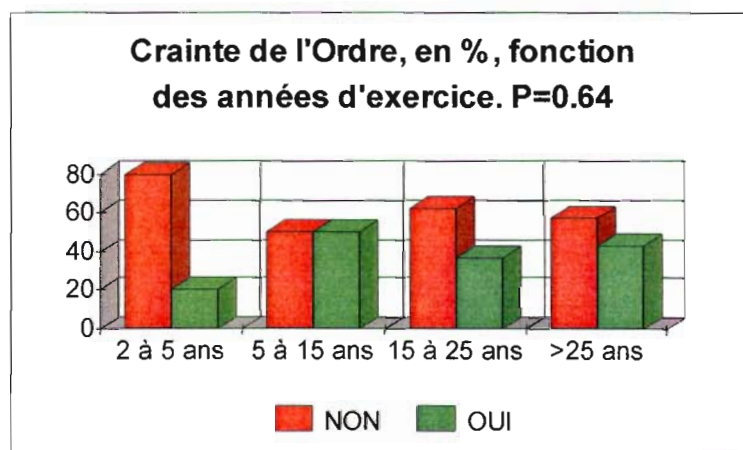
Il n'existe pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice professionnel [Test statistique n°50].

4.4 Crainte de l'Ordre des Médecins en fonction des années d'exercice

Statistiquement, il n'existe pas de différence significative, en fonction de l'expérience médicale [Test statistique n°81].

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	4	1	5
5 à 15 ans	7	7	14
15 à 25 ans	12	7	19
>25 ans	8	4	12
Total	31	19	50
Effectif manquant = 8			

-187-



-188-

Toutefois, il semblerait que les jeunes médecins soient plus sereins que les anciens vis-à-vis de leur Ordre. Mais leur effectif représentatif est trop faible pour pouvoir conclure. A noter que cinq des abstentionnistes appartiennent à la catégorie des « 5-15 ans ».

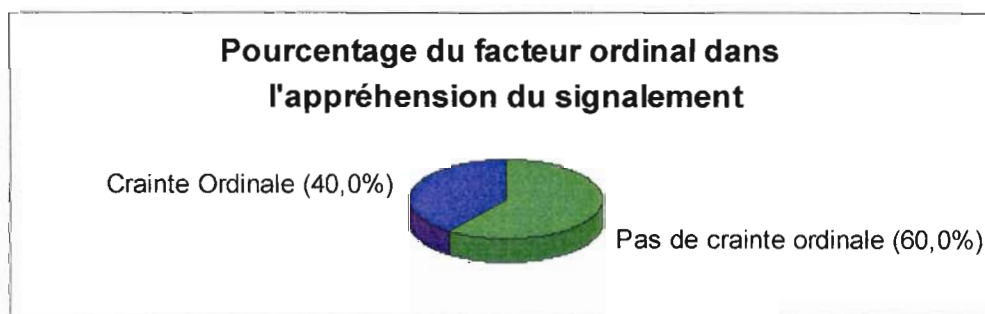
4.5 Conclusion

La crainte de signaler en inadéquation avec le Code de Déontologie et, en particulier, en faute par rapport aux articles concernant le devoir de secret professionnel, est une des causes de l'appréhension du signalement. Sa proportion est relative, elle existe chez un peu plus d'un tiers des médecins généralistes de notre échantillon de Meurthe-et-Moselle.

Il est intéressant de rechercher le degré de cette relativité. Cela revient à déterminer le pourcentage de médecins qui craignent leur Ordre parmi ceux qui appréhendent le signalement. Nous obtenons (189):

Effectif	Pas de crainte ordinale	Crainte Ordinale	Total
Pas peur	3	0	3
Peur	28	19	47
Total	31	19	50
Effectif manquant = 8			

-189-



-190-

Il n'existe pas de lien significatif entre l'appréhension du signalement et la crainte d'être en faute par rapport au Code de Déontologie [Test statistique n°100].

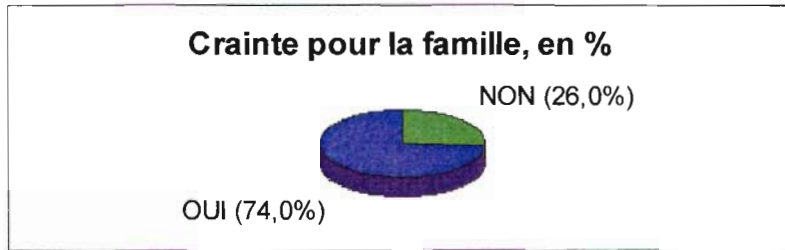
C'est la confirmation que la déontologie médicale et ses dérogations contribuent au malaise des médecins face à la maltraitance sans représenter le facteur déterminant.

5. Crainte pour la famille : question D4b

5.1 Généralités

41 % des médecins généralistes interrogés appréhendent une situation d'enfant en danger, non pas en fonction des conséquences pour le mineur en question, mais en fonction des conséquences des mesures administro-judiciaires déployées, sur la famille voire la collectivité (Cf. question D2). Tout signalement voire information signalante justifiée ou non entraînent des conséquences pour le noyau familial. La peur d'effectuer une démarche

erronée, de se tromper est une crainte légitime. Son degré est représenté par le graphique suivant (191):

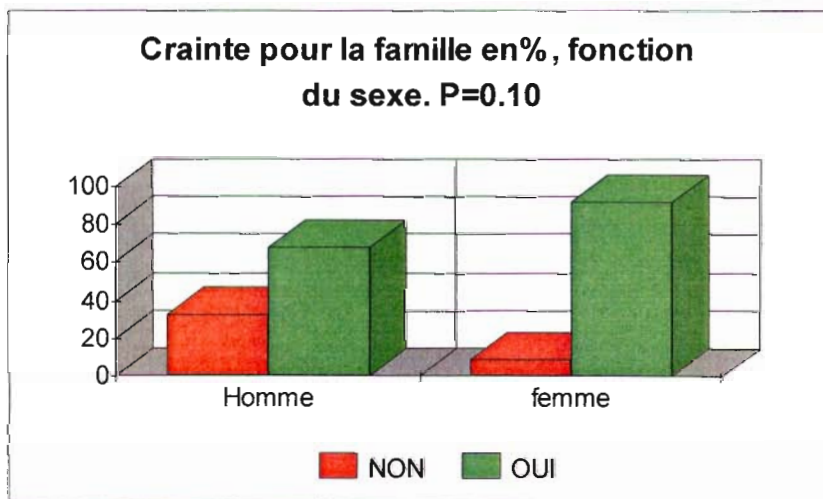


-191-

Une très grande majorité des médecins craignent pour l'équilibre de la famille.

5.2 Crainte pour la famille en fonction du déterminant sexuel

Tant les hommes que les femmes ont le souci de leurs actes sur l'équilibre d'une famille. Il n'existe aucune différence significative en fonction du sexe [Test statistique n°19]. Cependant la sensibilité dite féminine pointe le nez. En effet, si 92% des femmes appréhendent le signalement à cause des conséquences familiales, seul 68% des hommes ont la même crainte.



-192-

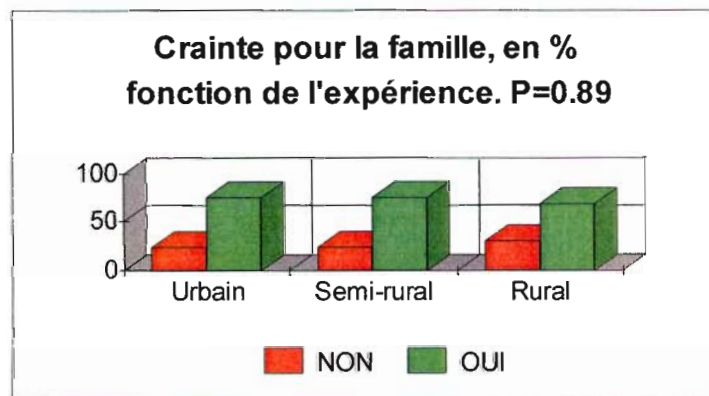
Malgré ces taux, la différence est non significative. De fait, la crainte de bouleverser une famille peut taire une situation d'enfant en danger et au contraire, une tendance trop interventionniste peut entraîner des dégâts là où il n'y a pas lieu.

5.3 Crainte pour la famille en fonction du lieu d'exercice

Il n'existe aucune relation entre le lieu d'exercice professionnel de la médecine et la crainte des conséquences du signalement pour la famille [Test statistique n°51], comme l'illustre l'histogramme (194).

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	4	12	16
Semi-rural	5	16	21
Rural	4	9	13
Total	13	37	50
Effectif manquant = 8			

-193-

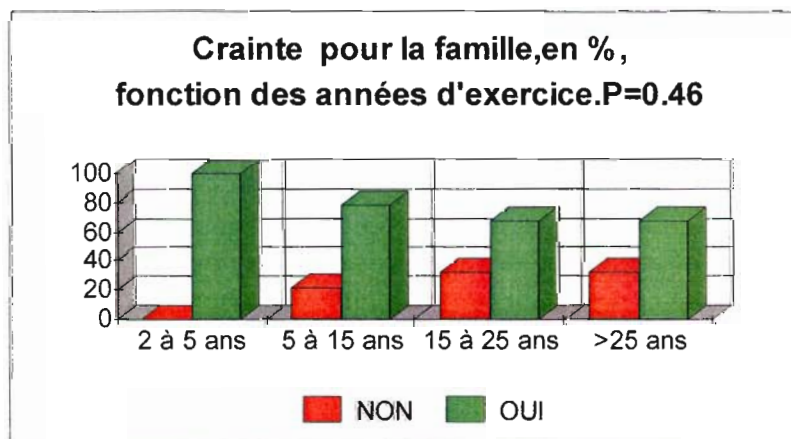


-194-

5.4 Crainte pour la famille en fonction des années d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	0	5	5
5 à 15 ans	3	11	14
15 à 25 ans	6	13	19
>25 ans	4	8	12
Total	13	37	50
Effectif manquant = 8			

-195-



-196-

Du fait des faibles effectifs, il n'est pas possible de mettre en évidence de différence significative, en fonction de l'expérience médicale [Test statistique n°82]. Toutefois, une tendance se dessine, les jeunes médecins dont la fidélité de la patientèle n'est pas acquise, craignent davantage que leurs aînés. D'ailleurs, l'appréhension va en crescendo depuis les praticiens les plus expérimentés aux jeunes médecins.

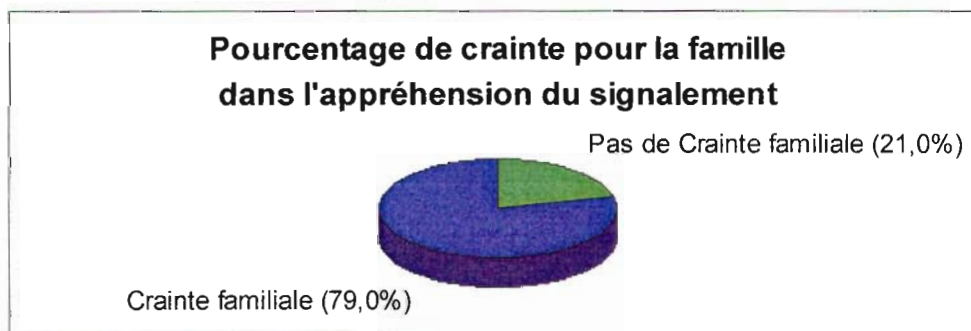
5.5 Conclusion

Une très grande majorité des médecins généralistes interrogés ont le souci de l'équilibre de la famille. Il leur est difficile, et c'est licite, d'effectuer un signalement. Cette crainte est indépendante des paramètres étudiés que sont le sexe, le lieu d'exercice et l'expérience professionnelle. Cependant des tendances pointent : les femmes et les jeunes médecins installés sont plus sensibles.

Il est intéressant de savoir si cette crainte de rompre l'équilibre familial est un facteur déterminant de l'appréhension du signalement. C'est l'objet du regroupement des effectifs suivants (tableau 197):

Effectif	Pas de Crainte familiale	Crainte familiale	Total
Pas peur	3	0	3
Peur	10	37	47
Total	13	37	50
Effectif manquant = 8			

-197-



-198-

Il existe une relation significative entre l'appréhension du signalement et la crainte d'endommager la vie de famille de l'enfant maltraité [Test statistique n°101]. Cette signification est lourde de conséquence car elle peut aboutir à une non-prise en charge d'un enfant en danger. La difficulté consiste donc à trouver une juste mesure entre le signalement abusif et une crainte paralysante, en considérant les conséquences de chaque alternative.

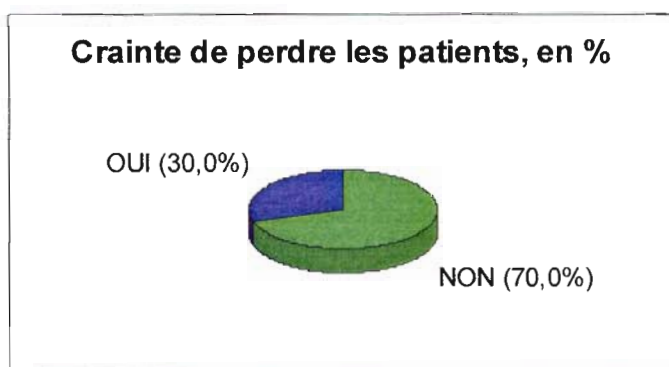
6. Crainte de perdre les patients : question D4c

6.1 Généralités

Une des éventualités, après un signalement effectué par le médecin généraliste, est le changement de praticien. Effectué par la famille, voire les proches de cette dernière. L'appréhension due à ce motif paraît futile au regard de la situation mais il ne faut pas omettre le pouvoir des commérages surtout lorsque ceux-ci sont détournés. Une famille peut accuser le médecin de faux témoignage ou colporter de fausses idées, sans que ce dernier puisse répondre ou se justifier, du fait de sa soumission au secret professionnel. Cette question a pour objectif de mesurer l'ampleur de cette appréhension. Les résultats sont ceux du tableau (199) avec l'illustration en graphique (200):

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	27	12	39
Femme	8	3	11
Total	35	15	50
Effectif manquant = 8			

-199-

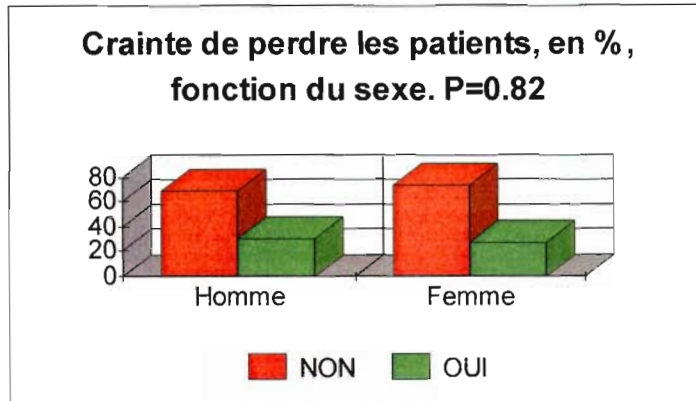


-200-

Les praticiens questionnés ne craignent pas pour leur réputation, un tiers seulement d'entre eux pensent à leur clientèle comme une clientèle à conserver. Il est probable que la déclinaison de cette question en fonction des paramètres habituels met en évidence une sous-population de praticien.

6.2 Crainte de perdre les patients en fonction du déterminant sexuel

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes [Test statistique n°20].



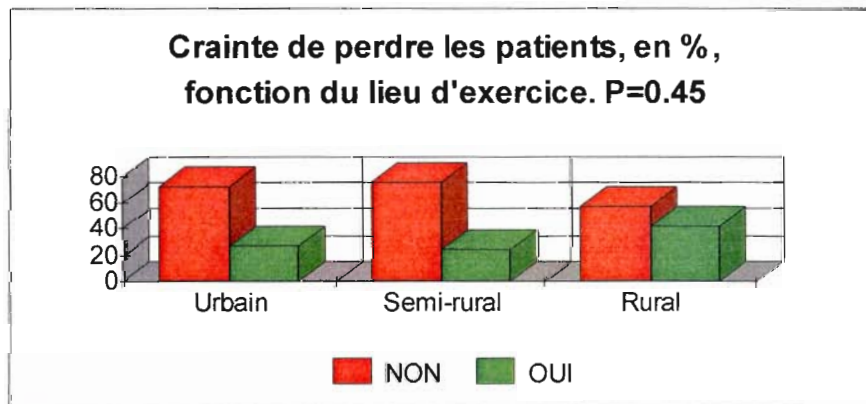
-201-

6.3 Crainte de perdre les patients en fonction du lieu d'exercice

Comme nous pouvions le supposer, les médecins ruraux, qui renvoient dans l'esprit de chacun, l'image des « médecins de famille » craignent davantage de perdre le suivi du foyer. Rien n'est anonyme à la campagne et une famille qui se plaint de bouleversement à cause du médecin, a toutes les chances d'être écoutée, et rappelons-le, le praticien lui, ne peut défendre sa position ou simplement expliquer la situation telle qu'il la perçoit. Heureusement, les campagnes de sensibilisation contre la maltraitance bénéficient au médecin dans la compréhension de ses démarches auprès de la population.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	11	4	15
Semi-rural	16	5	21
Rural	8	6	14
Total	35	15	50
Effectif manquant = 8			

-202-



-203-

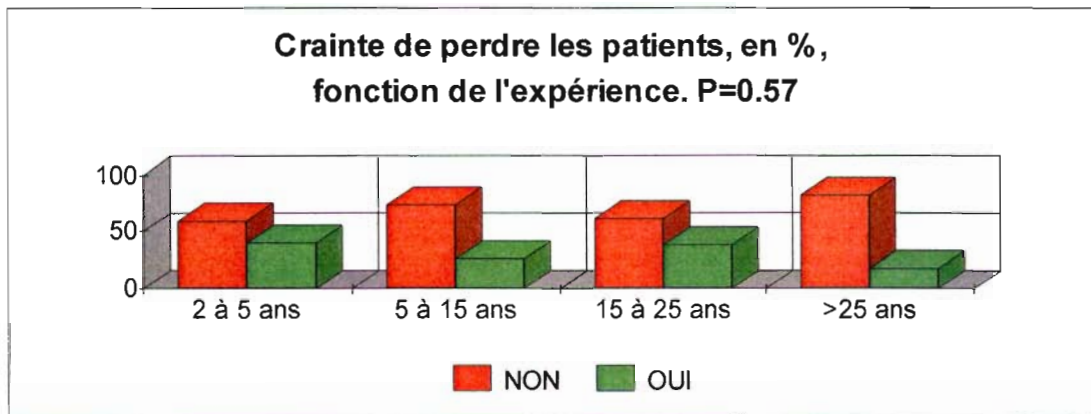
Toutefois, la différence n'est qu'une tendance, elle ne répond pas au critère de signification [Test statistique n°52].

6.4 Crainte de perdre les patients en fonction des années d'exercice

Les résultats sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	3	2	5
5 à 15 ans	11	4	15
15 à 25 ans	11	7	18
>25 ans	10	2	12
Total	35	15	50
Effectif manquant = 8			

-204-



-205-

Il n'existe pas de relation significative entre le degré d'expérience et la crainte de perdre le suivi de la famille [Test statistique n°83]. Toutefois, plus le médecin est connu depuis de longue date, plus il a la confiance et le respect de sa clientèle, et moins il craint de perdre quelques patients à l'inverse de ces jeunes confrères.

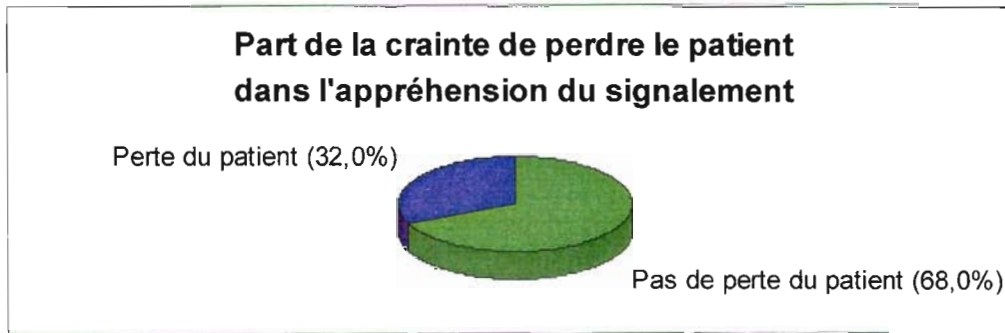
6.5 Conclusion

Il paraît évident qu'un jeune médecin installé dont la réputation est à faire et la clientèle non fidélisée, appréhende davantage de perdre le suivi d'une famille et parfois de ses proches. Perdre le suivi d'un patient n'est pas catastrophique en soi, tout dépend des circonstances.

Le tableau suivant (206) et son graphique représentent la part que recouvre cette crainte dans l'appréhension du signalement.

Effectif	Pas de perte du patient	Perte du patient	Total
Pas peur	3	0	3
Peur	32	15	47
Total	35	15	50
Effectif manquant = 8			

-206-



-207-

Ce facteur n'est pas statistiquement significatif [Test statistique n°102].

Le cas de maltraitance est particulier car si les personnes concernées peuvent à loisir déformer les faits voire accuser le médecin d'outrage, le professionnel médical quant-à lui est impuissant face à ces commérages, se devant de ne pas répondre sous peine d'être accusé de rompre le secret professionnel. De ce fait, il doit accepter la perte du suivi de certains patients.

7. Connaissance de la possibilité de garder l'anonymat : question D5

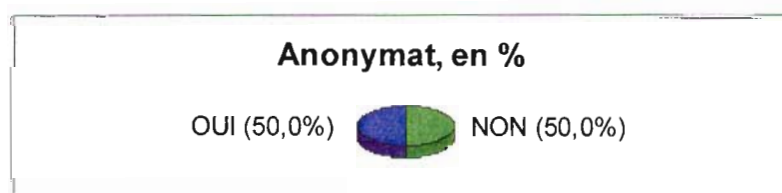
7.1 Généralités

Il est effectivement possible pour n'importe quel quidam d'effectuer un signalement de maltraitance d'enfant en gardant l'anonymat. Le médecin généraliste peut utiliser cette voie, mais il semble naturel de penser qu'une information signalante effectuée par un praticien est interprétée différemment qu'une même information sous X. Toutefois, cette possibilité permet au tiers des médecins, pour qui signaler un enfant risque d'entraîner une défection de clientèle, de signaler malgré leur appréhension.

Les résultats à cette question sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	24	20	44
Femme	5	9	14
Total	29	29	58

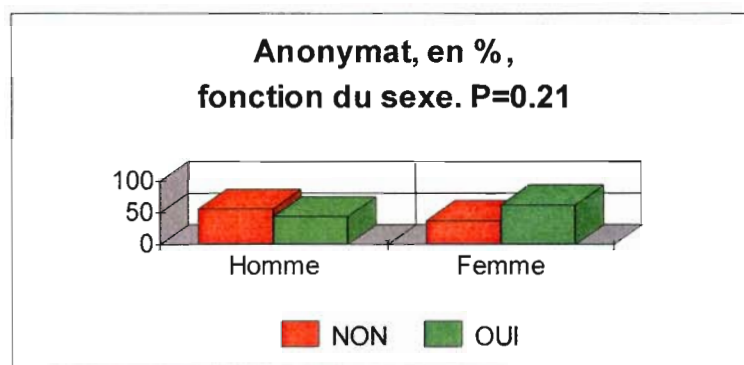
-208-



-209-

L'anonymat pour les professionnels de la santé est un concept mal connu. La moitié des personnes interrogées n'est pas au courant de cette possibilité.

7.2 Connaissance de la possibilité d'anonymat en fonction du déterminant sexuel
 Il n'existe pas de différence significative en fonction du sexe [Test statistique n°21].

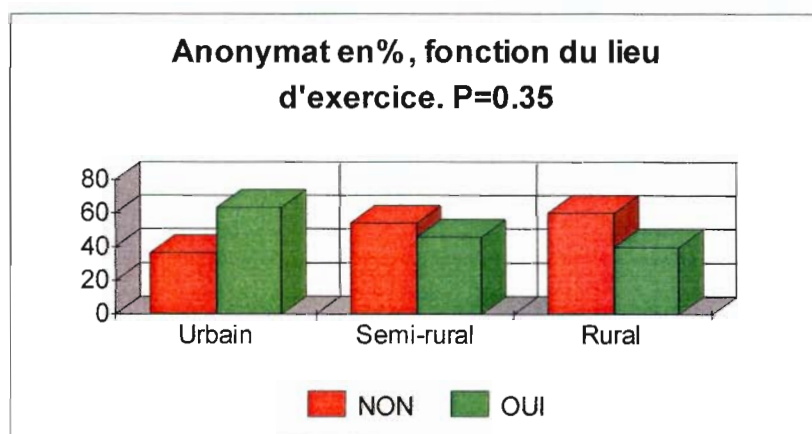


-210-

7.3 Connaissance de la possibilité d'anonymat en fonction du lieu d'exercice
 Là encore il n'existe pas de relation entre la connaissance de la possibilité d'un signalement anonyme et le lieu d'implantation du cabinet médical [Test statistique n°53], même si le milieu urbain semble être plus au courant que le milieu rural, sans que nous puissions en expliquer la raison.

Lieu	Anonymat		Total
	NON	OUI	
Effectif			
Urbain	7	12	19
Semi-rural	13	11	24
Rural	9	6	15
Total	29	29	58

-211-



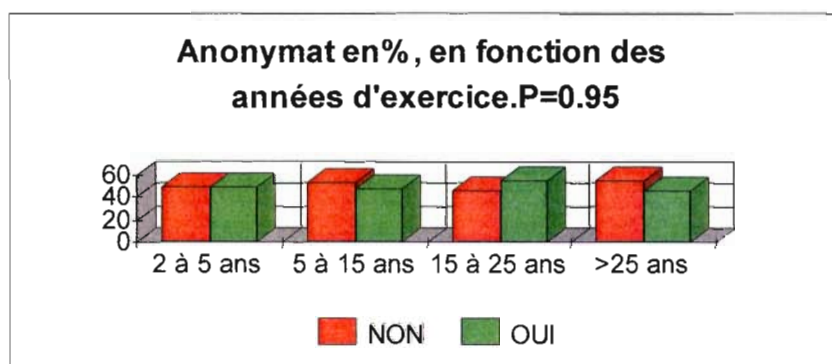
-212-

7.4 Connaissance de la possibilité d'anonymat en fonction des années d'exercice

Une nouvelle fois, les résultats sont comparables d'une catégorie de tranche d'âge à l'autre [Test statistique n°84].

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	3	3	6
5 à 15 ans	10	9	19
15 à 25 ans	9	11	20
>25 ans	7	6	13
Total	29	29	58

-213-



-214-

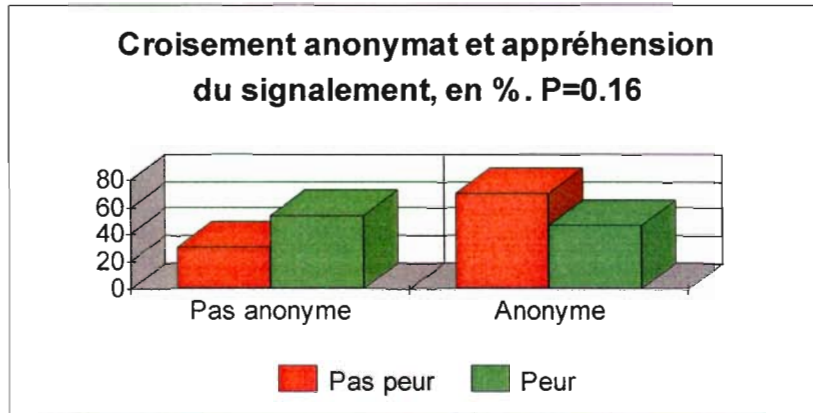
7.5 Conclusion

L'anonymat paraît un moyen utile pour les médecins appréhendant un signalement du fait des obligations dues à leur profession, des conséquences sur leur pratique médicale ou encore des conséquences pour la famille du mineur. Encore faut-il que ces praticiens aient connaissance de cette possibilité !

Evaluons si la possibilité de rester anonyme lève l'appréhension d'un signalement.

Effectif	Pas anonyme	Anonyme	Total
Pas peur	3	7	10
Peur	26	22	48
Total	29	29	58

-215-



-216-

Il n'existe pas de relation significative entre l'appréhension du signalement et l'anonymat [Test statistique n°103].

8. Connaissance de la C.E.M.A. : question D6

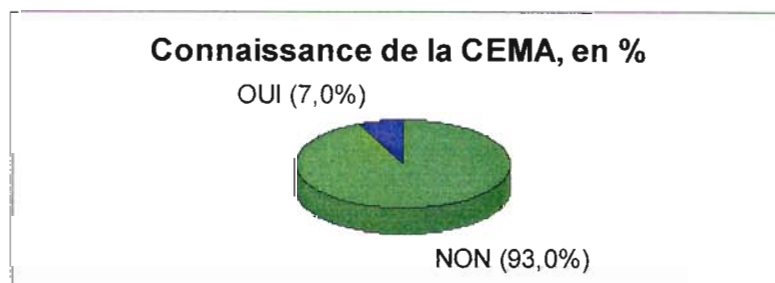
8.1 Généralités

La cellule Enfance Maltraitée Accueil existe depuis 1990 en Meurthe-et-Moselle, elle a pour objectif de recueillir l'ensemble des informations signalantes et signalements effectués à travers le département. Son rôle est central, elle observe, oriente et relie les différents partenaires.

Examinons le pourcentage de notre échantillon médical qui connaît la C.E.M.A.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	42	2	44
Femme	11	2	13
Total	53	4	57
Effectif manquant =	1		

-217-

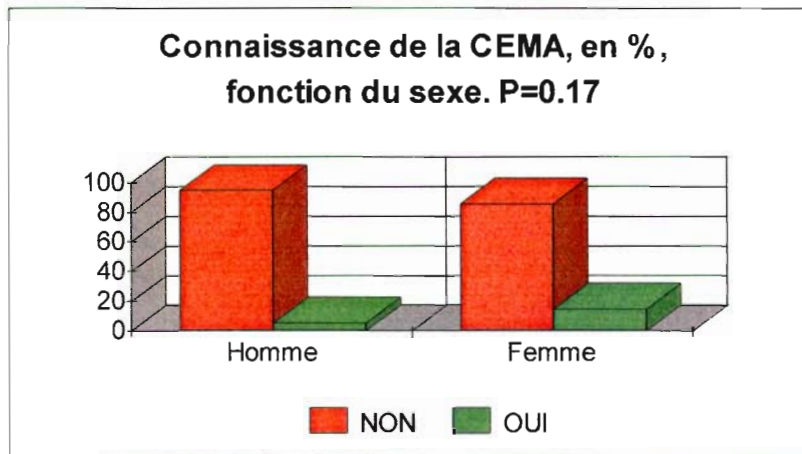


-218-

Le résultat est effarant : 7 % seulement des médecins interrogés connaissent cette structure !

8.2 Connaissance de la CEMA en fonction du déterminant sexuel

Les médecins féminins sont légèrement plus nombreuses à connaître cette structure unique en Meurthe-et-Moselle. Cependant, la différence n'est pas significative [Test statistique n°22].



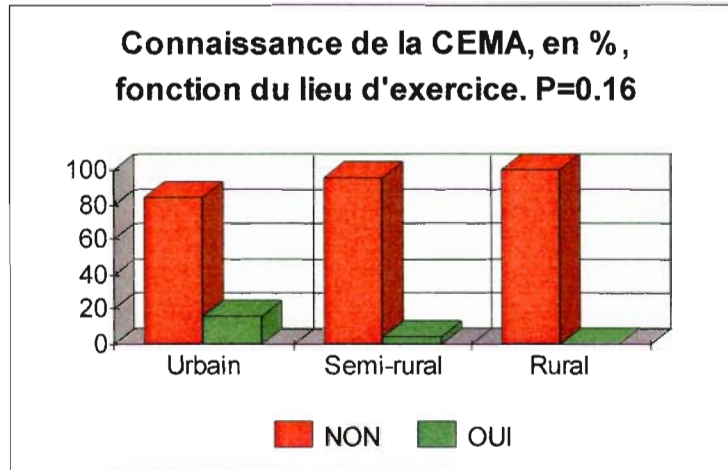
-219-

8.3 Connaissance de la CEMA en fonction du lieu d'exercice

La Cellule Enfance Maltraitée Accueil est une structure unique siégeant au Conseil Général de la Meurthe-et-Moselle à Nancy. Compte tenu de l'étendue géographique du département, il ne semble pas illogique de penser que certaines régions reculées ne connaissent pas la structure. Ainsi, comme le montre l'histogramme suivant, 16 % des médecins de ville sont capables de définir la C.E.M.A. alors que les pourcentages représentant les milieux semi-rural et rural sont négligeables, sans que la différence soit statistiquement représentative[Test statistique n°54], les effectifs sont trop faibles.

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	16	3	19
Semi-rural	22	1	23
Rural	15	0	15
Total	53	4	57
Effectif manquant = 1			

-220-



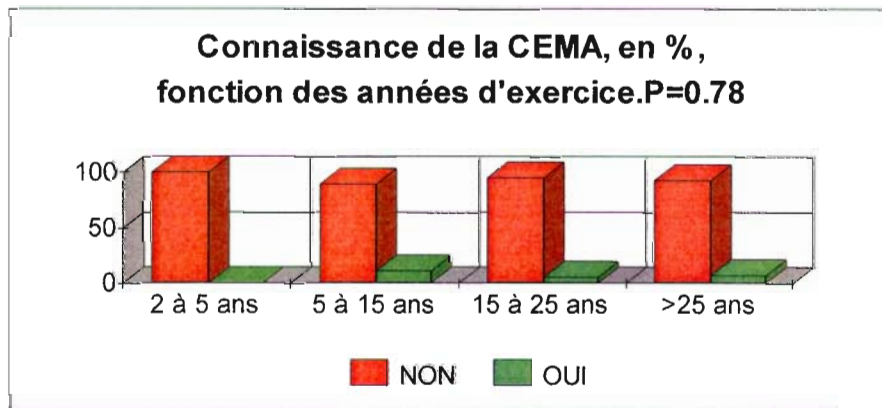
-221-

8.4 Connaissance de la CEMA en fonction des années d'exercice

Les données sont celles-ci :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	6	0	6
5 à 15 ans	16	2	18
15 à 25 ans	19	1	20
>25 ans	12	1	13
Total	53	4	57
Effectif manquant = 1			

-222-



-223-

L'expérience n'est pas un paramètre modifiant les résultats [Test statistique n°85], cependant les médecins appartenant à la tranche 5-15 ans sont les plus nombreux (c'est relatif), or cette tranche correspond à la mise en place de la structure.

8.5 Conclusion

La cellule Enfance Maltraitée Accueil est une jeune structure, unique dans le département et sur le territoire français sous cette dénomination, puisque chaque département

se doit de créer un tel dispositif centralisateur répondant aux exigences de la loi du 10 juillet 1989 (cf. Partie C chapitre I.2.1), mais son appellation reste départementale. C'est sans doute une des raisons qui explique que son existence passe inaperçue pour certains. La diffusion de sa naissance demeure locale, les médias nationaux ne relaient pas l'information. Il aurait sans doute été souhaitable de nommer l'ensemble des structures centralisatrices par une même appellation.

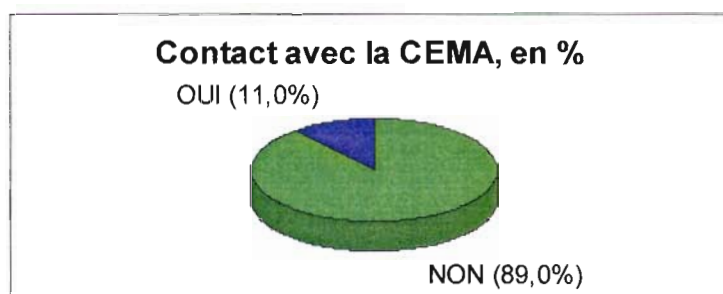
9. Contact avec la C.E.M.A. : question D7

9.1 Généralités

Compte tenu de la faible notoriété de la C.E.M.A dans notre échantillon médical, les résultats à venir semblent évidents.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	41	2	43
Femme	10	4	14
Total	51	6	57
Effectif manquant = 1			

-224-



-225-

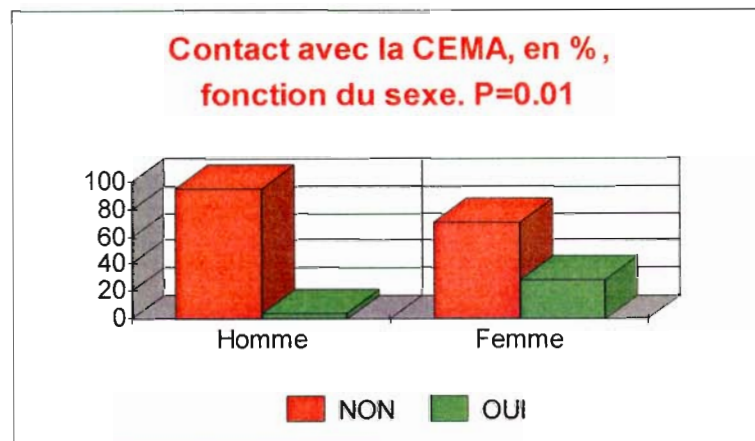
Six médecins ont déjà eu affaire à la C.E.M.A.; compte tenu du faible effectif arrêtons-nous sur eux [Identités n° 2, 3, 10, 12, 29, 42]. Quatre sont des femmes ; tous exercent depuis plus de cinq ans à Nancy ou dans sa banlieue proche sauf un qui exerce à Baccarat. Ils ont tous déjà dérogé au secret professionnel pour une protection à enfant. Deux d'entre eux ne sont pas capables de définir les rôles et les moyens de la C.E.M.A. mais [Identités n° 3 et 12] en revanche, ils ont déjà travaillé avec cette structure. C'est les deux personnes supplémentaires par rapport à la question précédente.

L'abstention correspond à un médecin [Identité n° 21] homme qui exerce en milieu urbain dans le haut du département depuis plus de 25 ans, il n'a jamais été confronté à la maltraitance au cours de sa carrière mais dit appréhender une telle situation. Il ne connaît aucune structure administrative ni association de l'enfance et ferait, si besoin, un signalement

au procureur. Une information sur le sujet ne l'intéresse pas. Il est licite de se demander s'il n'est pas passé à côté d'enfants maltraités !

9.2 Contact avec la CEMA en fonction du déterminant sexuel

Un tiers des femmes de notre échantillon a contacté cette structure centralisatrice. **Statistiquement, il existe une relation entre le sexe du médecin et le fait de connaître la Cellule Enfance Maltraitée Accueil [Test statistique n°23].**



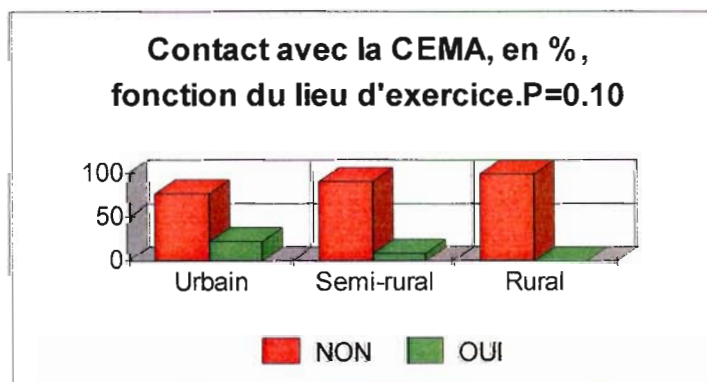
-226-

9.3 Contact avec la CEMA en fonction du lieu d'exercice

Les résultats sont :

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	14	4	18
Semi-rural	22	2	24
Rural	15	0	15
Total	51	6	57
Effectif manquant = 1			

-227-



-228-

Malheureusement, une fois encore nous pouvons déplorer les faibles effectifs. La différence n'est statistiquement pas significative [Test statistique n°55]. Pourtant, comme le

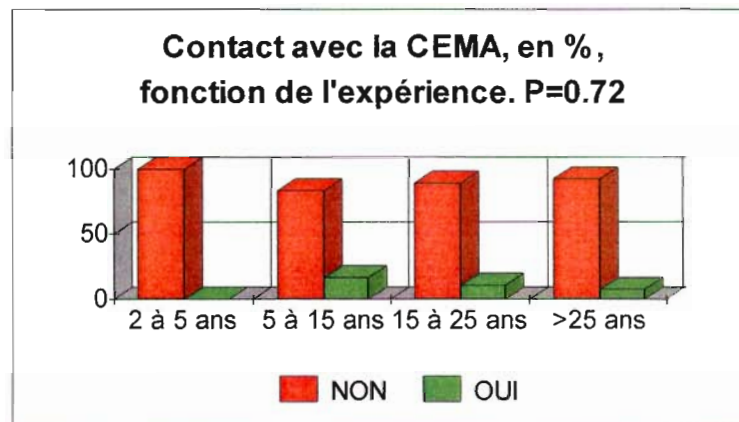
représente l'histogramme (224), le milieu urbain est plus représenté que le milieu semi-rural qui est lui-même plus représenté que le milieu rural. Rien d'étonnant puisque, comme nous l'avons précédemment souligné, la structure siège dans la préfecture du département et l'information de son existence est mal diffusée.

9.4 Contact avec la CEMA en fonction des années d'exercice

La tranche d'années d'exercice la plus représentée est celle des « 5-15 ans » correspondant au délai de mise en place de la CEMA depuis la loi du 10 juillet 1989.

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	6	0	6
5 à 15 ans	16	3	19
15 à 25 ans	18	2	20
>25 ans	11	1	12
Total	51	6	57
Effectif manquant = 1			

-229-



-230-

La différence n'est pas significative [Test statistique n°86].

9.5 Conclusion

Les femmes exerçant à proximité du siège de la C.E.M.A. ont compris l'intérêt de cette structure dans la prise en charge des enfants maltraités ou à risque. Cette différence significative par rapport à leurs collègues masculins ne s'explique que par une plus grande attention de ces dernières.

Il faut également déplorer la non-uniformisation nationale dans la dénomination de cette structure centralisatrice. L'information de son existence circule avec peine d'autant plus qu'elle n'est pour l'instant pas prioritaire. Le budget est essentiellement consacré à la mise en place du système de recueil informatique et à son fonctionnement.

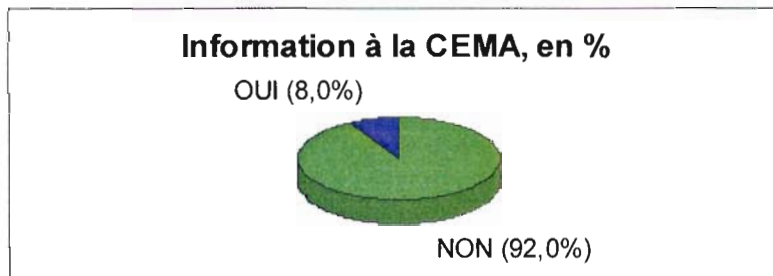
10. Information signalante effectuée systématiquement à la C.E.M.A. : question D8

10.1 Généralités

Parmi les six médecins « partenaires » de la CEMA, quatre d'entre eux font systématiquement leur signalement à cette structure. Quant aux deux autres [Identités n°3 et 29], il s'agit des deux médecins qui ne connaissent pas les rôles et les moyens de la CEMA et qui ont déjà eu à faire à cette structure, indépendamment d'un acte volontaire. Il paraît normal dans ces circonstances d'ignorance, non corrigées au jour du questionnaire, qu'ils ne cherchent pas systématiquement le soutien de cette structure, dans le cadre d'un cas de maltraitance.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	37	1	38
Femme	8	3	11
Total	45	4	49
Effectif manquant = 9			

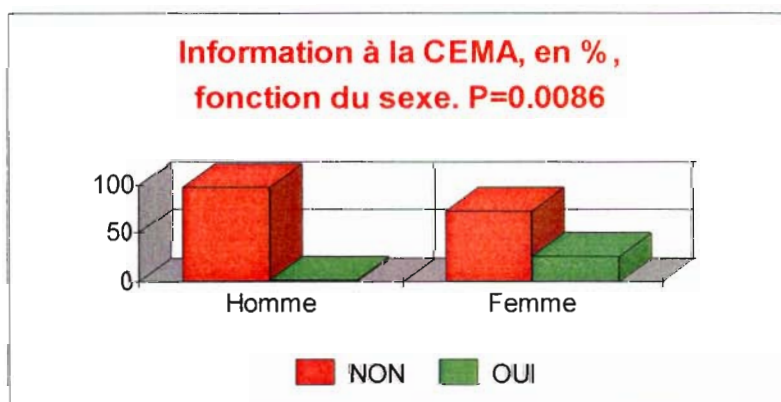
-231-



-232-

10.2 Signalement systématique à la CEMA en fonction du déterminant sexuel

Il existe une relation significative entre le fait d'être une femme et le fait de signaler systématiquement à la C.E.M.A [Test statistique n°24].



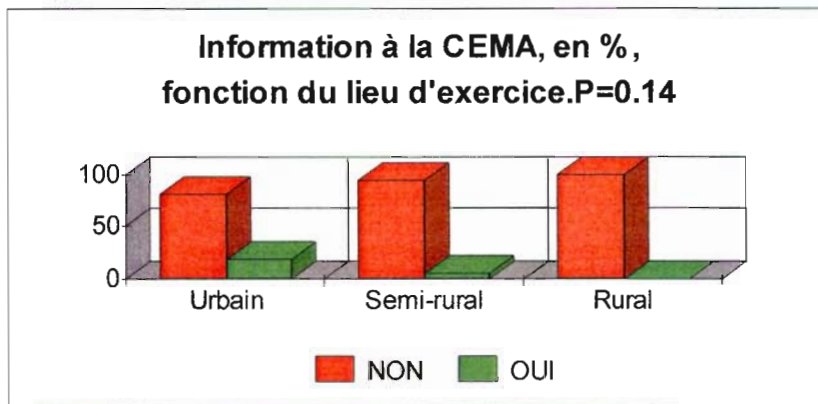
-233-

10.3 Signalement systématique à la CEMA en fonction du lieu d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	13	3	16
Semi-rural	18	1	19
Rural	14	0	14
Total	45	4	49
Effectif manquant = 9			

-234-

L'effectif urbain est plus important mais pas suffisant pour que la différence par rapport aux autres lieux géographiques soit significative [Test statistique n°56].



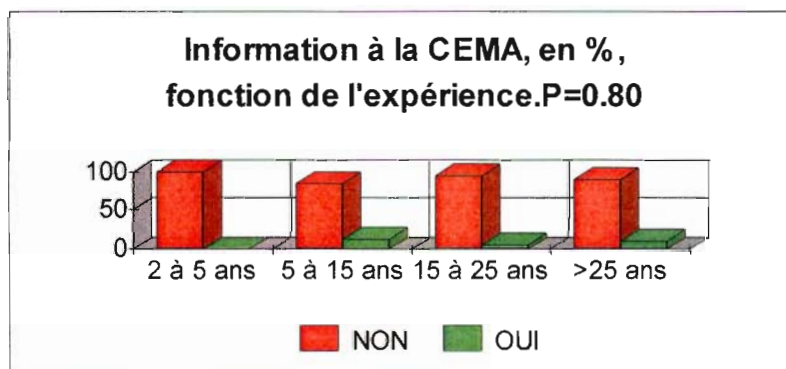
-235-

10.4 Signalement systématique à la CEMA en fonction des années d'exercice

Aucune relation entre l'expérience du médecin et le signalement à la C.E.M.A. n'est mis en évidence [Test statistique n°87].

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	5	0	5
5 à 15 ans	14	2	16
15 à 25 ans	16	1	17
>25 ans	10	1	11
Total	45	4	49
Effectif manquant = 9			

-236-



-237-

10.5 Conclusion

Pour les quelques médecins connaissant les rôles attribués à la Cellule Enfance Maltraitée Accueil, il est dans leur logique d'effectuer l'ensemble des signalements à cette structure.

11. La C.E.M.A. vous a-t-elle facilité les démarches de signalement ? Question D9

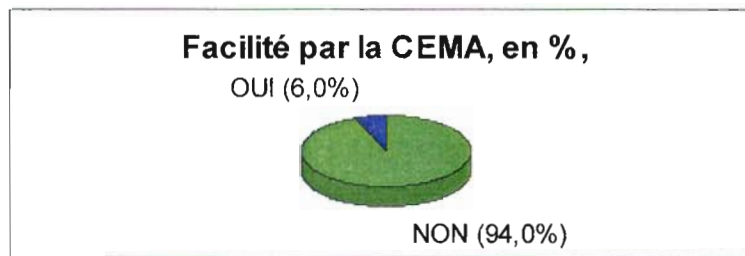
11.1 Généralités

Cette question suivante propose une raison à cette conduite systématique du signalement à la CEMA lorsque son existence est connue du médecin.

L'effectif manquant correspond à l'ensemble des médecins qui n'a jamais entendu parler de la CEMA. et ceux qui n'ont jamais eu de cas de maltraitance.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	27	1	28
Femme	6	1	7
Total	33	2	35
effectif manquant =	23		

-238-

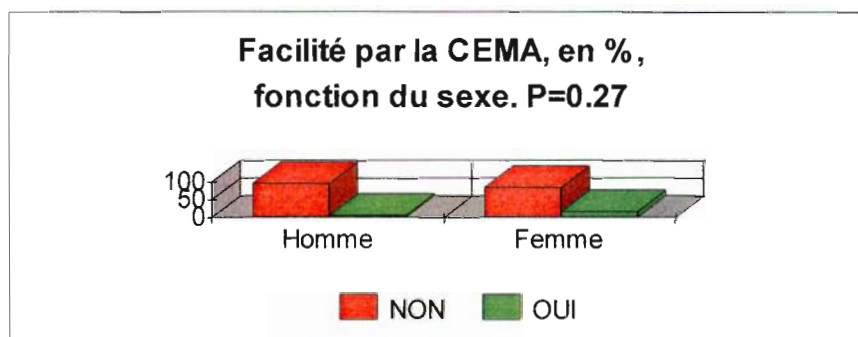


-239-

Nous retrouvons notre effectif précédent qui, systématiquement, effectue un signalement à la CEMA du fait de la facilité des démarches.

11.2 Facilité des démarches en fonction du déterminant sexuel

La représentation graphique est :



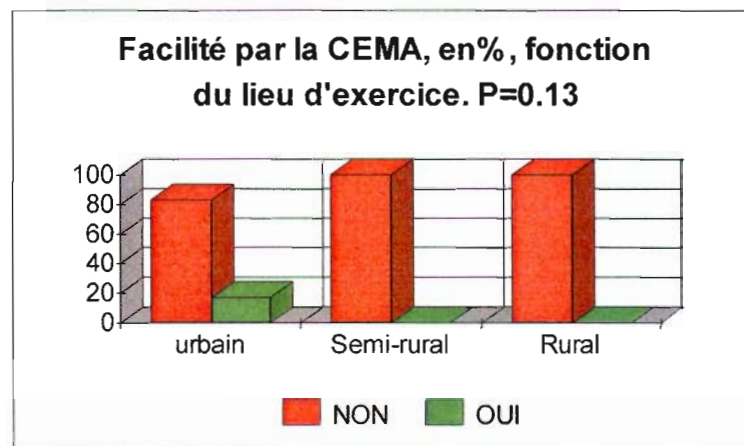
-240-

La différence n'est plus significative entre les hommes et les femmes car l'effectif global a diminué du fait de l'abstention de ceux qui ne connaissent pas la structure [Test statistique n°25].

11.3 Facilité des démarches en fonction du lieu d'exercice

Effectif	NON	OUI	Total
urbain	10	2	12
Semi-rural	14	0	14
Rural	9	0	9
Total	33	2	35
Effectif manquant = 23			

-241-



-242-

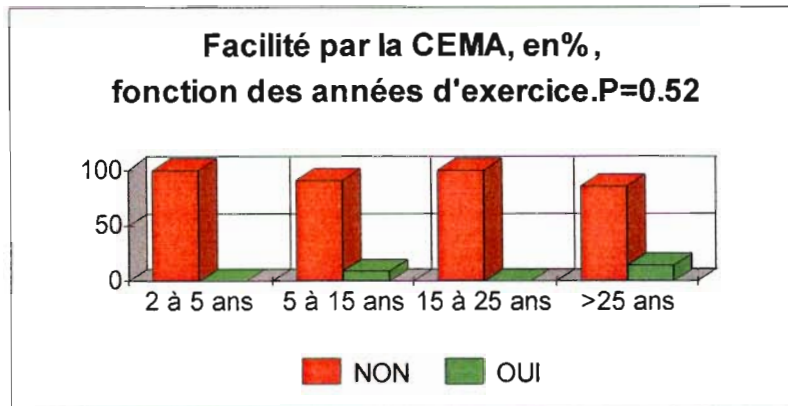
Les conclusions sont identiques aux deux précédentes questions, compte tenu d'effectifs identiques[Test statistique n°57].

11.4 Facilité des démarches en fonction des années d'exercice

Compte tenu de la jeune existence de la CEMA, les médecins les plus expérimentés ne sont pas plus avantagés que leurs collègues exerçant depuis les années 1990. Nous vérifions ce fait.

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	5	0	5
5 à 15 ans	10	1	11
15 à 25 ans	12	0	12
>25 ans	6	1	7
Total	33	2	35
Effectif manquant = 23			

-243-



-244-

Aucune relation significative entre l'expérience professionnelle et la facilité des démarches grâce à la C.E.M.A n'a été mise en évidence. [Test statistique n°88] .

11.5 Conclusion

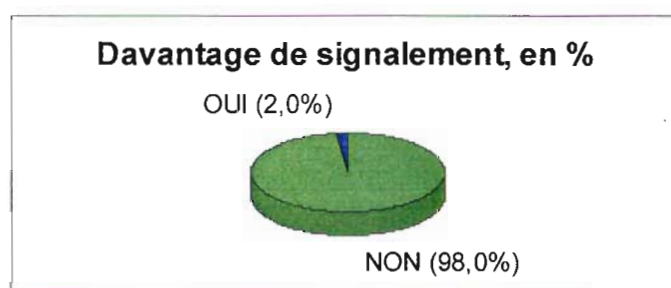
La Cellule Enfance Maltraitée Accueil facilite les démarches de signalement pour les médecins qui connaissent cette structure, ce qui explique qu'ils effectuent systématiquement une protection d'enfant par le biais de cette organisation départementale.

12. Faites-vous plus de signalement qu'auparavant ? Question D10

Le tableau suivant et sa représentation tiennent compte de l'ensemble des médecins généralistes, or la question porte officieusement sur la CEMA et son usage aisé pour avertir d'une situation à risque. Par conséquent, seule la réponse de l'effectif des médecins connaissant cette organisation présente un intérêt. Comme l'effectif de ceux qui ont été partenaires est faible (six médecins seulement), aucun test statistique n'est exploitable.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	40	0	40
Femme	11	1	12
Total	51	1	52
Effectif manquant = 6			

-245-



-246-

Ainsi, seul un médecin profite de l'existence de la cellule pour informer davantage. Il s'agit d'une femme installée depuis plus de 25 ans dans la proche banlieue de Nancy. Elle ne s'est jamais sentie démunie par la maltraitance car selon ses propres dires, elle a un bon réseau PMI et use maintenant de la CEMA pour signaler.

Ce cas étant unique, il n'est pas intéressant d'afficher les tableaux en fonction des paramètres que nous utilisons habituellement [Tests statistiques n°26, 58 et 89].

13. Saisi du procureur ou du substitut du procureur pour un cas à risque: *question D11*

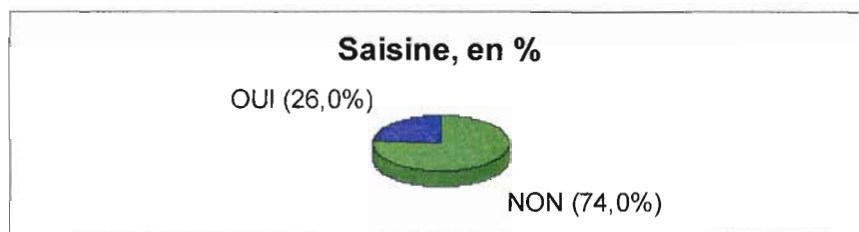
13.1 Généralités

La question C1 a mis en évidence pour certains praticiens l'équation suivante : « signalement » égale « procureur ».

Le tableau des effectifs (247) et sa représentation graphique (248) dévoilent combien sont ceux qui ont déjà utilisé ce moyen pour signaler un enfant maltraité.

Effectif	NON	OUI	Total
Homme	32	12	44
Femme	11	3	14
Total	43	15	58

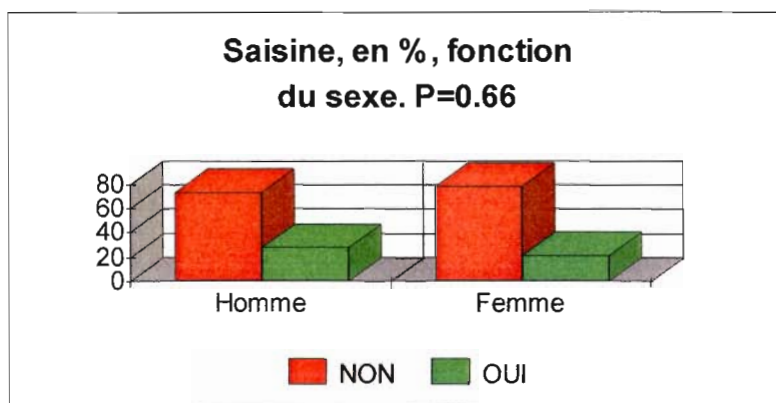
-247-



-248-

Un quart des professionnels médicaux ont saisi le procureur ou son substitut, au cours de leur carrière.

13.2 Saisine en fonction du déterminant sexuel



-249-

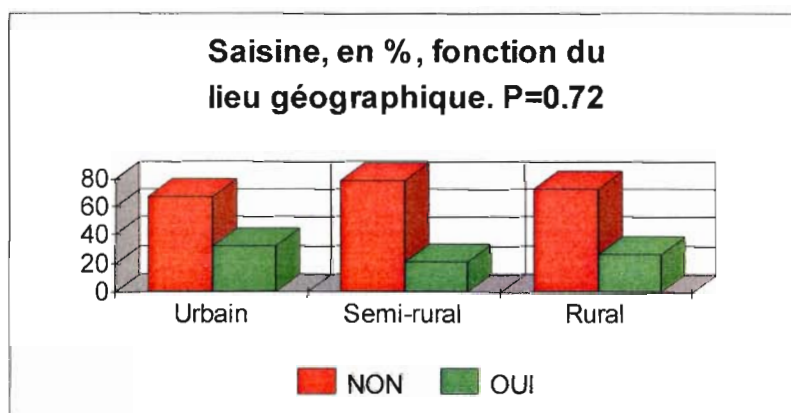
Il n'existe pas de différence significative en fonction du sexe [Test statistique n°27]. Toutefois, les hommes sont plus nombreux à utiliser cette voie considérée comme plus musclée que celle passant par les structures administratives. Même si naturellement le Procureur peut ordonner des mesures administratives si le mineur n'est pas en danger imminent ou s'il ne subit pas de sévices sexuels.

13.3 Saisine en fonction du lieu d'exercice

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	13	6	19
Semi-rural	19	5	24
Rural	11	4	15
Total	43	15	58

-250-



-251-

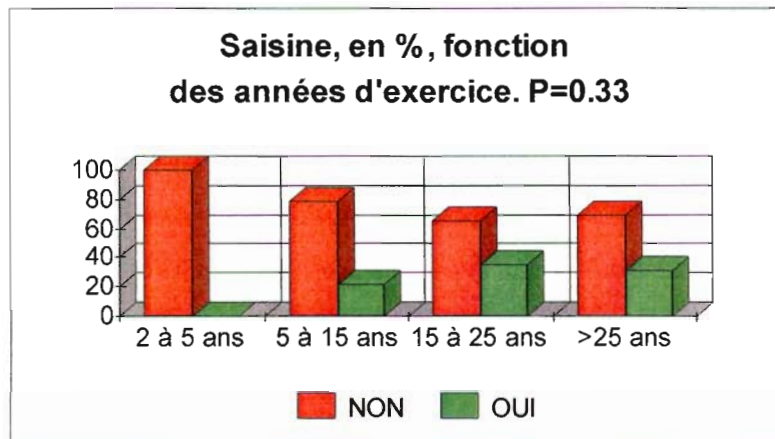
Nous ne constatons pas de différence en fonction des lieux géographiques, la justice est répartie sur l'ensemble du territoire et est disponible pour tous [Test statistique n°59].

13.4 Saisine en fonction des années d'exercice

Nous obtenons :

Effectif	NON	OUI	Total
2 à 5 ans	6	0	6
5 à 15 ans	15	4	19
15 à 25 ans	13	7	20
>25 ans	9	4	13
Total	43	15	58

-252-



-253-

Statistiquement le test est négatif [Test statistique n°90]. Pourtant nous notons une tendance croissante des saisines en fonction de l'ancienneté. Cette augmentation paraît sensée : plus le nombre d'années d'exercice est grand, plus les cas de situation d'enfant en danger augmente et par conséquent les saisies de la justice. De plus, s'ajoute le fait que le moyen judiciaire soit un vieux moyen, connu de tous, beaucoup plus que les moyens administratifs via les partenaires sociaux.

13.5 Conclusion

La voie judiciaire reste pour un quart des médecins une voie utile au signalement. Il faut se souvenir qu'avant le protocole d'accord intervenu en février 1997 entre les autorités administratives et judiciaires, un cas de maltraitance pouvait être classé sans suite s'il ne mettait pas en jeu la vie de l'enfant ou son intégrité sexuelle !

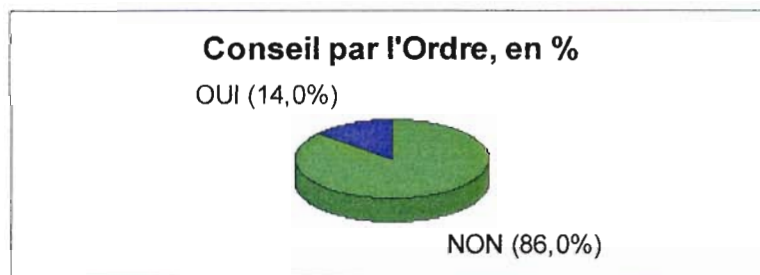
14. Contact avec l'Ordre des médecins pour des renseignements sur les démarches :
question D12

14.1 Généralités

Nous avons exploré les domaines administratif et judiciaire, il nous reste à compiler le recours à l'Ordre des Médecins. Le doute quant à l'ambivalence entre le secret professionnel du médecin et les dérogations portant sur la maltraitance des mineurs entraîne, chez certains, une appréhension du signalement. Cette question reflète indirectement cette hésitation. En effet, un médecin qui se renseigne auprès de son Ordre pour connaître les démarches à suivre est un médecin confronté à une situation d'enfant en danger et qui craint le signalement.

Fréquence	NON	OUI	Total
Homme	38	6	44
Femme	12	2	14
Total	50	8	58

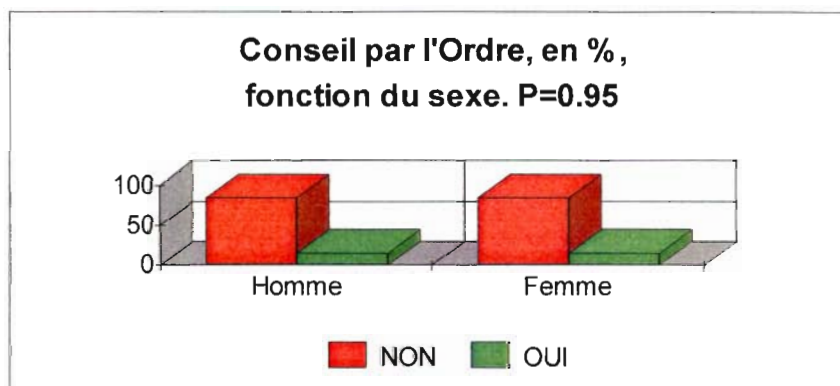
-254-



-255-

Ainsi, moins de 15 % des personnes interrogées ont eu recours à l'Ordre pour connaître les démarches à suivre.

14.2 Conseil auprès de l'Ordre en fonction du déterminant sexuel



-256-

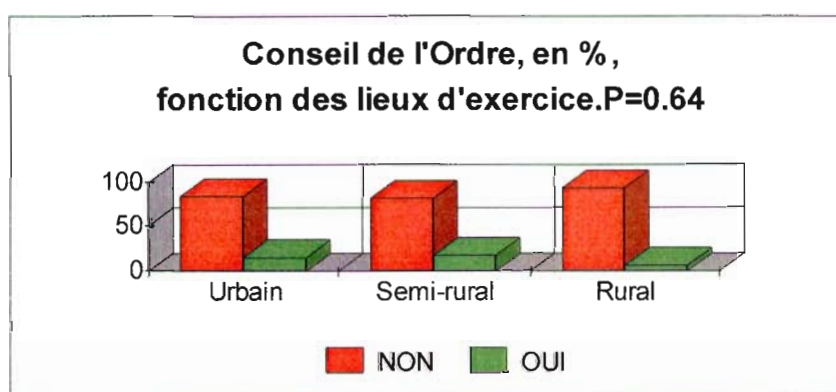
Il n'existe aucune différence significative entre les praticiens masculins et les praticiens féminins [Test statistique n°28].

14.3 Conseil auprès de l'Ordre en fonction du lieu d'exercice

L'Ordre départemental des médecins siège à Nancy. Toutefois, il est obligatoirement connu de tous et disponible grâce aux différents moyens de communication y compris Internet

Effectif	NON	OUI	Total
Urbain	16	3	19
Semi-rural	20	4	24
Rural	14	1	15
Total	50	8	58

-257-



-258-

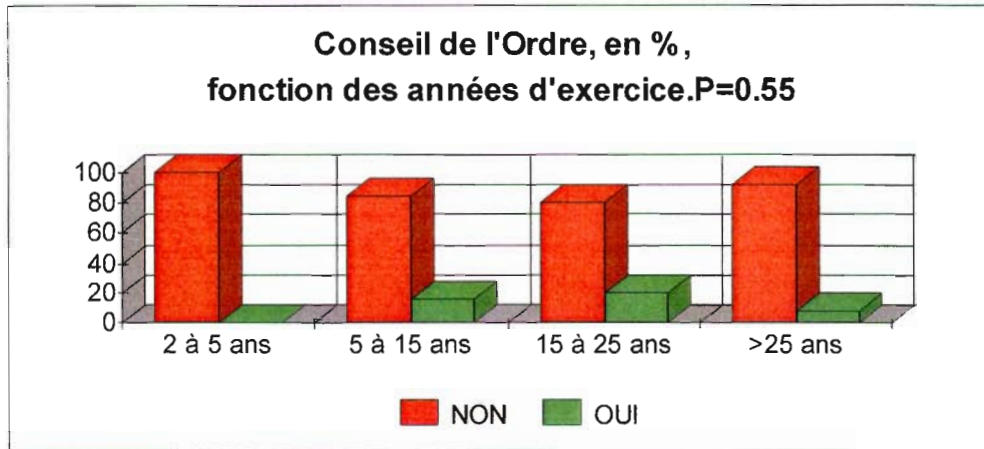
Par conséquent, les distances n'influencent pas sur la communication comme le montre l'histogramme (257). Il n'existe aucune différence en fonction des lieux d'installation des praticiens [Test statistique n°60].

14.4 Conseil auprès de l'Ordre en fonction des années d'exercice

Les effectifs sont les suivants :

Effectif	NON	OUI	total
2 à 5 ans	6	0	6
5 à 15 ans	16	3	19
15 à 25 ans	16	4	20
>25 ans	12	1	13
Total	50	8	58

-259-



-260-

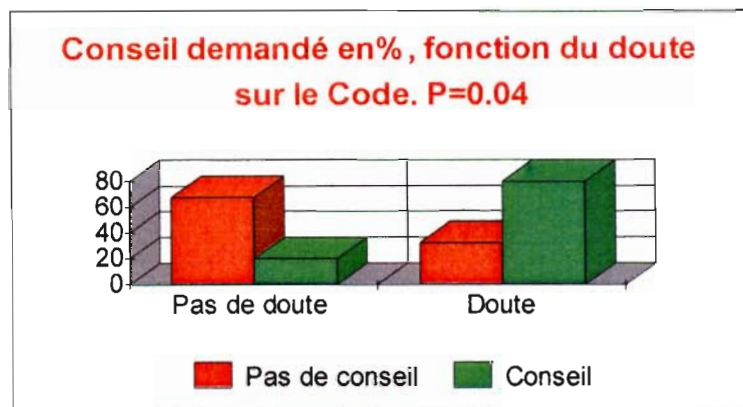
Il n'existe aucune relation entre les années de pratique médicale et la recherche de conseil par l'Ordre de la profession [Test statistique n°91]. A noter toutefois, que les praticiens de plus de 25 ans sont encore moins nombreux que ceux des autres tranches dont l'activité grandissante amène à rencontrer des situations d'enfant à risque plus fréquemment. La raison réside dans le fait que leur sensibilité au phénomène de maltraitance est moindre et comme nous l'avons vu lors de la question portant sur la demande d'information (question C8), c'est la tranche d'âge la moins demandeuse d'information sur ce sujet.

14.5 Conseil demandé à l'Ordre par rapport au doute sur le Code

A la question B5, 38 % des médecins estiment se sentir impuissants face à une situation d'enfant en difficulté. Recherchons s'il existe une relation entre ceux qui affirment douter et ceux qui ont demandé conseil à l'Ordre au sujet des démarches à suivre. Nous obtenons :

Effectif	Pas de doute	Doute	Total
Pas de conseil	19	9	28
Conseil	1	4	5
Total	20	13	33
Effectif manquant = 25			

-261-



-262-

Une très grande majorité des médecins (80 %) doutant de leurs droits et devoirs dus au Code de Déontologie demandent conseil à l'Ordre. Il existe une relation significative entre ces deux paramètres (P= 0.04) [Test statistique n°110].

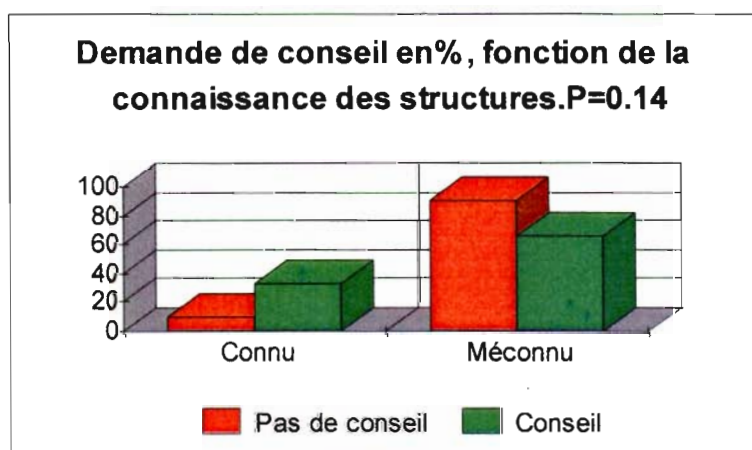
14.6 Conseil demandé à l'Ordre par rapport à la méconnaissance des structures d'aide à l'enfance

Ce croisement de réponses permet d'évaluer la volonté des médecins généralistes à combler leur lacune quant à leur ignorance des structures de la Protection de l'Enfance.

Ils répondent :

Effectif	Connu	Méconnu	Total
Pas de conseil	3	26	29
Conseil	2	4	6
Total	5	30	35
Effectif manquant = 23			

-263-



-264-

Les deux tiers des médecins qui déplorent le fait de ne pas connaître les structures d'aide à l'enfance, se renseignent auprès de leur Ordre. Ce résultat n'est malheureusement pas

significatif [Test statistique n°111]. Il reste trop de médecin dans la même situation mais qui ne recherche pas les informations là où elles semblent le plus à même de se trouver, auprès d'une instance qu'aucun Docteur en Médecine ne peut ignorer !

14.7 Conclusion

14 % des médecins interrogés ont pris conseil auprès de l'Ordre pour connaître les démarches à suivre dans le cas de maltraitance. La relation démontrée entre le doute concernant le Code de Déontologie et la demande de conseil auprès de l'Ordre des Médecins prouve que ces professionnels sont capables de rechercher l'information et de communiquer, à condition naturellement de connaître leur interlocuteur. C'est sans doute également la supposition de l'instance ordinale, c'est pourquoi l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle a adressé en 2003 à l'ensemble des Docteurs en Médecine du département une plaquette informative sur le sujet ^[Bibliographie II.15], en particulier, les coordonnées des différents partenaires dont celles de la Cellule Enfance Maltraitée Accueil.

15. Les expériences personnelles : question D13

Cet ultime item est en réalité une invitation à décrire les situations aux quelles les médecins généralistes ont été confrontés. Ils sont un peu moins de un cinquième à avoir usé de cet espace. Leur témoignage est primordial ; c'est pourquoi chacun d'entre eux est rapporté et évalué en fonction du profil du praticien élaboré à travers ses réponses aux différentes questions.

15.1 Expérience de l'identité 4

Il s'agit d'une femme exerçant depuis plus de quinze ans en milieu rural. A plusieurs reprises elle note en marge des items des commentaires portant tous sur le doute et la méconnaissance des structures à prévenir. Elle connaît partiellement l'ASE et La PMI, en revanche n'a jamais entendu parler de la CEMA. Elle a déjà œuvré pour une protection à enfants via le procureur de la République et la PMI de son secteur.

Le cas de maltraitance relaté par ce médecin concerne un enfant de passage chez sa tante et son oncle. Ces derniers ont été étonnés par le comportement de l'enfant. « Il faisait l'objet de maltraitance sexuelle de la part du beau-père qui habitait en région parisienne » dit le praticien dont le dilemme est de ne pas savoir qui contacter et où, compte tenu des départements différents.

Malheureusement le fichier national n'existe pas encore, il est en projet. D'autant plus que la fuite des familles faisant l'objet de mesures administratives est malheureusement courante. La CEMA a pour objectif de prévenir son homonyme des autres départements français lorsque qu'un cas de maltraitance est signalé en Meurthe-et-Moselle et éviter ainsi de perdre ce signalement.

15.2 Expérience de l'identité 8

Il s'agit d'un médecin féminin exerçant depuis plus de cinq ans en milieu urbain. Elle a été confrontée à un cas d'inceste sur une fillette. Son attitude a consisté à adresser la fillette au service d'accueil des urgences. Les psychologues de ce service ont saisi immédiatement le procureur de la République.

Ce cas illustre l'hypothèse faite sur les signalements d'origine médicale urbaine effectués via le milieu hospitalier. Ce médecin n'exerce pas à Nancy et son agglomération proche, pourtant elle a adressé la fillette au centre hospitalier de Nancy. Elle n'a jamais elle-même effectué de signalement, à cause d'un sentiment d'impuissance face à des situations d'enfant à risque. Elle ne mentionne comme moyen de signalement que les assistantes sociales ; les autres structures ne représentent pas une possibilité, elle ne connaît ni la CEMA ni les associations de défense de l'enfant. C'est pourquoi, une information lui semble indispensable.

Il est important de se demander ce que fait ce médecin face à un cas de maltraitance moins criant que les abus sexuels et pour lequel l'hospitalisation est difficilement envisageable !

15.3 Expérience de l'identité 9

Il s'agit à nouveau d'une femme exerçant depuis plus de cinq ans en milieu semi-rural. Elle a déjà effectué deux signalements mais malgré cette expérience se sent démunie de par entre autres la méconnaissance des coordonnées des structures d'aide. Elle connaît surtout la PMI de son secteur et a entendu parler de la CEMA.

En six ans d'exercice elle a rencontré deux situations de maltraitance. Le premier cas ne lui a posé guère de problème puisque la grand-mère avait effectué le signalement. Quant au second, elle a rencontré toutes les difficultés mises en relief dans cette thèse :

- ❖ Doute de la véracité des faits,
- ❖ Peur de l'erreur pouvant entraîner de lourdes conséquences pour la famille

❖ Méconnaissance des structures à contacter,

Finalement elle a été orientée vers la PMI de son secteur qui a mis en œuvre l'ensemble des mesures nécessaires. Elle regrette que « l'information dans ce domaine reste parcellaire. » et souhaite des FMC sur le sujet voire des affiches pour les cabinets médicaux et plaquettes informatives à l'attention des médecins.

Ce cas résume l'ensemble des craintes et des problèmes des médecins généralistes. Répondre à ce médecin dévoué à la cause c'est solutionner la grande majorité des réticences au signalement de ces confrères.

15.4 Expérience de l'identité 17

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de quinze ans en milieu semi-rural. Il a déjà effectué au moins un signalement pour lequel il s'est senti démuné du fait à la fois du doute ordinal et à la fois de sa méconnaissance des structures à contacter pour traiter ce cas (ne connaît pas la CEMA). Il relate une maltraitance découverte par la présence d'ecchymose, par le médecin scolaire. Le maltraitant était le beau-père du gamin.

Ce médecin généraliste ne dit pas si c'est lui qui a effectué le signalement ou s'il s'est occupé du suivi. Sa préoccupation première est d'effectuer un signalement répréhensible par l'Ordre des Médecins.

15.5 Expérience de l'identité 18

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de dix ans en milieu semi-rural qui a fait son premier signalement au début de son activité professionnel. Il ne savait comment s'y prendre mais a trouvé « les renseignements auprès d'un confrère plus expérimenté dans ce domaine. » Il souligne qu'il ne connaît aucune des structures administratives ni même la CEMA mais s'explique en précisant que le Procureur du Tribunal de Grande Instance est un de ses patients. Nous en déduisons qu'il passe directement le dossier à cette personne, qui heureusement grâce au protocole d'accord, transmet les dossiers de maltraitance à la CEMA lorsque ce ne sont pas des situations que la justice doit traiter (abus sexuels ou danger vital immédiat).

15.6 Expérience de l'identité 26

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de cinq ans en milieu urbain qui avoue ne jamais avoir signalé. En revanche l'idée d'être face à une telle situation lui fait perdre ses moyens. En effet, il ne sait pas qu'elles sont les structures à contacter ni comment joindre celles qui pensent être aptes à recueillir l'information signalante.

Vraisemblablement il a joué de malchance puisqu'il n'a jamais eu de réponse à ses appels téléphoniques vers le Procureur ou vers l'Ordre des Médecins (appel un samedi après-midi).

Il ne donne pas plus de précision et nous pouvons craindre qu'il n'ait pas donné suite aux démarches de signalement.

15.7 Expérience de l'identité 31

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de cinq ans à la campagne lui non plus n'a jamais effectué de signalement, en revanche il se sent démuni face à une telle situation à cause de sa méconnaissance des moyens existants. Pour lui seule la gendarmerie est habilitée à recevoir les signalements. C'est pourquoi, lorsqu'il a reçu un signalement d'abus sexuel par le beau-père, il les y a adressé et regrette qu'il n'y ait jamais eu de suite : « il n'y a pas eu de suite car leur témoignage [des grands-parents] n'a pas été cru ainsi que celui du petit-fils ».

Ce cas est malheureusement un manqué. Il est souhaitable qu'il ne se reproduise pas et que la demande d'information réclamée tous les semestres par ce médecin généraliste puisse avoir lieu et lui permettre de contacter les structures d'aide à l'enfance appropriées.

15.8 Expérience de l'identité 32

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de quinze ans en milieu rural et qui n'a jamais eu à déroger au secret professionnel. Cette réponse est erronée puisqu'il relate deux signalements effectués auprès du tribunal. Il méconnaît les structures d'aide à l'enfance à l'exception de la PMI dont il regrette l'absence dans son secteur, seule structure administrative habilitée à recevoir un signalement selon lui. Le fait de recourir à la justice ne lui semble pas être un signalement.

Le premier cas intéressait trois enfants que les parents alcooliques négligeaient. Il regrette l'absence de retour d'information sur le devenir de la famille qu'il n'a plus en tant que patient. D'ailleurs il note que c'est une de ses préoccupations face à une situation de maltraitance.

Le second cas concernait une adolescente victime d'abus sexuel par un oncle.

Compte tenu du caractère vital ou sexuel des cas de maltraitance qu'il a eu à gérer, le fait de s'adresser à la justice est le moyen le plus adapté.

Un des rôles de la CEMA est d'informer le signalant des suites données au signalement.

15.9 Expérience de l'identité 38

Il s'agit également d'un homme exerçant depuis plus de vingt cinq ans en milieu urbain. Aucun signalement lui est dû selon lui mais comme le médecin précédent, il a saisi le procureur pour un placement d'enfants en danger.

Son profil est très proche du précédent médecin dans le sens où son hésitation au signalement est essentiellement due à la méconnaissance des structures administratives et associatives, à l'exception de la PMI.

15.10 Expérience de l'identité 44

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de quinze ans en milieu semi-rural. Il a dérogé au secret professionnel pour prendre en charge un enfant en danger via la voie judiciaire. Il appréhende de telles situations à cause du doute sur les droits et devoirs dus au Code de déontologie et de la méconnaissance des structures. Il appréhende malgré les informations qu'il a demandées auprès de l'Ordre des Médecins, car « leur réponse [est] peu adaptée. »

Depuis l'Ordre a adressé à l'ensemble des médecins une plaquette informative sur la conduite à tenir face à un cas de maltraitance avec les renseignements indispensables.

15.11 Expérience de l'identité 50

Il s'agit d'un homme exerçant depuis plus de vingt cinq ans à Nancy. Il est le signalant de cas de maltraitance mais il lui a semblé important de témoigner au sujet d'un cas où « le manquement de signalement » lui a été reproché par la police et le Procureur. L'enfant en question ne se plaignait de rien, « l'ordre des médecins [l']a déchargé de toute faute » mais cela [l'] a refroidi quant à ces signalements ! » D'autant plus que sa première expérience vingt ans plutôt s'était conclue en « fabulation d'une adolescente ».

Ce médecin regrette qu'« actuellement les signalements se font de manière trop rapide ! et cela peut provoquer des drames familiaux. La machine qui se met en route lors des signalements est trop lourde ! »

Son expérience est malheureuse.

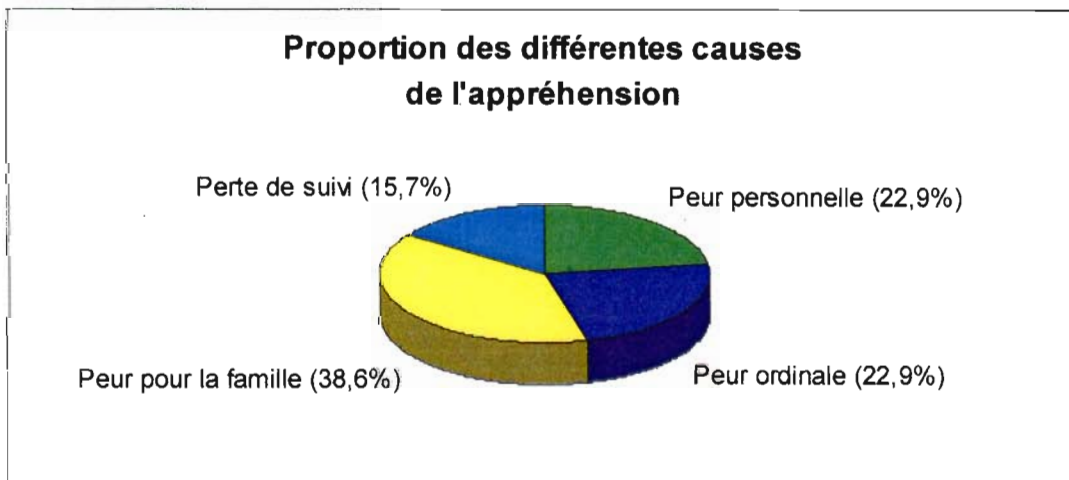
Une infime minorité doit penser, comme lui, que les signalements se font de manière trop rapide. Nous comprenons ses craintes quant au bouleversement de la vie familiale, surtout s'il n'y avait pas lieu.

Elle résume l'appréhension de nombreux médecins :

- ❖ Confrontation entre l'obligation d'assistance à personne en danger et droit au secret professionnel,
- ❖ Signalement non fondé entraînant des conséquences à la fois pour le noyau familial et pour la réputation du médecin.

16. Les causes psychologiques à l'appréhension du signalement

L'appréhension du signalement admet de nombreuses causes. L'une d'elle est l'absence de relation entre les médecins généralistes et la protection de l'enfance. Les autres raisons sont plus subtiles. Elles font appel au sentiment de peur. Le schéma suivant relate la proportion de chacune des origines qui ont fait l'objet des questions D2, D4a, D4b, D4c.



-266-

La principale crainte, et elle est statistiquement significative, réside dans la peur de déséquilibrer le noyau familial de l'enfant maltraité, même si d'ailleurs, la maltraitance n'est pas due à un membre de la famille. La culpabilité des parents qui ne se sont doutés de rien et

les modifications des relations pour tenir compte de la souffrance psychosomatique du mineur, entraînent à jamais des changements d'attitude et d'objectifs de vie. Il leur faut trouver un nouvel équilibre.

C'est cette conséquence, bien plus que la perte de la clientèle ou les sanctions ordinaires ou pénales, qui inquiète les médecins généralistes de notre enquête.

V. Discussion

1. Commentaires et critiques de l'enquête

1.1 Méthodologie

Il aurait été intéressant de questionner l'ensemble des médecins généralistes (641) installés en Meurthe-et-Moselle afin d'obtenir des résultats encore plus proches de la réalité.

Les effectifs de certaines tranches d'âge d'exercice sont faibles et ne permettent pas de conclure à une signification du test statistique.

L'enquête datant de 2001, il est probable que les résultats de 2003 seraient différents compte tenu de l'impact médiatique que connaît la maltraitance ces derniers mois. D'ailleurs il serait intéressant de comparer les résultats de l'enquête de 2001 avec les résultats à la même enquête mais actualisée. Ce comparatif mettrait sans doute en évidence le rôle des médias dans la prise de conscience de la maltraitance et l'obligation d'agir.

1.2 Critique du questionnaire

Malgré tous les soins apportés à la confection de ce questionnaire, il est apparu quelques erreurs à la lecture des réponses.

- L'espace consenti à la réponse de la question C1 n'est pas suffisant.
- La question D9 devait également admettre comme possibilité : *pas de réponse*.

En effet si les médecins ne connaissent pas la C.E.M.A., ils ne peuvent s'exprimer sur la facilité de démarche que procure cette dernière.

- De même la question D1 est mal formulée, elle fut heureusement comprise au vu des réponses, telle que nous le voulions. Il fallait comprendre :

Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec le service de P.M.I. au sujet d'un enfant en danger ou en difficulté ?

	<i>Oui</i> <input type="checkbox"/>	<i>Jamais</i> <input type="checkbox"/>		
<i>Si Oui :</i>	<i>Souvent</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>A votre demande</i> <input type="checkbox"/>	
	<i>Quelque fois</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>A la demande du service</i> <input type="checkbox"/>	
	<i>Rarement</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Les deux</i> <input type="checkbox"/>	

Cette question est restrictive au service de P.M.I., nous aurions pu l'étendre à la collaboration avec les services judiciaires par exemple.

1.3 Oubli d'exploitation de certaines données

Lors de l'analyse des réponses à la question portant sur l'importance du manque de temps pour rechercher les coordonnées des structures de la Protection de l'Enfance, il est apparu que les médecins récemment installés déplorent ce défaut de temps alors que leurs homologues plus expérimentés ne s'en plaignent pas. Un test statistique entre les deux catégories reconstituées que sont les 2 à 15 ans et les 15 à 25 ans aurait été le bienvenu afin d'établir une éventuelle différence (cf. chapitre B8.4).

2. Discussion générale

2.1 Analyse de l'échantillon

L'échantillon de cent médecins généralistes du département de Meurthe-et-Moselle a été tiré au sort parmi les six cent quarante et un docteurs en Médecine. L'échantillon de l'enquête se compose de :

* 74 hommes sur un effectif masculin total de 492 soit 15,04 %

* 26 femmes pour un effectif féminin de 149 soit 17,44 %

Notre échantillon est homogène, en revanche, il n'est pas représentatif de la population départementale qui se compose de 76,75 % d'homme et de 23,25% de femme.

La population féminine de notre échantillon est surestimée (26 %).

Dans le but de mieux apprécier notre enquête et les résultats qui en découlent, il paraît indispensable d'examiner l'échantillon de plus près.

Grâce à l'existence des Territoires d'Action Médico-sociale, la répartition géographique des généralistes est mieux appréciée, elle est représentée dans le tableau ci-dessous, *en italique* l'effectif est différencié en fonction du sexe.

Effectif T.A.M.S.	Pop. Médicale		Echantillon		Rapport %	
	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	<i>Homme</i>	<i>Femme</i>	<i>Homme</i>	<i>femme</i>
T.A.M.S 1	72		13		18,05	
	<i>61</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>1</i>	<i>19,67</i>	<i>9,1</i>
T.A.M.S 2	46		9		19,56	
	<i>39</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>20,51</i>	<i>14,29</i>
T.A.M.S 3	60		7		11,66	
	<i>49</i>	<i>11</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>12,24</i>	<i>9,1</i>
T.A.M.S 4	69		17		24,63	
	<i>54</i>	<i>15</i>	<i>14</i>	<i>3</i>	<i>25,93</i>	<i>20</i>
T.A.M.S 5	75		16		21,33	
	<i>53</i>	<i>22</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	<i>16,98</i>	<i>31,82</i>
T.A.M.S 6	115		12		10,44	
	<i>85</i>	<i>30</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>8,24</i>	<i>16,67</i>
T.A.M.S 7	70		5		7,14	
	<i>46</i>	<i>24</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>8,7</i>	<i>4,17</i>
T.A.M.S 8	74		15		20,27	
	<i>60</i>	<i>14</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>16,67</i>	<i>35,71</i>
T.A.M.S 9	60		6		10	
	<i>45</i>	<i>15</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>8,89</i>	<i>13,33</i>
Total	641		100			

-267-

Nous constatons que les envois randomisés n'ont pas permis d'obtenir une homogénéisation d'effectif dans chaque T.A.M.S. En effet, le rapport qui correspond à l'effectif de l'échantillon divisé par l'effectif de la population concernée multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage, ce rapport devrait être similaire pour chaque T.A.M.S.. Or, les résultats correspondant aux T.A.M.S.n°3, 6, 7 et 9 sont trop faibles, et le T.A.M.S.n° 4 est proportionnellement trop représenté. Nous en déduisons, qu'effectivement, notre échantillon n'est pas représentatif. Si nous nous intéressons à ce même taux en différenciant les hommes et les femmes, nous constatons une même répartition dans le cas des hommes que le taux

global ; en revanche en ce qui concerne les femmes, la disparité est accentuée d'un T.A.M.S. à l'autre.

En conclusion, notre échantillon de cent médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle n'est pas représentatif de la population étudiée. En revanche, il est homogène car il intéresse la même proportion d'homme que de femme.

Si nous voulions améliorer notre étude, il faudrait modifier les effectifs dans les T.A.M.S. disparates que nous avons mis en évidence précédemment et principalement sur les effectifs féminins. Le mieux eut été d'adresser à chaque médecin concerné le questionnaire.

2.2 Analyse de l'échantillon répondeur

Nous appellerons « échantillonnage », l'échantillon obtenu suite aux réponses des **cent médecins initialement tirés au sort** et qui ont bénéficiés de l'envoi du questionnaire. **L'effectif de l'échantillonnage est de soixante**; ce qui représente un taux étonnamment élevé compte tenu du mode de recrutement.

Nous remercions l'ensemble des participants à cette enquête et en particulier deux d'entre eux : l'un pour avoir ré-adresser le questionnaire en mentionnant son activité récente de retraité et la veuve du deuxième décédé quelques mois auparavant.

Compte tenu de ces informations, l'effectif à partir duquel les données seront exploitées est de 58 dont 44 hommes et 14 femmes.

Il représente respectivement 75,9 % et 24,1% Il faut se souvenir qu'en Meurthe-et-Moselle, en 2001, 76,75% des médecins sont des hommes contre 23,25 % seulement de femmes. Par conséquent notre population répondeuse se répartit de la même façon que la population initiale, selon le critère sexuel. Il eut été intéressant de connaître la représentativité de chaque T.A.M.S., malheureusement, le questionnaire est anonyme et la question concernant l'appartenance à tel ou tel T.A.M.S. fut omise. Toutefois, une approximation est possible. En effet, certains interrogés ont levé l'anonymat et sont ainsi répertoriés sous le terme « *connue* », pour d'autres il est possible de déduire leur nom en croisant les informations fournies par le cachet de la poste, le sexe, l'ancienneté professionnelle et l'effectif de la population. Lorsqu'un des paramètres ne correspond pas, le bulletin est noté *anonyme*, en ce qui concerne les autres ils sont catalogués sous la rubrique « *déduite* ». Ainsi, nous obtenons le tableau à la page suivante :

Réponse TAMS	Anonyme		Connue		Déduite	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
T.A.M.S.1	4	0	0	0	3	0
T.A.M.S.2	4	0	1	1	1	0
T.A.M.S.3	1	0	0	0	0	0
T.A.M.S.4	8	3	2	1	1	0
T.A.M.S.5	5	0	1	0	0	2
T.A.M.S.6	2	2	1	0	0	0
T.A.M.S.7	1	0	0	0	2	1
T.A.M.S.8	5	1	0	1	0	0
T.A.M.S.9	2	0	0	1	0	1
Total	32	6	5	4	7	4

-268-

La première constatation faite est, que malgré l'anonymat du questionnaire, neuf personnes soit 15,5 % de l'effectif répondeur ont laissé leurs coordonnées et certaines ont même proposé d'être contactées afin de parler de leur expérience; les femmes sont davantage représentées que les hommes.

Faut-il en déduire que le sujet leur pose plus de problèmes ? Nous essayerons de répondre à cette question dans l'analyse.

Le tableau suivant révèle la représentativité de l'échantillonnage dans chaque T.A.M.S. avec la représentation des sous-groupes *Homme/Femme*, comme cela avait été effectué avec l'échantillon des cent médecins.

Effectif T.A.M.S.	Pop. Médicale		Echantillonnage		Rapport %	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
T.A.M.S 1	72		7		9,72	
	61	11	7	0	9,72	0
T.A.M.S 2	46		7		15,22	
	39	7	6	1	15,38	14,29
T.A.M.S 3	60		1		1,67	
	49	11	1	0	2,04	0
T.A.M.S 4	69		15		21,74	
	54	15	11	4	20,37	26,67
T.A.M.S 5	75		8		10,67	
	53	22	6	2	11,32	9,1
T.A.M.S 6	115		5		4,35	
	85	30	3	2	3,52	6,67
T.A.M.S 7	70		4		5,71	
	46	24	3	1	6,52	4,17
T.A.M.S 8	74		7		9,46	
	60	14	5	2	8,33	14,29
T.A.M.S 9	60		4		6,67	
	45	15	2	2	4,44	13,33
Total	641		58			

-269-

L'intérêt de ce tableau est de constater que notre échantillonnage n'est pas plus représentatif de la population étudiée sur le département que l'était notre échantillon de départ.

L'explication est simple, l'effectif de départ est trop faible, et malgré un taux de réponse exceptionnel nous pouvions difficilement obtenir un échantillonnage homogène pour chaque T.A.M.S. à partir d'un échantillon non-représentatif.

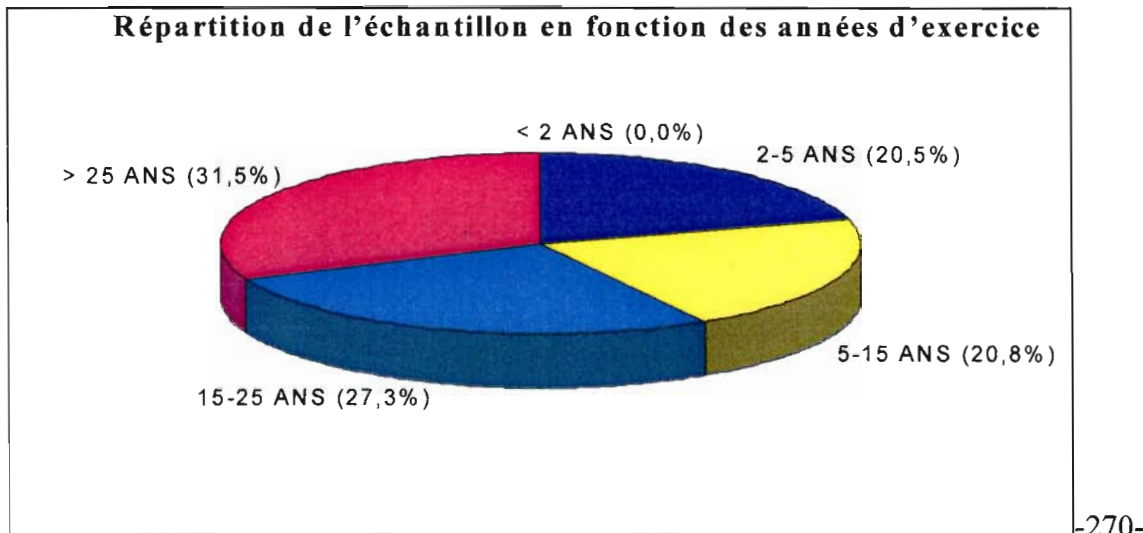
Il faut donc en conclure que les résultats de notre enquête ne peuvent être étendus à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe et Moselle. En revanche nous avons une photographie instantanée, un aperçu à partir duquel des propositions sont formulées.

2.3 Analyse des résultats de l'enquête

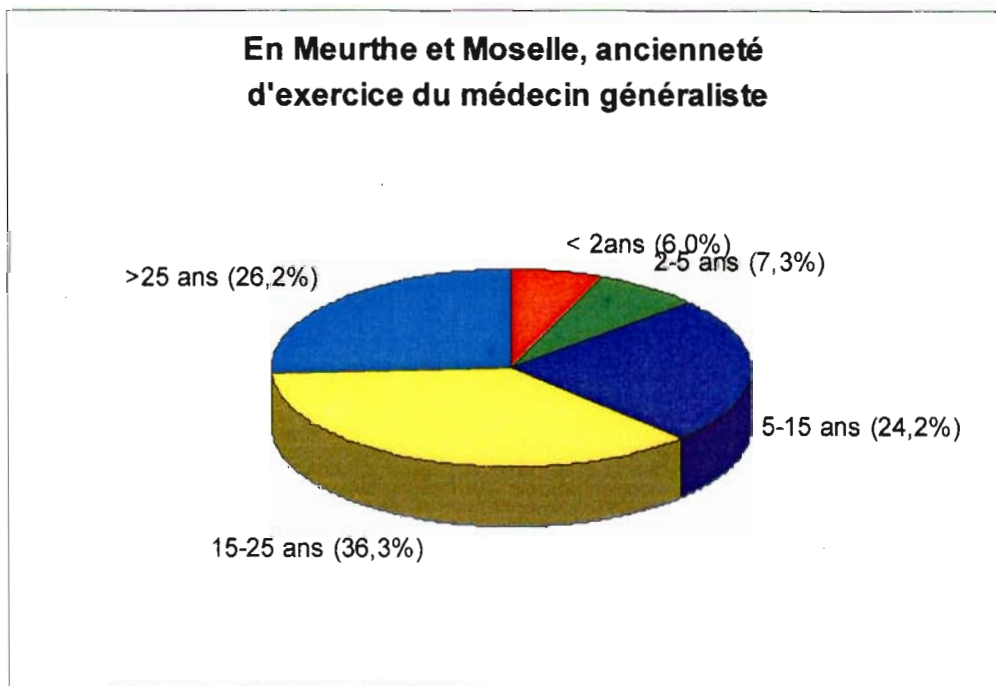
A. Mieux vous connaître

L'enquête a bénéficié d'un taux exceptionnel de réponse (60 % dont 58% exploitable). Cette participation démontre l'intérêt que porte les médecins à la problématique du secret professionnel et de la maltraitance des enfants. Il est regrettable que la population des médecins récemment installés soit si pauvre en effectif, ne permettant pas de mettre en évidence leur détresse. En effet, il me semble, c'est mon point de vue, que le troisième cycle de médecine générale ne prépare pas suffisamment les étudiants au mode d'exercice libéral et en particulier à la psychologie, à la relation patient-malade, aux différents partenaires sociaux, aux nombreuses démarches administratives dont celles à mettre en œuvre pour la protection des mineurs. La solitude du jeune installé est bien plus grande que celle de ces confrères. A l'heure médiatique du problème de la désertification du monde rural par les médecins, il faudrait s'interroger sur l'importance de cette solitude. L'amélioration des différents points sus-cités permettrait sans doute à certains de reconsidérer l'éventualité d'une première installation en milieu rural.

La population médicale est une population vieillissante, en cela notre échantillon est comparable. Près de 62 % de la population médicale de Meurthe-et-Moselle est installée depuis plus de 15 ans, ce qui correspond à un âge minimum de 43 ans (en considérant une installation à l'âge de 27 ans, possibilité avant la réforme des études de médecine générale). Notre échantillon reste dans les mêmes proportions (59 %). Pour mieux apprécier, il suffit de comparer les deux camemberts ci-après :



Le camembert suivant représente l'ancienneté d'exercice de l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.



De plus, les femmes exercent moins longtemps ou en s'associant sur une même patientèle que leurs homologues masculins, ce qui a pour conséquence de réduire la capacité quantitative de prise en charge des malades. Or la demande étant de plus en plus importante, nous déplorons le manque de disponibilité à consacrer à chacun, et malheureusement, découvrir un cas de maltraitance requière du temps !

B. Le secret professionnel du médecin

Une grande majorité des médecins (60%) de Meurthe-et-Moselle estiment ne pas connaître suffisamment les dérogations légales au secret professionnel. L'ignorance de celles-ci dont chaque médecin doit prendre connaissance lorsqu'il devient Docteur en Médecine, souligne d'emblée la problématique qui sera soulevée lors d'un cas de maltraitance ou d'insuffisance de « bientraitances »^[Bibliographie III.4].

Seuls 41% des médecins interrogés ont eu à déroger au secret professionnel au cours de leur pratique. Or ce résultat est étonnant quand on rappelle que certaines dérogations sont obligatoires tel que le certificat de décès par exemple. Parmi ces praticiens, 83% ont dérogé pour mettre en œuvre une protection à enfant. Or l'effectif rural est moins représenté, comme si le mode de vie campagnard protégeait de la maltraitance ou bien que le médecin rural hésite à faire les démarches.

L'ancienneté professionnelle entraîne significativement plus de dérogations du fait d'un nombre de patient plus grand mais probablement aussi d'une meilleure connaissance des situations à risque et d'une meilleure maîtrise des mesures à prendre et des structures à contacter.

Le sentiment d'impuissance face à l'enfance maltraitée est un puissant frein à la prise en charge. Les deux tiers des médecins interrogés (tableau 39) se sentent démunis et ce sans distinction de sexe, de lieu d'exercice ou encore d'expérience. D'ailleurs l'expérience professionnelle n'est pas forcément un atout dans le cas de la maltraitance. Il semble qu'elle a toujours existée. Néanmoins, la prise de conscience est récente et s'accroît depuis une vingtaine d'années. Il faut par conséquent envisager que nos représentants de la classe plus de 25 ans d'expérience sont, soit, pas plus sensibilisés au problème que leurs jeunes collègues, soit, au contraire, qu'ils ne craignent pas d'effectuer les démarches, qu'ils se sentent sereins face à une situation qu'ils ont rencontrée à plusieurs reprises.

Les questions B4a à B4c avaient pour objectif de découvrir l'étiologie à ce sentiment d'impuissance.

Le doute concernant l'usage du Code de déontologie et ses dérogations est responsable dans un tiers des cas. Il prend des proportions d'autant plus importantes et statistiquement significatives qu'il envahit un médecin exerçant en milieu urbain. Mais, il ne faudrait pas interpréter que les installations se font en fonction des connaissances du Code de déontologie mais supposer que l'isolement médical du médecin de campagne oblige ce dernier à se pencher davantage sur ses possibilités ordinaires. Ses homologues citadins

bénéficient de la proximité des confrères et des structures hospitalières. Comme nous l'avons vu dans le chapitre concernant le département de Meurthe-et-Moselle et les chiffres de la Maltraitance [partie C, chapitre IV], moins de 1% seulement des signalements se font par le biais du médecin généraliste alors que les hôpitaux et cliniques représentent un peu plus de 2%! Ceci laisse supposer que les médecins de ville utilisent, effectivement, l'hospitalisation comme intermédiaire, sans s'occuper eux-mêmes du signalement.

Le deuxième facteur étudié est la méconnaissance des structures intervenant dans la protection à enfant. Face au résultat impressionnant de 81% d'ignorance de ces dernières, il est nécessaire de conclure indubitablement qu'il faut améliorer la communication entre les médecins généralistes et les partenaires administro-judiciaires. De ce fait, ne nous étonnons pas du faible taux de signalements effectués par les médecins de famille!

L'ignorance des structures de la Protection de l'Enfance est significativement plus handicapant pour un médecin homme que pour sa collègue féminine (tableau 68). Il existe une relation significative entre la connaissance des structures de la protection et le sentiment d'impuissance ressenti face à un enfant maltraité. Il est de ce fait intéressant de rappeler qu'il n'existe pas statistiquement de relation entre la pratique de la dérogation et le sentiment d'être démunis, comme nous l'avons vu dans la sous-chapitre 4.4 partie B. Même si deux tiers des hommes et autant de femmes se sentent démunis face à une situation de maltraitance, les trois quarts de ceux-ci effectuent les démarches nécessaires pour protéger l'enfant.

Une cause objective du malaise des médecins non hospitaliers est statistiquement le défaut de connaissance des partenaires de la protection de l'enfant.

Il est d'ailleurs désolant de constater l'inefficacité de l'expérience professionnelle sur l'apprentissage des structures à contacter. Nous aurions préféré que les campagnes de prévention contre la maltraitance aient attiré l'attention des praticiens sur la conduite à tenir et les moyens mis à leur disposition, en particulier sur ceux exerçant depuis moins de 25 ans, délai correspondant à la prise de conscience du phénomène.

Une communication propre aux médecins doit être proposée selon, éventuellement, les propositions qu'ils ont eux-mêmes effectuées. En effet, plus que la peur des représailles judiciaires ou de la part de l'Ordre des Médecins, c'est l'ignorance des partenaires qui conditionne le sentiment d'impuissance face à un enfant en danger. L'ignorance totale ou l'absence seulement des coordonnées du partenaire admet la même conséquence d'impuissance.

Par ailleurs, cette question bouleverse l'idée reçue que les médecins de campagne sont des partenaires plus fréquents des structures d'aide à l'enfance maltraitée, du fait de leur

éloignement des partenaires médicaux (collègues, hôpital). Ils déplorent encore davantage, mais sans signification statistique, l'absence des coordonnées des partenaires. Il semblerait que l'isolement du médecin de campagne soit total. Mais est-il volontaire ou circonstanciel ?

La question B4d a mis en évidence un manque de temps plus déploré chez les médecins de campagne. Faut-il avancer l'hypothèse que ces médecins sont majoritairement plus sollicités que les médecins de ville ? Des déplacements plus longs pour satisfaire aux demandes de visite à domicile et la raréfaction des médecins à la campagne sont responsables, en grande partie, de cette surcharge de travail. Cette distinction n'est toutefois pas significative et comme leurs collègues, outre le fait qu'ils n'ont pas l'excuse d'une installation récente, l'excès d'activité, d'après leurs propres aveux, n'est pas la cause de leur non-connaissance des structures et/ou de leurs coordonnées. Ces médecins exerçant loin d'un centre hospitalier, ne dérogent pas au secret médical, même face à une situation d'enfant en danger du fait de leur impuissance à mettre en œuvre les moyens adéquats. Ils n'ont aucune explication si ce n'est l'absence de sensibilisation à ce problème !

L'impuissance ressentie face à un enfant en situation à risque est due à de multiples causes. Malheureusement, il faut également combattre le silence qui entoure ces situations, il faut sensibiliser pour mieux être à l'écoute. La prise de conscience est récente, à peine une génération. Or certains médecins exerçaient avant cette mise en lumière et il est toujours difficile d'intégrer de nouvelles données dans son exercice professionnel quotidien, d'autant plus que ces données « psychosomatiques et administratives » se noient parmi les multiples nouveautés techniques ou de prise en charge somatique.

C. L'enfance en danger, les partenaires sociaux

La première question de cette partie du questionnaire sollicitait une définition du terme « signalement ». Une sous population médicale se distingue. Il s'agit de douze professionnels qui ont pour point commun de ne pas savoir définir correctement ce qu'est un signalement auquel s'ajoute l'absence de mise en œuvre d'une protection de l'enfance. L'examen de l'ensemble de leurs réponses ne met en évidence aucun autre motif que le défaut de relation avec les partenaires de la protection.

La communication, qui semble si présente à notre époque, est pourtant insuffisante dans le domaine de la maltraitance à enfants. Des moyens plus adaptés doivent être mis en œuvre afin de palier cet obstacle dont l'enjeu est primordial pour l'enfant naturellement, mais

également pour sa famille et la société. La conduite de répétition des traumatismes est une réalité qui n'est plus à prouver. Par conséquent, réduire la maltraitance aujourd'hui, c'est diminuer la violence de demain !

La PMI est l'organisme le plus nommé, le plus connu, probablement du fait de l'obligation des certificats médicaux du huitième jour, neuvième mois et deuxième année de vie. A coté de cette structure, d'autres ont été citées (question C2), à juste raison. Même si la procédure est différente en fonction de l'intervenant. Il est évident que le Parquet n'a pas les mêmes actions que l'Assistante sociale du secteur. Le Parquet peut classer sans suite ou ordonner des mesures administratives. Le classement sans suite d'un cas de maltraitance ne signifie pas une fabulation du mineur. Il suffit que les sévices soient anciens, non prouvables (un mineur a le droit de porter plainte jusqu'à dix ans après sa majorité). Le Juge pour enfant, quant-à lui, a l'obligation de répondre via une ordonnance de mesures administratives dites "non contractuelles". Le protocole d'accord établi entre les autorités judiciaires et de nombreux partenaires administratifs^[Bibliographie II.5] en Meurthe-et-Moselle, permet d'éviter qu'un enfant en danger, sans risque vital imminent et hors sévices sexuels, voie son affaire classée sans suite.

L'Aide Sociale à l'Enfance est l'institution la plus ancienne via son ancêtre l'Assistance Publique créée par Saint Vincent de Paul. Son rôle est primordial. L'ASE met en œuvre des mesures d'aide financière, d'assistance familiale, d'aide à l'insertion sociale. Elle œuvre pour améliorer les conditions de vie de la famille, afin que celle-ci soit moins soumise aux pressions, facteur important de la maltraitance au sein d'un foyer. Pourtant les deux tiers des médecins interrogés sont incapables de définir ses rôles. Ces praticiens gardent probablement en mémoire son rôle ancestral de prise en charge des orphelins et des enfants abandonnés. Ils ignorent ses fonctions d'organisatrice de la cellule familiale.

Quant à la Cellule Enfance Maltraitée Accueil, elle est inconnue des médecins généralistes. Cette structure siège au Conseil Général de Meurthe-et-Moselle à Nancy. Sa mission est, dans un premier temps, de transmettre les informations signalantes aux autorités judiciaires ou en évaluation aux travailleurs sociaux de secteur, décision prise en fonction de l'urgence ou des sévices subis. Cette cellule joue un rôle primordial dans le recueil du signalement mais également dans la rapidité d'action et de prise en charge. Malheureusement, sa jeune existence et probablement le manque de communication font d'elle une structure méconnue des médecins généralistes, comme le prouve les résultats de la question C2 où la CEMA n'a été citée que 7 fois sur 87 réponses !

Au final, la P.M.I. garde sa place de leader, suivie par la justice représentée par le Procureur de la République et par le Juge pour enfants. Les associations sont ignorées, seul SOS enfant maltraité a été cité. Quant au faible effectif représentant les centres hospitaliers, il paraît normal puisque nous demandions des structures administratives. Faut-il rappeler que l'hôpital n'a pas pour mission de recueillir les signalements, qu'il participe au signalement de la même façon que les médecins de ville ?

Onze médecins sont incapables de citer un organisme pouvant recevoir un signalement. Cela traduit leur ignorance quant aux possibilités de prise en charge de leurs petits patients. Deux d'entre eux connaissent parfaitement la notion du signalement, mais du fait d'une appréhension concernant le Code de déontologie et plus encore, du fait de leur ignorance des partenaires d'aide à l'enfance, ils s'abstiennent de signaler.

Une nouvelle fois, le doigt est pointé sur le défaut de communication et d'information entre les praticiens et les structures partenaires. Il semble indispensable de prendre conscience de ce manque et d'y palier. D'autant plus, qu'en admettant que la crainte les empêche d'effectuer eux-mêmes le signalement, ils sont dans l'incapacité de renseigner sur les démarches à suivre, les associations à contacter ou même d'indiquer le numéro national (119) de l'enfance maltraitée. C'est dommageable car ces citoyens sont souvent sollicités pour des renseignements, or dans ce domaine, beaucoup sont pris au dépourvu. C'est ainsi, qu'à l'unanimité, ils sollicitent une information sur ce sujet, information adaptée à leur profession. Les campagnes grand public ne les touchent guère, elles ne sont pas assez exhaustives et appropriées. L'Ordre des médecins de Meurthe-et-Moselle a tenté de combler cette lacune en adressant à chacun une fiche informative sur le sujet^[Bibliographie II.14].

D. Expérience personnelle

Cette partie du questionnaire a pour objectif d'évaluer la pratique réelle des médecins.

En choisissant de les interroger sur leurs relations avec la PMI, nous essayons d'évaluer comment les médecins considèrent leur collaboration.

Ainsi, 84% d'entre eux ont déjà travaillé avec cette structure pour un cas d'enfant en difficulté. Or, une des idées préconçues avant l'exploitation des réponses du questionnaire, était de croire que les médecins exerçant en milieu rural collaboraient davantage avec les structures du fait de leur éloignement des centres hospitaliers. Cette hypothèse est abrogée

par les résultats de la question D1. La moitié des médecins de campagne déclarent ne jamais avoir travaillé en partenariat avec la PMI. Cet effectif rural représente les trois quarts des médecins n'ayant jamais collaboré avec les centres de PMI. Dans ce cadre, il existe une relation significative entre le lieu d'exercice professionnel et le partenariat avec la PMI. Les explications peuvent être de plusieurs ordres dont une sensibilité moindre et la crainte des conséquences du signalement pour eux-mêmes. En effet, la population médicale rurale est vieillissante, elle exerce depuis plus de quinze ans, période précédant la prise de conscience du phénomène. S'il est vrai que la maltraitance est reconnue depuis les années quatre-vingts, les mesures marquantes de la prise en charge datent des années quatre-vingt dix. Les médecins de campagne professaient déjà pour une large majorité d'entre eux. C'est pourquoi, il est légitime de croire que leur sensibilité au problème de la maltraitance est moindre et ce d'autant plus qu'ils semblent imperméables aux campagnes d'information. Cette population déclare utiliser davantage les dérogations que leurs collègues, mais elles n'ont malheureusement pas pour objet la protection d'un enfant. La cause en est éventuellement la crainte du « qui en dira quoi ». Les faits et geste des médecins des petites agglomérations sont moins anonymes, prennent plus d'importance dans la vie sociale, que ceux effectués dans les grandes agglomérations.

Le premier partenariat est sur l'initiative de la PMI et ce, d'autant plus, si ce médecin est récemment installé ou s'il exerce à la campagne. Par conséquent, il faut espérer que le praticien ne tait ses doutes par manque de connaissance des structures et ne s'abstienne de ce fait de signaler.

L'appréhension du signalement est une réalité ou la cause de l'absence de communication entre ces partenaires privilégiés que sont les médecins de famille, aux avant-postes de la reconnaissance d'un enfant en danger voire maltraité, et les structures de la Protection de l'Enfance. Cette crainte est multi factorielle et elle touche 83% de notre échantillon. C'est pourquoi le fait de confronter une situation délicate telle que la maltraitance sans être confiant en soi, est une gageure que moins de 1% des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle ont surmontée en 1998. Il faut diminuer le degré de cette appréhension en améliorant la connaissance du sujet, sous toutes ses facettes. La crainte du signalement est primordiale dans son rôle de barrière à d'éventuels abus : il ne faut pas négliger les conséquences tant pour l'enfant que pour l'ensemble des personnes concernées. Toutefois, il ne faut pas que cette appréhension soit un frein à la prise en charge d'un enfant en danger. Un

juste équilibre est indispensable à trouver, en particulier pour les 41% des médecins qui appréhendent davantage les conséquences du signalement sur la famille voire la collectivité que les conséquences de la maltraitance sur le mineur (cf. question D2).

La crainte de signaler en inadéquation avec le Code de déontologie et, en particulier, en faute par rapport aux articles concernant le devoir de secret professionnel, demeure une cause relative (38%), comme nous l'avons déjà noté. En revanche, il existe une relation significative entre l'appréhension du signalement et la crainte d'endommager l'équilibre, aussi précaire soit-il, de la famille de l'enfant maltraité. Cette peur est prépondérante chez les jeunes médecins et les femmes, alors que les médecins de campagne à majorité masculine, craignent davantage de perdre le suivi du patient et de son entourage. La proximité de vie et la notion de médecin de famille conditionnent probablement cette peur. Leurs faits et gestes sont moins anonymes, même s'ils peuvent comme tout citoyen signaler sans décliner leur identité. Cette possibilité est ignorée de la moitié des médecins interrogés.

Le département de Meurthe-et-Moselle s'est doté d'un observatoire actif pour la prise en charge de la maltraitance. Son existence date d'une dizaine d'année ; cependant seul 7% des praticiens la connaissent. Ce pourcentage est représenté principalement par les médecins femmes. Cette relation significative ne s'explique que par une plus grande attention de ces dernières. La CEMA rend la démarche du signalement plus aisée, ce qui explique l'action systématique de signalement via cette structure lorsque son existence est connue. D'ailleurs, il faut déplorer la non-uniformisation nationale de la dénomination de cette structure centralisatrice. L'information de son existence circule avec peine d'autant plus que cet objectif n'est, pour l'instant, pas prioritaire. Le budget est essentiellement consacré à la mise en place du système de recueil informatique et à son fonctionnement. A noter, d'ailleurs que les chiffres exploités sont ceux de 1998 car les techniques informatives se sont modifiées depuis, rendant un comparatif des données impossible. En 2004, la sectorisation des territoires d'Action Médico-sociale doit être modifiée ainsi que le système informatique. Les données demeureront difficiles à comparer ; que dire, par conséquent, de la demande de confronter les chiffres français à ceux d'autres pays? Le terme de signalement n'admet pas la même signification en fonction des cultures. Comment comparer les taux dans ces conditions ? L'ODAS rencontre de nombreuses difficultés pour homogénéiser les méthodes de chiffrage de chaque département, alors gardons-nous de comparer la France aux autres pays. Il est indéniable que la problématique existe. Nous laissons le soin à d'autres, de comparer les

moyens usités pour combattre la maltraitance, les manières de signaler et les chiffres de l'enfance à risque à travers le monde.

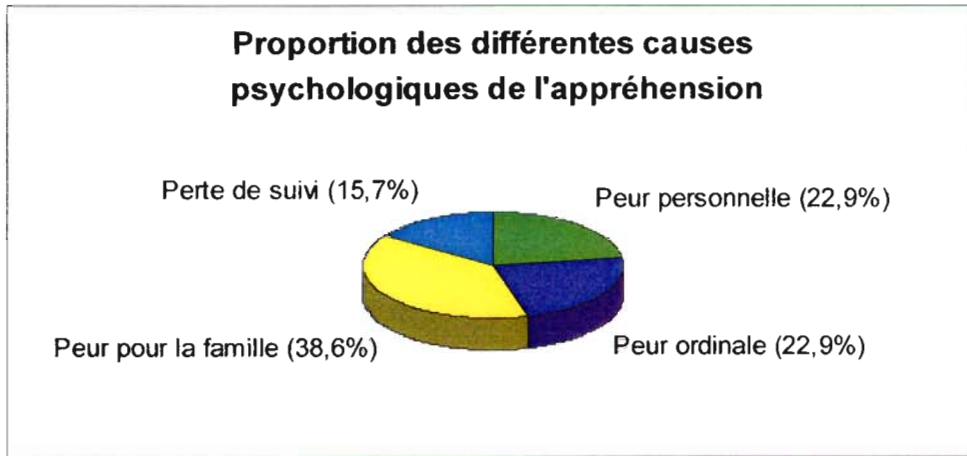
Pour en revenir aux résultats de l'enquête, la voie judiciaire reste pour un quart des médecins, une voie utile au signalement.

L'avant dernière question avait pour ambition d'évaluer la capacité qu'ont les médecins de se renseigner sur leurs droits, devoirs et moyens de prise en charge d'un enfant à risque. En effet, qui de mieux placé que l'Ordre des Médecins, pour renseigner sur le contenu du Code de déontologie. Or 14% des médecins généralistes interrogés ont pris conseil auprès de l'Ordre, soit les deux tiers des praticiens déplorant le fait d'ignorer les structures d'aide à l'enfance et 80% de ceux qui hésitaient quant à l'interprétation du Code. Ce résultat significatif montre que les praticiens sont capables de rechercher l'information, à condition de savoir où. Malgré cela, il reste trop de médecin dans l'ignorance des partenaires de la Protection de l'Enfance qui ne recherchent pas les informations là où elles semblent le plus à même de se trouver, auprès d'une instance qu'aucun Docteur en Médecine ne peut ignorer !

En résumé, les 2/3 des praticiens interrogés se sentent démunis face à une situation d'enfant à risque. Les causes en sont multiples et d'importance variable. L'analyse des résultats fait ressortir un défaut de maîtrise du Code de Déontologie sur ce plan chez 40 % des médecins interrogés, mais sans sembler être le facteur déterminant de l'appréhension du signalement. La méconnaissance des structures de la Protection de l'Enfance, plus marquée chez les hommes et chez les médecins généralistes exerçant en milieu rural, est responsable d'une part significative de cette réticence. D'autres facteurs plus psychologiques sont mis en évidence : la peur des sanctions ordinaires, la peur des représailles personnelles, mais aussi la peur de perdre la patientèle. Cependant, le principal argument évoqué pour expliquer la réticence au signalement de la maltraitance est la crainte significative de bouleverser l'équilibre, aussi précaire soit-il, de l'enfant maltraité, de sa famille et de son entourage, même si d'ailleurs, la maltraitance n'est pas due à un membre du foyer. La culpabilité des parents qui ne se sont doutés de rien ainsi que les modifications des relations pour tenir compte de la souffrance psychosomatique du mineur, entraînent à jamais des changements d'attitude et d'objectifs de vie. Il leur faut trouver un nouvel équilibre.

C'est cette conséquence, bien plus que la perte de la patientèle ou les sanctions ordinaires ou pénales, qui inquiète les médecins généralistes de notre enquête.

Le schéma suivant relate la proportion de chacune des origines psychologiques de l'appréhension du signalement. (cf. questions D2, D4a, D4b, D4c)



-272-

D. Conclusion Générale

L'objectif de cette thèse est de dévoiler une photographie instantanée de la pratique du Secret Médical et la prise en charge d'un enfant en danger, en Meurthe-et-Moselle.

Si l'existence ancestrale du secret médical n'est plus à prouver, la maltraitance à enfant est une pratique tout aussi ancienne. Paradoxalement, la prise de conscience du phénomène est récente. Les premiers balbutiements datent de la fin du XIX^{ième} siècle, mais il faut attendre la seconde partie du XX^{ième} siècle pour constater un réel début.

Dans un premier temps, plusieurs observations sont effectuées et entraînent la validation des constats de la maltraitance physique. A partir de ce descriptif clinique et la mise en relief de l'intérêt des investigations, les mauvais traitements dont sont victimes les enfants acquièrent, enfin, droit de cité dans la pathologie pédiatrique et sociale. Progressivement, la reconnaissance de cette sociopathie multiforme s'impose. L'accélération de la mise en place des moyens de reconnaissance de la maltraitance (moyens psychologiques, sociaux ou médicaux), l'accroissement des différentes façons d'attirer l'attention sur un enfant à risque (numéro vert, associations, centre médico-social, professionnels de la santé, sans oublier la mobilisation des célébrités sur les médias...) et l'élargissement des mesures de protection, témoignent d'une véritable prise de conscience de l'Enfant et de ses droits. Différentes mesures en témoignent, ne citons que la mise à jour de l'article 226-14 du Code pénal en janvier 2004, la déclaration des Droits de l'Enfant en 1994 avec son rappel annuel le 20 novembre, la journée contre la Maltraitance le 23 octobre. La première édition de ces rappels contre l'oubli est très récente : année 2003.

Le secret professionnel demeure problématique. Près de 60% des médecins de notre échantillon avouent ne pas connaître les dérogations légales. Par conséquent, en effet il semble bien que ce soit une conséquence de cette ignorance, seuls 41% de ces mêmes praticiens ont déjà dérogé au secret professionnel. Les trois quarts des médecins exerçant depuis moins de quinze ans n'ont jamais utilisé ces permissions du Code de Déontologie. Il faut en déduire deux possibilités :

- ❖ aucune dérogation ni pour le bien et la santé de la collectivité (cas des déclarations des maladies contagieuses), ni pour le bien de l'individu lui-même (cas des maltraitances à mineurs ou personnes déficientes mentales) ;

- ❖ ignorance du contenu du Code de Déontologie, comprenant ainsi par "dérogations" que celles relatives aux mineurs.

Somme toute, une grande majorité de ceux qui ont déjà utilisé ce droit de déroger au secret professionnel, l'a fait pour protéger un enfant en danger. Dans ce cadre, il existe une relation significative entre la mise en œuvre d'une protection à enfant et l'expérience du praticien.

Au décours de l'analyse des réponses de l'enquête, une vérité s'est imposée : le sentiment d'impuissance ressenti face à une situation d'enfant en danger, admet de nombreuses causes. En revanche, aucun des critères individuels du médecin que sont l'appartenance à la gent féminine ou masculine, le lieu d'exercice ou encore l'expérience professionnelle, ne détermine une cause significative en lui-même.

L'origine multifactorielle du malaise du médecin face à la maltraitance est indubitable. Bien plus que le doute quant à la bonne compréhension du Code de Déontologie, c'est l'ignorance des partenaires de la Protection de l'Enfance qui constitue le principal frein à la prise en charge d'un enfant en danger. La crainte des sanctions ordinaires contribue au malaise chez un peu plus d'un tiers des médecins démunis. 60% des femmes craignent une mauvaise interprétation du Code. A l'inverse, l'isolement dû à l'exercice professionnel en milieu rural, conduit son praticien à connaître au mieux les limites de la profession. Malheureusement, le médecin de campagne se distingue également de ses confrères, par sa plus grande ignorance de l'existence des partenaires de la Protection de l'Enfance. L'isolement professionnel qu'il subit, de part son installation dans un milieu rural déserté, l'oblige à une activité très soutenue, semblant ne lui accorder que peu de temps à la conscience et à la recherche des coordonnées des structures d'aide aux mineurs en danger.

Outre le fait qu'elles appréhendent davantage les sanctions ordinaires, les médecins femmes se distinguent significativement de leurs homologues masculins par une moindre ignorance des structures administro-judiciaires. "Ignorance" est le terme adéquat, puisque les quatre cinquièmes des médecins démunis, déplorent une mauvaise connaissance de la protection infantile ; une différence significative entre les hommes (86%) et les femmes (62%). La moitié des praticiens ignorent seulement les coordonnées des protecteurs de l'enfance, mais le manque de temps les empêche de remédier à cette lacune qu'ils traînent tel un boulet, au fil des ans. De fait, l'expérience professionnelle n'apporte pas la sérénité

escomptée. Les médecins les plus expérimentés n'ont pas davantage été touchés par les campagnes de sensibilisation à la maltraitance que leurs confrères dont l'installation est concomitante à la prise de conscience du phénomène et à la mise en œuvre des premières mesures de protection de l'enfance.

La notion de signalement ne présente pas de difficulté pour les deux tiers des médecins interrogés. En revanche, l'ensemble des réponses du tiers restant, permet d'affirmer que ce ne sont ni l'activité débordante, ni le doute des droits déontologiques qui représentent le frein principal à la dérogation du Secret médical pour maltraitance à enfants. L'ignorance des partenaires de la Protection de l'Enfance est le facteur déterminant. Seule la Protection Materno-Infantile se distingue. Les trois quarts des médecins interrogés rendent compte de son rôle primordial dans la prise en charge de la femme enceinte et de l'enfant de moins de six ans. Ni l'Aide Sociale à l'Enfance ni la Cellule Enfance Maltraitée Accueil ne recueillent une telle faveur. La P.M.I. bénéficie d'une communication induite par les certificats obligatoires de santé. C'est la preuve de l'indispensable relation informative entre les Médecins Généralistes et les partenaires de la Protection. En effet, l'A.S.E., institution plus ancienne encore que la P.M.I., n'est connue que par un tiers de ces mêmes médecins, or aucun document ne les lie. C'est pourquoi, le faible pourcentage (moins de 10%) des praticiens connaissant la CEMA, ne nous étonne pas, compte tenu de sa jeune existence.

A l'inverse des deux structures de terrain, la C.E.M.A. est connue exclusivement des médecins de l'agglomération nancéenne, alors que la P.M.I et l'A.S.E. sont d'autant plus nommées que le praticien est expérimenté et exerce en milieu rural.

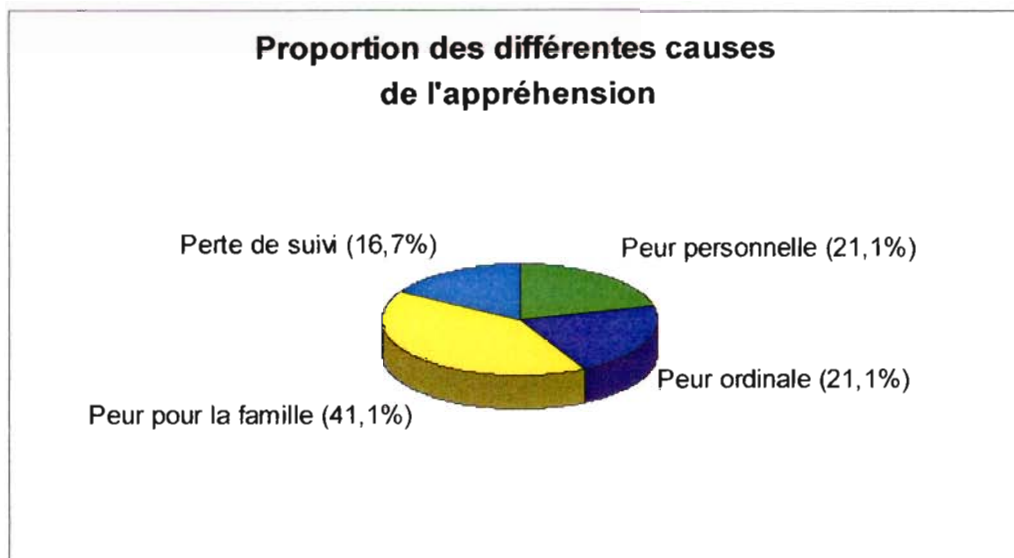
L'analyse de la coopération entre les médecins généralistes et les centres de PMI, aide à comprendre le mode de fonctionnement de la relation. La PMI étant de loin la structure privilégiée des praticiens non-hospitaliers, ce mode peut être étendu à l'ensemble des autres collaborations.

Une relation de travail, entre ces deux parties, est relatée dans 84% des questionnaires. Elle reste limitée en fréquence et, est à mettre à l'instigation de la PMI chez les jeunes médecins installés. Le milieu semi-rural est plus ouvert au partenariat, surtout en comparaison avec le milieu rural. Les médecins de campagne qui craignent significativement moins les sanctions ordinales, ne déplorent pas plus que leurs confrères l'ignorance des structures et pourtant, si globalement ils dérogent davantage au secret professionnel, ce n'est pas en faveur de la protection d'un mineur. Le vieillissement de la population médicale rurale et l'appréhension de détruire l'équilibre d'une famille dont, généralement, ils ont le suivi médical sur plusieurs générations, sont des freins plus importants à la campagne.

Les médecins généralistes doivent devenir des partenaires particuliers de la prise en charge de la maltraitance des enfants, compte tenu du contact privilégié qu'ils ont avec le mineur et sa famille. Ils souffrent d'un manque de savoir sur le sujet et sont, à l'unanimité, demandeurs d'une information adaptée à leur situation. Ils ne sont pas attentifs aux différentes campagnes de sensibilisation grand public. Ils ne prêtent pas attention ni aux appels des associations de défense de l'enfant ni aux communiqués du ministère de la santé. Les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle souhaitent une information adaptée et répétée au cours de l'année via les envois postaux, mais également par Internet et la formation continue.

L'Ordre départemental des Médecins s'est rendu compte de ce fait et a adressé à l'ensemble des médecins, une plaquette informative sur la prise en charge des enfants à risque. L'objectif est d'établir des relations indispensables et sereines entre ces différents partenaires. Il faut que, comme la voie judiciaire, les structures de la Protection de l'Enfance via la C.E.M.A.deviennent des interlocuteurs privilégiés. Cette dernière a atteint son objectif auprès des quelques médecins (femmes et exerçant à Nancy ou son agglomération) qui lui ont fait appel : elle facilite les démarches de signalement. Malheureusement cet observatoire de la maltraitance à enfant a une appellation départementale, ce qui ne facilite pas la diffusion de son existence.

Se confronter à une situation délicate telle que la maltraitance à enfant, est une gageure que moins de 1% des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle a surmonté en 1998. L'appréhension du signalement a pour origine de multiples racines. Chacune d'elles ancre un peu plus le médecin de famille dans sa réticence à signaler. Le schéma suivant illustre l'importance de ces ancrages.



Les obstacles au signalement sont de deux grands types.

L'un peut être considéré comme physique, il s'agit de la méconnaissance des structures de la Protection de l'Enfance. Cet obstacle peut être franchi si une communication entre les différents partenaires s'installe.

L'autre barrière, plus psychologique, demande un travail en profondeur pour qu'une maîtrise de l'acte de signaler soit un garant de la confiance entre les partenaires de la Protection de l'Enfance et les Médecins Généralistes.

Abattre l'arbre de l'appréhension du signalement, c'est ne plus cacher la forêt des enfants en danger. Il faut pour ce faire, réduire les racines de la peur, ramener leurs proportions à une taille humaine et altruiste pour que cet arbre de la peur ne cache plus la forêt des enfants maltraités. Il ne faut pas détruire ce frein naturel, il faut le préserver dans des proportions raisonnables afin qu'il agisse en sentinelle et empêche les signalements abusifs.

E. BIBLIOGRAPHIE

I. Thèses et mémoires

1. **DE BERNIS Luc**
« Réflexions sur le dépistage précoce de la maltraitance à Cherbourg. Propositions pour l'action »-63p. Mém. : D.U. Santé publique : Nancy 1 : 1994
1. **DI-CANDIA Franck**
« Actualité des aphorismes et du Serment d'Hippocrate au travers du code de déontologie médical actuel »-210p.Th.: Méd. : Nancy 1 : 2000 ; 57
2. **GATELET Anne-Marie**
« Le Médecin face à l'abus sexuel. A propos de 138 dossiers judiciaires »-158p. Th.: Méd. : Nancy 1 :1993 ; 192
3. **GODINOT Florence**
« Le syndrome du bébé secoué »-97 p. Mém. : Dipl. Sages-femmes : Nancy 1 : 2003
4. **IMBAULT Eric**
« Mise en place, applications et conséquences pratiques de la loi du 04 mars 2002 sur l'accès au dossier médical au C.H.U. de Nancy » - 27 p. Mém. : D.U. Réparation juridique du dommage corporel : Nancy 1 : 2003
5. **JACQUOT Emmanuel**
« Le Triangle hippocratique : mythe et réalité. Essai d'approche historique, sociologique, psychologique et juridique. »-142 p. Th. :Méd. : Nancy 1 : 1988 ; 231
6. **KUNTZBURGER Florence**
« Les Abus sexuels sur mineurs par des personnes ayant autorité : le problème de la révélation »-80 f. Mém. : D.E.S. Psychiatrie : Nancy 1
7. **LARGUIER Anne-Marie**
« Certificats médicaux et secret professionnel »-227 p. Th. : Droit : Grenoble : 1963 ; 18
8. **LAUSANNE Sylvie Edmond**
« Dépistage et prévention du syndrome des enfants battus »-100 p. Th. : Méd. : Nancy 1 :1984 ;104
9. **LEROY Isabelle**
« Le Médecin Généraliste et le Secret Médical »-126p. Th. : Méd. : Bordeaux 2 : 1996 ; 153
10. **MULLER COLLE Françoise**
« Rupture de la relation Médecin-Malade. Pourquoi les patients changent-ils de Médecin Généraliste ? »-127f.Th. : Méd. : Nancy 1 : 1997 ;72

11. **RACHEBOEUF Brigitte**
« L'évolution du Secret Médical : Approche Juridique de l'article 227-12 du projet de réforme du Code Pénal 35 »-167 f. Th. : Méd : Nancy 1 :1989 ;12
12. **SCHRUB Jean -Marc**
« Secret médical et assurance vie»-non paginé. Mém. :DU Formation médecin-conseil en assurance vie : Nancy 1 :1997
13. **SAURINE DETRE Régine**
« De la difficulté du signalement dans le cadre des abus sexuels »-78f.Mém. : D.U. Santé Publique et communautaire : Nancy 1 : 1995
14. **SUZAT Marie-Laure**
«La Maltraitance infantile : de l'enfant battu à la définition relationnelle de la violence familiale »-209 f.Th.: Méd.: Nancy 1 : 1992 ; 225
15. **THOUVENOT Dominique**
« Les dérogations légales au secret professionnel »-95 f. Th. :Méd. :Nancy1 : 1987 ; 269
16. **TRUONG-MINH T.**, « Confiance, Confidences et Conscience »-non paginé. Th. : Méd. : Amiens : 1990 ; 47
17. **VAGINAY Frédérique**
« Ecouter en Médecine : un aspect de la relation Médecin-Malade à partir d'une enquête auprès de Médecins Généralistes du Rhône et de remplaçants »-137f. Th.: Méd. :Lyon :1997 ; 75
18. **ZARRINKHAMEH Soheil**
« Le Secret médical et les médias en médecine de catastrophes »-14 f. Mém. :Capacité de médecine de catastrophe : Nancy 1 :1999

II. Revues et périodiques

1. **BERGOGNE A.**
« Accès au dossier : les obstacles à surmonter »
Concours Médical, 2002, Vol. 124 (4), pp. 269-270.
2. **BERNARD Mary-Hélène**
« Secret médical »
Revue du Prat. Méd. Générale, 2001, Vol.51 (9), pp.1008-1015
3. **BOU C.**
« Certificats médicaux : comment éviter des conséquences judiciaires »
Revue du Prat. Méd. Générale, 2003, Vol. 17 (621/622), pp. 1027-1029
4. **CONSEIL GENERAL Meurthe-et-Moselle**
Flash sur la « Cellule Enfance Maltraité Accueil » de Meurthe-et-Moselle
En application de la loi N°89-487 du 10.07.1989. NANCY : 2000 ; 29 pages.

5. **CONSEIL GENERAL et PREFECTURE de MEURTHE-ET-MOSELLE, TRIBUNAUX DE GRANDE INSTANCE DE NANCY ET BRIEY**
PROTOCOLE D'ACCORD à l'initiative des autorités judiciaires et administratives de Meurthe-et-Moselle, pour la coordination des interventions relatives aux Mineurs à protéger
 NANCY : 1997 ; 12 pages.

6. **COUMAU Cécile**
 Revue Impact Médecin, 2003, Vol.56, pp.28-32

7. **DELORME J.**
 « La CNIL et le codage des actes »
 Concours Médical, 1995, Vol.117 (18), pp. 1420-1422

8. **DESCHENAUX F-X.**
 « Secret médical dans les assurances et circulation des documents médicaux »
 Revue Méd. de la Suisse Romande, 1996, Vol. 116 (7), pp. 557-560

9. **DOR P.**
 « Le Secret médical et les assurances »
 Revue Méd. de Bruxelles, 1993, Vol. 14 (1-2), pp. 37-42

10. **DOMMERGUES Jean-Paul**
 « Maltraitance de l'enfant »
 Annales de pédiatrie, 1996, Vol. 43 (6), pp. 409-410

11. **DUREUX J-B.**
 « Problèmes éthiques posés par les maladies infectieuses, à propos de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine »
 Annales médicales de Lorraine, 1995, Vol.34 (4), pp.183-188

12. **FLAHAULT-RUSCONI E.**
 « Secret médical et sida »
 Médecine et Hygiène, 1995, Vol. 53 (2091),pp. 2235-2239

13. **LOIRET P.**
 « Le Secret médical et le médecin du travail : histoire et textes »
 Revue du Prat. Méd. Générale, 1993, Vol. 43(13), pp. 1695-1698

14. **Ordre national des Médecins**
 Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, Fiche n°2, 2003 ; 4 pages

15. **PIERARD G.E.**
 « Reconnaître sur la peau des signes de maltraitance infantile »
 Revue Méd. de Liège, 1997, Vol. 52 (5), pp. 320-323

16. **POINDRON Pierre-Yves**
 « Le secret médical »
 Concours Médical, 2003, Vol.125 (6), pp.345-356

17. **QUATREHOMME G.**
« Certificats. Certificats des décès, certificat de coups et blessures, rédaction et conséquences. La réquisition »
Revue du Prat. Méd. Générale, 2000, Vol. 50 (16), pp.1823-1829
18. **REY-SALMON C.**
« Maltraitance et enfants en danger:protection maternelle et infantile: 1ere partie: maltraitance et enfants en danger »
Revue du Prat. Méd. Générale, 2003, Vol.53 (10), pp. 1121-1127
19. **RICHEUX J-Y.**
« L'Europe du Secret Médical :un droit de l'homme sous surveillance »
revue du Prat. Méd. Générale, 1988, Vol 12 (417), pp. 25-28

III. Œuvres littéraires

1. **A.F.I.R.E.M.,Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, M.I.R.E.**
« Secret maintenu, Secret dévoilé à propos de la maltraitance »
Paris : Karthala, 1990 ;121 pages.
2. **FRISON-ROCHE Marie-Anne**
« Secrets professionnels : essai »
Paris : Autrement, 1999 ; 255 pages.
3. **GABEL Marceline, JESU Frédéric, MANCIAUX Michel**
« Maltraitements institutionnelles :accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter »
Paris : Fleurus, 1998 ; 305 pages.
4. **GABEL Marceline, JESU Frédéric, MANCIAUX Michel**
« bientraitances : mieux traiter familles et professionnels »
Paris : Fleurus, 2000 ; 458 pages.
5. **GOSSET D.**
« Maltraitements à enfants »
Paris : Masson, 1996 ; 197 pages.
6. **HOERNI B., BENEZECH M.**
« Le Secret médical: confidentialité et discrétion en médecine»
Paris, Masson, 1996 ; 94 pages.
7. **HOERNI B.,GLORION B.**
« Ethique et déontologie médicale : permanence et progrès »
Paris : Masson, 1996 ; 118 pages.
8. **IGUENANE J., D'IVERNOS J-F., GABEL M.**
« La maltraitance des enfants : guide méthodologique pour la formation continue dans le domaine de la maltraitance des enfants et des adolescents »
Paris, Ed. Ministère des affaires sociales et de l'intégration : 198 ?, 126 pages.

9. **LASSUS Pierre**
« Maltraitements : enfants en souffrance »
Paris : Stock, 2001 ; 319 pages.
10. **LOIRET P.**
« La Théorie du secret médical »
Paris : Masson, 1998 ; 279 pages.
11. **MANCIAUX M., GIRODET D.**
« Allégations d'abus sexuels. Parole d'enfant, paroles d'adultes »
Paris : Ed. Fleurus, 1999 ; 182 pages.
12. **MANCIAUX M., GABEL M., GIRODET D.**
« Enfances en danger »
Paris :Fleurus, 1997 ; 773 pages.
13. **MAZET P. et LEBOVICI S.**
« Maltraitance : le signalement et après ? »
Bobigny : U.F.R. de médecine Santé-Médecine-Biologie Humaine-Département de Psychopathologie Clinique, Biologie et Sociale de l'enfant et de la famille, 1996 ; 79 pages.
14. **SOUTOUL J-H., CHEVRANT-BRETON O.**
« Les Agressions sexuelles de l'adulte et du mineur »
Paris : Ellipses-Marketing, 1994 ; 254 pages.
15. **STERN Jacques**
« La science du secret »
Paris : O. Jacob, 1998 ; 203 pages.
16. **STRAUSS P., MANCIAUX M., DESCHAMPS G.**
« Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements (1972-1975)
PARIS : C.T.N.E.R.H.I., 1978 ; 367 pages.
17. **STRAUSS Pierre, MANCIAUX M., DESCHAMPS Geneviève, ROUYER M.**
« L'enfant maltraité »
Paris : Fleurus, 1982 ; 278 pages.
18. **VILLEY Raymond**
« Histoire du secret médical »
Paris : Seghers, 1986 ; 241 pages.

IV. Sites Internet

1. <http://www.droitsenfant.com/loidefense.htm>
Sur ce site nous retrouvons l'intégral du texte de la loi du 06 mars 2000 instituant un défenseur des droits de l'enfant, ainsi que l'ensemble des textes qui donnent une existence légale à l'enfant et à sa protection. Les liens internet suivants sont

fortement conseillés pour comprendre les difficultés rencontrés lors de la prise en charge d'un mineur en danger.

- Histoire des droits de l'enfant
- Histoire du travail des enfants en France

● **Les textes de références :**

- La Convention Internationale des droits de l'enfant
- Les autres textes

● **Le Point en France et dans le monde :**

- Le point sur la situation des enfants
- Les droits pour les 12-15 ans
- Ce que dit la Loi Française
- Tout (ou presque !) sur le signalement
- L'intégrale de l'ordonnance de 1945
- Le Défenseur des enfants

2. <http://www.mes-droits-enfant.com/>

3. <http://www.odas.net/>

Ce site est le portail de l'observatoire national de l'action social décentralisé. Vous y trouverez, en particulier, les chiffres nationaux de la maltraitance.

4. <http://www.sante.gouv.fr/>

Le site gouvernementale de la santé française.

5. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ce site gouvernemental met à la disposition de chacun l'ensemble des Codes qui régissent la République Française.

6. <http://www.droitsenfant.com/cide.htm>

La consultation de cette page Web relate l'intégrité du texte de la CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT PAR L'ONU : 1989

F. BIOGRAPHIES

1. **APOLLON**, en grec Apollôn, dieu de la mythologie grecque, puis romaine, fils de Zeus et de Létô, frère jumeau d'Artémis (la Diane romaine). Dieu du soleil, de la lumière et du chant, conducteur des Muses, protecteur de l'art de la divination, pacificateur qui écarte tous les maux, Apollon est aussi un dieu de la mort quand il décoche une flèche. Ses attributs sont la lyre et l'arc. Né dans l'île de Délos, il se rendit à Delphes, où il tua le serpent Python et prit possession du lieu où se rendaient les célèbres oracles de la Pythie.
2. **ASCLEPIOS**, en grec Asklépios, dieu de la médecine, dans la mythologie grecque. Fils d'Apollon et de Coronis, fille du roi des Lapithes, Phlégyas, il tenait sa science médicale du centaure Chiron. Asclépios fut foudroyé par Zeus, à la prière d'Hadès, pour avoir contrecarré l'ordre de la nature en rendant les morts à la vie. Représenté parfois sous la figure d'un serpent, mais le plus souvent sous les traits d'un homme à l'aspect bienveillant, il était vénéré dans toute la Grèce, notamment à Épidaure, et devint l'Esculape de la mythologie romaine. Sa fille Hygie était la déesse de la santé.
3. **BASTIEN-LEPAGE Jules**, 1848-1884, né à Damvillers (Meuse), peintre français. Il fut l'élève d'Alexandre Cabanel. Fidèles à la tradition académique, ses portraits et ses tableaux de genre, des scènes paysannes notamment, dénotent cependant un souci de réalisme (Paysanne au repos, les Foins, etc.).
4. **CNIDE** en grec Knidos, ancienne ville grecque du sud-ouest de l'Asie Mineure. La ville antique s'élevait sur une île qui est aujourd'hui rattachée au continent, à l'extrémité de la presqu'île de Resadiye (Turquie). C'est là que se trouvait une des œuvres d'art les plus célèbres de l'Antiquité, l'Aphrodite de Praxitèle, dite Aphrodite de Cnide, dont nous ne connaissons que des copies romaines.
5. **BERNIER François** (Joué, Maine et Loire, 1620 –Paris 1688), voyageur et médecin français ; vécut à la cour d'AURANGZEB en Inde
6. **CONFUCIUS**, forme latinisée de Kongfou-tseu (en pinyin Kongfuzi), philosophe chinois né probablement vers 551 avant J.-C. Sa vie est mal connue. La tradition en fait un haut fonctionnaire du royaume féodal de Lu. Exilé, il dut mener une vie errante jusqu'au jour où, dans sa vieillesse, il put regagner sa patrie. Il ne voulut pas créer une nouvelle doctrine, mais seulement maintenir une vieille tradition de sagesse. Il réunit et publia des œuvres de la littérature classique chinoise et en tira une morale stricte, selon laquelle l'individu a pour devoir de s'adapter à l'ordre universel en remplissant toutes ses obligations, dont les principales sont le culte des ancêtres, la fidélité et l'obéissance aux supérieurs et le respect des anciennes coutumes.
7. **CICERON**, en latin Marcus Tullius Cicero, 106-43 avant J.-C., né à Arpinum, orateur, écrivain et homme d'État romain. Formé à la poésie, puis au droit et à l'éloquence, il gagna brillamment, à 25 ans, un procès contre un protégé de Sylla. À

partir de 77, ses talents d'avocat le menèrent rapidement à la politique. Élu questeur en 75, il attaqua d'abord la noblesse et fit condamner Verrès, prêteur concussionnaire en Sicile (les Verrines). Mais devant la menace révolutionnaire des factions populaires, Cicéron tenta d'accorder chevaliers et sénateurs pour rétablir l'ordre. Consul en 63, il déjoua la conjuration du démagogue Catilina, et écarta en 52 les visées du tribun de la plèbe, Clodius (Pro Milone). Son alliance avec les triumvirs, Pompée, César et Crassus, n'empêcha ni son exil en 58, ni le déclin de son rôle politique. Son retour en 57 masqua en fait l'échec de son idée de tiers parti réunissant les chevaliers et la bourgeoisie d'argent. Gouverneur de la Cilicie en 51, il assista, impuissant et irrésolu, à la guerre civile entre Pompée et César. Il soutint tièdement le premier, puis se réconcilia avec le second, vainqueur. Mécontent du compromis, Cicéron se réfugia dans la philosophie. Mais en 44, l'assassinat de César lui fit espérer le retour de la liberté républicaine et un nouveau rôle politique. Attaquant alors Antoine (les Philippiques), il ne se méfia pas de son rival, Octave, et se condamna. Les deux ambitieux se réconcilièrent à ses dépens et le firent assassiner en 43.

8. **DUPUYTREN** Guillaume, baron, 1777-1835, né à Pierre-Buffière (Haute-Vienne), chirurgien et anatomiste français. Il perfectionna la technique opératoire, inventa des instruments de chirurgie et fonda le musée d'Anatomie pathologique et de Tératologie, installé dans l'ancien couvent des Cordeliers, à Paris. Il a laissé son nom notamment à une maladie d'étiologie inconnue caractérisée par une rétraction de l'aponévrose palmaire à l'origine d'une déformation en griffe de la main.
9. **ESCULAPE** :Asclépiade, en grec Asklêpiades, 124-40 avant J.-C., né à Prousa (Bithynie), médecin grec établi à Rome. Il fonda une nouvelle école et forma de nombreux disciples. Il se révéla farouche détracteur d'Hippocrate, dans la doctrine duquel il ne voyait qu'une méditation sur la mort. Sa thérapeutique était fondée sur des principes d'hygiène et de diététique, complétée par une « psychothérapie » facilitée par sa haute autorité.
10. **GALLIEN**, en latin Publius Licinius Egnatius Gallienus, 218-268, empereur romain de 260 à 268. Lettré et épicurien, il sut à l'occasion faire preuve d'énergie contre les Barbares qui menaçaient l'Empire. Mais il abandonna des provinces aux chefs des armées, qui organisaient la défense et qui en devinrent vite des chefs indépendants. Il fut assassiné par des officiers illyriens.
11. **HIPPOCRATE**, en grec Hippokratês, vers 460-377 avant J.-C., né dans l'île de Cos, médecin grec. Sa vie et son œuvre sont assez mal connues, mais il est considéré comme le « père de la médecine » fondée sur l'observation clinique. Hippocrate a mis au point une méthode d'examen qui reste actuelle 2 500 ans plus tard : le médecin commence par un interrogatoire précis, puis, par l'examen clinique (observation, palpation), il recherche la cause de la maladie. Hippocrate a également donné les premières règles de déontologie médicale, résumées dans le texte qu'on appelle toujours « serment d'Hippocrate ».
12. **HYGIE** : fille d'Asclepios, déesse de la santé

13. **MARX** Karl (Trèves 1818-Londres 1883) ; philosophe et révolutionnaire allemand, fondateur du socialisme scientifique. Parmi les nombreux ouvrages qu'il publia, le Manifeste communiste (1848) et Le Capital (1867) contiennent l'essentiel de sa pensée sur *le matérialisme historique* et sur l'organisation *collectiviste* de la société.
14. **MITTERRAND** François, 1916-1996, né à Jarnac (Charente), homme d'État français. Fonctionnaire du régime de Vichy, puis résistant, il devint secrétaire général aux Prisonniers de guerre à la Libération. Candidat de la gauche unie à l'élection présidentielle de mai 1974, il obtint 49,19 % des suffrages au second tour et échoua donc devant Valéry Giscard d'Estaing. Le 10 mai 1981, recueillant cette fois 51,75 % des voix au second tour, il devint le premier président socialiste de la V^e République. Mais, après la victoire de la coalition libérale aux élections législatives de mars 1986, il dut appeler Jacques Chirac comme Premier ministre. Au terme de cette première période dite de « cohabitation », en mai 1988, François Mitterrand fut réélu à la présidence de la République avec 54,01 % des voix devant Jacques Chirac. En mars 1993, le sévère échec des socialistes aux élections législatives lui imposa, jusqu'au terme de son second mandat présidentiel (1995), une nouvelle période de cohabitation avec un gouvernement cette fois dirigé par Édouard Balladur. François Mitterrand, qui a accompli deux septennats, détient le record de longévité d'un président de la République.
15. **PANACEE** : personnification grecque du remède par la nature
16. **PERICLES**, en grec Periklès, vers 492-429 avant J.-C., né à Athènes, homme d'État athénien. Il était le fils de Xanthippe et le petit-neveu de Clisthène par sa mère Agaristé. Trente années d'une politique ambitieuse lui valurent de porter le régime démocratique et la puissance d'Athènes à leur faîte. C'est pourquoi l'on donne souvent le nom de « siècle de Périclès » à l'âge classique athénien. Quoique membre de la noblesse, Périclès rejoignit le parti démocratique. Il en devint rapidement, notamment grâce à sa remarquable éloquence, l'un des membres les plus influents, et en prit la tête après l'assassinat d'Éphialte, dont il était l'adjoint (462). Après l'ostracisme (envoi en exil) de son adversaire conservateur Cimon (461), il gagna le devant de la scène politique, et fut réélu stratège chaque année jusqu'en 430.
L'épidémie de peste (en réalité sans doute de typhus) qui ravagea Athènes en 430 l'emporta un an plus tard, lui épargnant le spectacle de la déchéance de sa cité.
17. **PYTHAGORE**, en grec Puthagoras, vers 572-497 avant J.-C., originaire de Sámos, philosophe et mathématicien grec ayant fondé une école à Syracuse. Pythagore enseignait que le monde visible est l'expression des nombres et des relations entre les nombres, lesquels recèlent l'essence réelle de l'existence (« tout est nombre »). À cette philosophie mathématique, Pythagore ajoutait une attitude mystico-religieuse, caractérisée par la croyance en la transmigration des âmes et par la pratique de l'ascétisme. Pythagore fonda un système musical lié à ses travaux mathématiques et à la conception cosmologique d'une harmonie universelle. À travers Boèce, qui reprit ses théories, tout le Moyen Âge se référa à l'harmonie pythagoricienne, qui a pour fondement les quatre principaux intervalles consonants : l'unisson, l'octave, la quinte et la quarte.

G. ANNEXES

1. Liste des associations d'aide à l'Enfance

NUMERO VERT : 119

(Service national pour l'enfance maltraitée, gratuit, 24 h/24 h)

ANNE (Association nancéienne pour un Nouvel Espace social)

Cité judiciaire, rue du Général Favier, 54000 Nancy

Tél. : 03 83 90 22 55

AFIREM (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée)

149 rue de Sèvres, 75730 Paris Cedex 15.

Tél. : 01 44 49 47 24/47 25 - Fax : 01 42 73 13 14

APEV (Aide aux parents d'enfants victimes)

22 rue Baudin, 92130 Issy-les-Moulineaux

Tél. : 01 46 48 35 94

ASSOCIATION LORENE RUSSEL - L'ENFANT BLEU

45 rue des Cinq Diamants, 75013 Paris

Tél. : 01 45 88 43 88

BICE (Bureau International Catholique de l'Enfance)

19 rue de Varenne, 75007 Paris

Tél. : 01 44 39 20 00 - Fax. : 01 45 44 83 43

CFES (Comité Français d'Education pour la Santé)

2 rue Auguste Comte, 92170 Vanves

Tél. : 01 41 33 33 33

COFRADE (Conseil Français des Associations pour les Droits de l'Enfant)

(Regroupe 120 associations pour la défense et la promotion des droits de l'enfant)

7 rue St Lazare, 75009 Paris

Tél. : 01 42 80 96 10 - Fax. : 01 42 80 47 19

Comité Français pour l'UNICEF

3 rue Dugay-Trouin, 75006 Paris

Tél. 01 44 39 77 77 - F. : 01 44 39 77 20

ENFANCE MAJUSCULE - Comité Alexis Danan

164 ter, rue d'Aguesseau, 92100 Boulogne

Tél. : 01 46 04 03 37

ENFANCE ET PARTAGE

10 rue des Bluets, 75011 Paris

Tél. : 01 53 36 53 53

EQUIPE D'ACTION CONTRE LE PROXENETISME

(peut se porter partie civile lors des procès pénaux)

Tél. : 01 42 72 71 48

FONDATION POUR L'ENFANCE

17 rue Castagnary, 75015 Paris

Tél. : 01 53 68 16 50 - Fax. : 01 53 68 16 59

FONDATION SCELLES

(Centre de documentation sur la prostitution infantile)

14 rue Mondétour, 75001 Paris

Tél. : 01 40 26 04 45

JURISTES DU MONDE

99-103 rue de Sèvres, 75006 Paris

Tél. : 01 42 71 66 65

SIDA INFO SERVICE

190 boulevard de Charonne, 75020 Paris

Tél. : 01 44 93 16 16 / 0800 840 800

SNATEM (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée)

11 boulevard Brune, 75014 Paris

Tél. : 01 40 44 45 22

SOS Inceste

11 rue Millet, 38000 Grenoble

Tél. : 04 76 47 90 93

UNAF (Union Nationale des Associations Familiales)

28 place Saint Georges, 75009 Paris

Tél. : 01 49 95 36 00 - Fax. : 01 40 16 12 76

VIOLENCE EN PRIVE

6 impasse des Orteaux, 75020 Paris

Tél. : 01 40 24 05 05

LA VOIX DE L'ENFANT

39 rue de Lourmel, 75015 Paris

Tél. : 01 45 77 60 75 - Fax. : 01 45 77 76 66

2. La maltraitance en France : Tableaux et statistiques d'après les relevés de l'O.D.A.S. : 37, Boulevard Saint Germain 75005 PARIS

Signalements(*) d'enfants en danger :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 400	18 500
Enfants à risque	41 000	45 000	49 000	53 000	55 000	65 500	66 600	67 500
Total Enfants en danger	58 000	65 000	70 000	72 000	73 500	83 400	85 000	86 000

Signalement = mesure qui consiste à signaler par un document écrit à l'autorité de tutelle (*en général le Procureur de la République*) tout soupçon ou constat de maltraitance. *Source : ODAS*

Nature de la maltraitance :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Violences physiques	7 000	7 500	7 700	8 200	8 100	6 600	5 800	5 600
Abus sexuels	3 500	4 000	4 200	4 500	4 800	5 500	5 600	5 900
Négligences graves Violences psychologiques	7 500	7 800	7 900	7 400	6 700	5 300	5 500	7 000

Saisines judiciaires :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Saisines judiciaires	36 000	42 000	47 000	49 000	47 500	48 250	48 750	49 000

2. Tests statistiques Khi 2

Le test statistique Khi 2 est significatif au seuil alpha de 0.05 pour probabilité entre les deux variables inférieure à ce seuil. Les tests statistiques apparaissent en **gras**.

Obs	Table	Statistic	DF	Value	Prob
1	Sexe_by_Derog	Chi-Square	1	2.5620	0.1095
2	Sexe_by_Deropratt	Chi-Square	1	0.5654	0.4521
3	Sexe_by_Protect	Chi-Square	1	0.0546	0.8153
4	Sexe_by_Demuni	Chi-Square	1	0.0019	0.9649
5	Sexe_by_Doute	Chi-Square	1	2.3614	0.1244
6	Sexe_by_Meconnu	Chi-Square	1	4.5640	0.0326
7	Sexe_by_Structur	Chi-Square	1	0.1048	0.7461
8	Sexe_by_Temps	Chi-Square	1	0.2584	0.6112
9	Sexe_by_Cema	Chi-Square	1	3.3896	0.0656
10	Sexe_by_Pmi	Chi-Square	1	0.1049	0.7460
11	Sexe_by_Ase	Chi-Square	1	0.2302	0.6313
12	Sexe_by_Tel	Chi-Square	1	0.0038	0.9511
13	Sexe_by_Assoce	Chi-Square	1	0.0017	0.9667
14	Sexe_by_Info	Chi-Square	1	0.3478	0.5554
15	Sexe_by_Travail	Chi-Square	1	0.3972	0.5286
16	Sexe_by_Csqce	Chi-Square	1	0.3985	0.5279
17	Sexe_by_Peur	Chi-Square	1	0.2268	0.6339
18	Sexe_by_Ordre	Chi-Square	1	0.1460	0.7024
19	Sexe_by_Famille	Chi-Square	1	2.5614	0.1095
20	Sexe_by_Suivi	Chi-Square	1	0.0500	0.8232
21	Sexe_by_Anonymat	Chi-Square	1	1.5065	0.2197
22	Sexe_by_Obj_cema	Chi-Square	1	1.8069	0.1789
23	Sexe_by_Contact	Chi-Square	1	6.4163	0.0113
24	Sexe_by_Signal	Chi-Square	1	6.9091	0.0086
25	Sexe_by_Facilite	Chi-Square	1	1.1932	0.2747
26	Sexe_by_Plus	Chi-Square	1	3.3987	0.0652
27	Sexe_by_Saisine	Chi-Square	1	0.1892	0.6636
28	Sexe_by_Conseil	Chi-Square	1	0.0038	0.9511
29	Sexe_by_Lieu	Chi-Square	2	1.3585	0.5070
30	Sexe_by_Nbexerc	Chi-Square	3	4.0588	0.2552
31	Sexe_by_Ouifreq	Chi-Square	1	0.0573	0.8108
32	Sexe_by_Ouiinit	Chi-Square	2	0.5814	0.7477
33	Lieu_by_Derog	Chi-Square	2	0.0950	0.9536
34	Lieu_by_Deropratt	Chi-Square	2	1.1938	0.5505
35	Lieu_by_Protect	Chi-Square	2	4.9481	0.0842

Obs	Table	Statistic	DF	Value	Prob
36	Lieu_by_Demuni	Chi-Square	2	0.5395	0.7636
37	Lieu_by_Doute	Chi-Square	2	7.9780	0.0185
38	Lieu_by_Meconnu	Chi-Square	2	1.9295	0.3811
39	Lieu_by_Structur	Chi-Square	2	0.5405	0.7632
40	Lieu_by_Temps	Chi-Square	2	2.5598	0.2781
41	Lieu_by_Cema	Chi-Square	2	3.4088	0.1819
42	Lieu_by_Pmi	Chi-Square	2	0.2714	0.8731
43	Lieu_by_Ase	Chi-Square	2	1.2664	0.5309
44	Lieu_by_Tel	Chi-Square	2	1.8116	0.4042
45	Lieu_by_Assoce	Chi-Square	2	0.1573	0.9243
46	Lieu_by_Info	Chi-Square	2	1.4171	0.4924
47	Lieu_by_Travail	Chi-Square	2	15.1422	0.0005
48	Lieu_by_Csqce	Chi-Square	2	0.9979	0.6072
49	Lieu_by_Peur	Chi-Square	2	1.5860	0.4525
50	Lieu_by_Ordre	Chi-Square	2	3.0277	0.2201
51	Lieu_by_Famille	Chi-Square	2	0.2144	0.8984
52	Lieu_by_Suivi	Chi-Square	2	1.5646	0.4573
53	Lieu_by_Anonymat	Chi-Square	2	2.0825	0.3530
54	Lieu_by_Obj_cema	Chi-Square	2	3.6239	0.1633
55	Lieu_by_Contact	Chi-Square	2	4.5016	0.1053
56	Lieu_by_Signal	Chi-Square	2	3.8496	0.1459
57	Lieu_by_Facilite	Chi-Square	2	4.0657	0.1310
58	Lieu_by_Plus	Chi-Square	2	2.2941	0.3176
59	Lieu_by_Saisine	Chi-Square	2	0.6455	0.7242
60	Lieu_by_Conseil	Chi-Square	2	0.8710	0.6469
61	Lieu_by_Nbexerc	Chi-Square	6	5.8610	0.4389
62	Lieu_by_Ouifreq	Chi-Square	2	2.6299	0.2685
63	Lieu_by_Ouiinit	Chi-Square	4	5.2970	0.2582
64	Nbexerc_by_Derog	Chi-Square	3	6.1492	0.1046
65	Nbexerc_by_Deropratt	Chi-Square	3	5.6506	0.1299
66	Nbexerc_by_Protect	Chi-Square	3	11.1209	0.0111
67	Nbexerc_by_Demuni	Chi-Square	3	2.8635	0.4132
68	Nbexerc_by_Doute	Chi-Square	3	4.6780	0.1970
69	Nbexerc_by_Meconnu	Chi-Square	3	3.1818	0.3644
70	Nbexerc_by_Structur	Chi-Square	3	0.5211	0.9142
71	Nbexerc_by_Temps	Chi-Square	3	1.6024	0.6588
72	Nbexerc_by_Cema	Chi-Square	3	2.0718	0.5576
73	Nbexerc_by_Pmi	Chi-Square	3	0.9328	0.8175
74	Nbexerc_by_Ase	Chi-Square	3	5.1094	0.1640
75	Nbexerc_by_Tel	Chi-Square	3	2.0786	0.5563
76	Nbexerc_by_Assoce	Chi-Square	3	2.3568	0.5017

Obs	Table	Statistic	DF	Value	Prob
77	Nbexerc_by_Info	Chi-Square	3	2.0936	0.5532
78	Nbexerc_by_Travail	Chi-Square	3	6.0875	0.1074
79	Nbexerc_by_Csqce	Chi-Square	3	5.1929	0.1582
80	Nbexerc_by_Peur	Chi-Square	3	1.8643	0.6010
81	Nbexerc_by_Ordre	Chi-Square	3	1.6650	0.6447
82	Nbexerc_by_Famille	Chi-Square	3	2.5516	0.4660
83	Nbexerc_by_Suivi	Chi-Square	3	2.0106	0.5702
84	Nbexerc_by_Anonymat	Chi-Square	3	0.3296	0.9544
85	Nbexerc_by_Obj_cema	Chi-Square	3	1.0489	0.7894
86	Nbexerc_by_Contact	Chi-Square	3	1.3319	0.7216
87	Nbexerc_by_Signal	Chi-Square	3	0.9764	0.8070
88	Nbexerc_by_Facilite	Chi-Square	3	2.2176	0.5285
89	Nbexerc_by_Plus	Chi-Square	3	3.3987	0.3341
90	Nbexerc_by_Saisine	Chi-Square	3	3.3565	0.3399
91	Nbexerc_by_Conseil	Chi-Square	3	2.0786	0.5563
92	Nbexerc_by_Ouifreq	Chi-Square	3	1.1024	0.7765
93	Nbexerc_by_Ouiinit	Chi-Square	6	6.1678	0.4047
100	Peur_by_Ordre	Chi-Square	1	1.9561	0.1619
101	Peur_by_Famille	Chi-Square	1	9.0835	0.0026
102	Peur_by_Suivi	Chi-Square	1	1.3678	0.2422
103	Peur_by_Anonymat	Chi-Square	1	1.9333	0.1644
104	Demuni_by_Deropratt	Chi-Square	1	2.2262	0.1357
105	Demuni_by_Protect	Chi-Square	1	0.0000	1.0000
106	Demuni_by_Doute	Chi-Square	1	0.6703	0.4129
107	Demuni_by_Meconnu	Chi-Square	1	6.1765	0.0129
108	Demuni_by_Structur	Chi-Square	1	1.3996	0.2368
109	Demuni_by_Temps	Chi-Square	1	0.4928	0.4827
110	Conseil_by_Doute	Chi-Square	1	4.0697	0.0437
111	Conseil_by_Meconnu	Chi-Square	1	2.1456	0.1430
112	Saisine_by_Protect	Chi-Square	1	6.0392	0.0140



VU

NANCY, le **6 février 2004**
Le Président de Thèse

NANCY, le **9 février 2004**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur **J.D. DE KORWIN**

Professeur **H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **12 février 2004**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **J.P. FINANCE**



Résumé :

La prise de conscience de la maltraitance des enfants date de moins d'un quart de siècle. Elle a introduit une difficulté supplémentaire dans l'exercice médical du fait du Secret Professionnel.. La problématique à laquelle peuvent être confrontés tous les médecins est la suivante : **signaler un enfant à risque dans le respect du Code de Déontologie Médicale.**

Moins de 1% des signalements effectués en 1998, en Meurthe-et-Moselle proviennent des Médecins Généralistes. L'objectif de ce travail est de dévoiler les multiples obstacles et ce, grâce à une enquête effectuée auprès d'un échantillon de 100 médecins représentatif de la profession médicale du département. Les 2/3 des praticiens interrogés se sentent démunis face à une situation d'enfants à risque. Les causes en sont multiples et d'importance variable. L'analyse des résultats fait ressortir un défaut de maîtrise du Code de Déontologie sur ce plan chez 40 % des médecins interrogés, mais sans sembler être le facteur déterminant de l'appréhension du signalement. La méconnaissance des structures de la Protection de l'Enfance, plus marquée chez les hommes et chez les médecins généralistes exerçant en milieu rural, est responsable d'une part significative de cette réticence. D'autres facteurs plus psychologiques sont mis en évidence : la peur des sanctions ordinaires, la peur des représailles personnelles, mais aussi la peur de perdre la patientèle. Cependant, le principal argument invoqué pour expliquer la réticence au signalement de la maltraitance est la crainte significative de bouleverser l'équilibre, aussi précaire soit-il, de l'enfant maltraité, de sa famille et de son entourage.

Titre en anglais :

Professional Secret among General Practitioners and Children Maltreatment in Meurthe-et-Moselle.

Thèse : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2004

Mots clefs :

Enfant maltraité
Médecin de famille
Confidentialité
Relation interprofessionnelle
France

Intitulé et adresse de l'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex