HAL
open science

Mineurs en danger en France : place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. A propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains

Emilie Mataigne Weisse

To cite this version:

Emilie Mataigne Weisse. Mineurs en danger en France : place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. A propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01734227

HAL Id: hal-01734227

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734227v1

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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-thesesexercice-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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2013

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Emilie MATAIGNE épouse WEISSE

Le 17 décembre 2013

MINEURS EN DANGER EN FRANCE : PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE.

À propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Kabuth,	Professeur	Président
M. le Professeur Lemelle,	Professeur	Juge
M. le Professeur Boivin,	Professeur	Juge
Mme le Docteur Cavaré-Vigneron,	Docteur en médecine	Directrice

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie »	**:**	**Mme la Professeure Karine ANGIOI**
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain »	**:**	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**
Vice-Doyen Mission « Finances »	**:**	**Professeur Marc BRAUN**

Assesseurs

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle : • **« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »**	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
• **« *DES Spécialité Médecine Générale* »**	**Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Commission de Prospective Universitaire :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	**M. Christophe NEMOS**
- Vie Étudiante :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Vie Facultaire :	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Étudiants :	**M. Xavier LEMARIE**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

- PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

- MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

- MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

- MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

- DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur B. Kabuth,

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et nous vous en remercions sincèrement.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur J-L. Lemelle,

Professeur de Chirurgie Infantile

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur J-M. Boivin,

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Directrice de Thèse,

Madame le Docteur S. Cavaré-Vigneron,

Pédiatre, Praticien Hospitalier

Votre dévouement et votre passion pour votre travail sont immenses, vous êtes un exemple pour moi.

Vous m'avez fait un immense honneur en acceptant de juger et de diriger notre travail.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde admiration et de mon profond respect.

À tous les médecins qui ont participé à notre travail. Sans vous, l'aboutissement de ce projet n'aurait pu avoir lieu. Merci pour votre disponibilité et pour les souvenirs parfois douloureux que vous nous avez confiés.

À Madame le Docteur Nathalie Thilly du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy, pour ses conseils éclairés quant à la réalisation de mon travail.

Aux chefs de clinique du département de Médecine Générale qui animent les ateliers thèse-mémoire, pour leur disponibilité et leurs conseils.

À Monsieur le Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance de Metz, Monsieur Pierre-Yves Couilleau, pour avoir aimablement accepté de me rencontrer et pour m'avoir accordé un peu de votre temps.

À Madame Sandrine Waloczczyk, Expert en protection de l'enfance au sein de la CDIP de Moselle. Merci d'avoir provoqué notre rencontre. J'espère que notre travail vous sera utile.

À toutes les personnes qui ont marqué mon internat, et en particulier au Docteur Laugros et à toute son équipe avec lesquels j'ai passé une année.

Aux médecins de Courcelles-Chaussy, Dr Franck Schaff, Dr Pierre Werts, Dr Alexandra Brucker, Dr Jocelyne Kurzawa et Dr Laurent Dez, qui m'ont accordé leur confiance. Merci pour votre aide et votre soutien au cours de mes différents remplacements. Travailler à vos côtés est très agréable.

À Déborah, Ghislaine et Véronique, pour leur accueil, leur écoute et leur soutien, en particulier cet été…

À Jean-Philippe, mon mari. Merci pour la patience (et oui…) dont tu as fait preuve tout au long de ce travail, merci d'être chaque jour à mes côtés, de me soutenir et de m'épauler, et merci d'être encore et toujours mon meilleur ami. Merci d'être un si bon papa. Je t'aime.

À mes deux petites chéries d'amour, Justine et Léonie. Pour vos câlins, vos bisous, vos éclats de rire, vos bêtises aussi. Vous êtes les trésors de ma vie, vous êtes ma raison d'être. Je vous aime.

À mes parents. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez inculquées, pour votre soutien sans faille.

À ma mère. Pour ton amour, ton attention, ton écoute et tes encouragements. Pour me soutenir et pour tout ce que tu as toujours fait pour nous. Pour ton aide aussi et pour t'occuper si bien de mes deux petites chéries.

À mon père. Pour m'avoir encouragée et soutenue quand j'ai décidé de me lancer dans la médecine. Et à Véronique, pour ce que tu apportes à mon père.

À Xavier, mon "petit" frère. Merci pour la complicité qui nous unit et pour cette belle relation que nous partageons, que ça dure encore et toujours. Prends bien soin, d'Anaïs. Anaïs, t'avoir comme belle-sœur est une chance.

À tous mes cousins et cousines, ainsi qu'à mes oncles et tantes, que nos belles réunions de famille durent encore longtemps.

À mes grands-parents, déjà partis.

À ma belle-famille,

À Martine et Brice, tout est si simple avec vous. Merci pour tout, pour tout ce que vous faites pour nous et pour Justine et Léonie.

À Marie, sans toi, mon arrivée n'aurait pas été la même…

À Valentine ma filleule.

Ainsi qu'au reste de la famille… et à ceux, malheureusement absents.

À tous mes amis, et en particulier :

À Pédro, pour être le parrain de Léonie, et à PP, Aurélie et Pierre.

À Elsa, notre amitié compte beaucoup à mes yeux, qu'elle dure encore très longtemps.

À Gilbert, pour ta disponibilité, tes conseils avisés et pour m'avoir enseigné les rudiments de l'entretien en Sociologie.

À Justin, voisin et ami et à Caro.

À Céline, Stéphanie, même si les rencontres se font rares. Merci pour votre soutien et pour ce que nous partageons.

À Marielle et Sébastien, Victo, Alexane et Nöeline, et aux "Dos".

À tous les autres…

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 matières

Introduction..... 21

I. Place du médecin généraliste face à l'enfance en danger..... 22

A. Généralités.....22

B. Les écrits médicaux.....26

1. Certificats médicaux.....26
2. Information préoccupante.....27
3. Signalement.....29

C. Textes législatifs et organisation de la protection de l'enfance..... 30

1. Obligation de dénonciation et secret professionnel..... 31
2. Textes législatifs organisant la protection de l'enfance en France..33
3. La loi du 5 mars 2007..... 35
4. La cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP)..... 38
   a) Objectif des CRIP.....38
   b) Fonctions de la CRIP..... 39
   c) Mise en place des cellules en Lorraine..... 42
5. L'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE).....43
6. Autres intervenants en protection de l'enfance..... 44
   a) Aide sociale à l'enfance (ASE)..... 44
   b) Protection maternelle et infantile.....45
   c) Juge des enfants.....45
   d) Procureur de la République.....45
   e) L'éducation nationale.....46
7. Les interventions administratives et judiciaires en protection de l'enfance.....46
   a) Les prestations sociales..... 47
   b) Les mesures de protection judiciaire.....49

II. Enquête auprès de médecins généralistes lorrains..... 50

A. Méthode : une enquête qualitative..... 50
1. Choix de la méthode qualitative.....50
2. Choix de la technique des entretiens semi-dirigés..... 50
3. Recrutement de l'échantillon..... 51
4. Guide d'entretien.....54
5. Déroulement des entretiens.....57
6. Entretien-test..... 58
7. Plan d'analyse des entretiens..... 59

B. Résultats des entretiens..... 60
1. Ressenti général.....60
2. Constitution de l'échantillon.....61
a) Motifs de refus de participation..... 61
b) Motivations des médecins généralistes..... 63
3. Présentation de l'échantillon..... 63
a) Lieu d'exercice.....63
b) Age et année d'installation des médecins interrogés..... 64
c) Mode d'exercice, investissements professionnels supplémentaires.....65
d) Catégories socio-professionnelles de la patientèle..... 66
e) Activité de pédiatrie..... 67
4. Déroulement des entretiens.....68
a) Entretien-test avec un médecin généraliste..... 68
b) Entretiens avec les médecins généralistes.....68
5. Le vécu et le ressenti des médecins généralistes.....69
a) Difficultés liées à la définition de la maltraitance..... 70
b) Dépistage des enfants maltraités par les médecins généralistes en pratique.....71
c) Prise en charge des enfants maltraités par les médecins généralistes en pratique..... 78
d) Difficultés rencontrées lors du dépistage..... 80
e) Difficultés rencontrées lors de la prise en charge..... 87
f) Ressenti des médecins à l'égard des situations de maltraitance infantile.....98
6. Besoins et propositions des médecins généralistes..... 106

III. Discussion……113

A. Choix de méthode qualitative et des entretiens semi-dirigés…… 113

B. L'échantillon…… 115
1. Constitution de l'échantillon…… 115
2. Présentation de l'échantillon…… 117

C. Les différentes formes de sévices sur mineurs rencontrées par les médecins généralistes lorrains……119
1. La maltraitance physique…… 119
2. La maltraitance sexuelle…… 121
3. La maltraitance psychologique ou cruauté mentale…… 123
4. La négligence lourde…… 123
5. Le syndrome de Münchhausen par procuration……124
6. Les autres formes de maltraitance…… 126

D. Clignotants, limites du diagnostic et difficultés ressenties par les médecins…… 128
1. Indicateurs et facteurs de risque de maltraitance…… 128
2. Définition et limites en pratique…… 129
3. Formation des médecins généralistes libéraux…… 131
4. Environnement de l'enfant…… 131
5. Mode d'action et partenariat des médecins généralistes…… 132
6. Réticence et craintes des médecins généralistes…… 135
7. Autres difficultés……135

E. Implications pratiques de notre thèse…… 136

IV. Conclusion……139

Bibliographie…… 140
Annexes…… 146
Lexique…… 169

Nous devons à nos enfants, les éléments les plus précieux de toute société, une vie libre de peur et de violence. »

Nelson Mandela.

Introduction

En 1962, Henry Kempe, pédiatre, publie un des premiers articles incontournables en matière de maltraitance infantile dans le revue JAMA *(The Journal of the American Medical Association)* : « The battered-child syndrome » (1). Cet article décrit, en autre, les caractéristiques de la maltraitance des enfants.

Près d'un siècle avant lui, en 1860, Ambroise Tardieu, médecin légiste français décrivait déjà le syndrome de l'enfant battu dans «Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants ». Il y détaillait avec précision les caractéristiques cliniques de la maltraitance, mais abordait aussi les particularités des auteurs de ces violences et évoquait le caractère volontaire des lésions.

Ces dernières décennies, la notion d'enfance maltraitée a progressivement évolué. La loi du 5 mars 2007 a profondément réformé notre système de protection de l'enfance. Et, à la notion de « maltraitance infantile », s'est substituée celle « d'enfant en danger ».

En Lorraine, les cellules de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes constatent une augmentation constante du nombre de mineurs en danger. Ainsi, en 2012, la CEMMA a traité environ 2700 situations de mineur en danger, La CDIP de la Moselle en a traité, quant à elle, environ 3500, la CRIP 55, environ 1500, et la CRIP 88 a reçu environ 400 informations préoccupantes.

Pourtant, aujourd'hui, le thème de la maltraitance envers les enfants est très souvent absent des publications françaises alors qu'il s'agit d'un réel problème de santé publique. Elle sévit partout, est bien souvent le fait des parents et touche toutes les classes de la population. Aujourd'hui encore, elle reste trop souvent dissimulée et constitue un sujet difficile à aborder. Pour les enfants qui en sont victimes, le dépistage par les médecins constitue parfois leur seule chance d'échapper à la chronicité des violences. Le rôle des médecins généralistes est donc primordial en protection de l'enfance.

Notre travail s'attarde sur une situation particulière de l'exercice de la médecine générale, qui n'appartient heureusement pas, au quotidien des médecins. Après un rappel concernant l'organisation de la protection de l'enfance en France, nous exposerons les résultats de notre étude dont l'objectif principal est de faire un état des lieux des pratiques de dépistage et de prise en charge de la maltraitance infantile, et de recueillir le ressenti des médecins généralistes lorrains. L'objectif secondaire est d'essayer d'améliorer la prise en charge en médecine libérale, en apportant d'éventuelles solutions aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes.

I. Place du médecin généraliste face à l'enfance en danger.

A. Généralités.(2)(3)

Lors d'une conférence de presse organisée par *The Lancet* en décembre 2008, après avoir analysé les conclusions d'études menées dans des pays à haut revenu, il est apparu que 10% des enfants seraient concernés par une forme de violence, et que seul un dixième d'entre eux serait reconnu (4).

Les données épidémiologiques de la maltraitance infantile, nous permettent d'avancer, sans grande crainte, que **tous les professionnels de la santé** amenés à rencontrer des enfants seront, au cours de leur carrière, confrontés à une situation de mineur en danger.

Les données de la littérature relatives à la place du médecin généraliste dans le système de protection de l'enfance sont peu nombreuses. Pourtant, le médecin généraliste, de par sa position au sein de la famille, tient un rôle fondamental tant pour le repérage que pour la prévention des sévices sur mineurs. Outre l'appréciation de la santé physique de l'enfant, la consultation au cabinet médical et les visites à domicile sont autant de moments privilégiés d'observation de l'enfant, de ses liens et relations avec ses parents et de la dynamique familiale. Cette position permet au médecin généraliste de prendre en charge l'enfant dans sa globalité et d'être parfois le témoin de situations cachées.

Le médecin généraliste est donc souvent en première ligne pour le repérage des mineurs en danger. Il sera parfois le seul à avoir l'opportunité de faire le diagnostic de mauvais traitements à enfant et à pouvoir signaler cette situation. C'est pourquoi, il est indispensable que chacun d'entre eux soit vigilants dans la reconnaissance des éléments séméiologiques et des facteurs de risque permettant d'évoquer une possible maltraitance (5), mais ils doivent également savoir évoquer ce diagnostic chaque fois que la situation les y engage. Ceci n'est pas toujours chose facile, la maltraitance infantile étant encore aujourd'hui entourée d'une atmosphère de déni et de tabou. De plus, la position du médecin généraliste au sein de la famille peut représenter une sorte de handicap, celui-ci étant parfois considéré comme un "juge" plutôt que comme un "conseiller". Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2011 sur le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins, l'amélioration du repérage et l'augmentation du nombre de signalements de maltraitance dépendent beaucoup du niveau de connaissance acquis par le médecin ou du professionnel de l'enfance sur cette problématique (6).

Les articles 43 et 44 du code de déontologie définissent le rôle du médecin dans une situation de sévices à enfants. Le signalement d'une situation de sévices à enfants est d'abord, comme le rappelle l'Ordre national des médecins dans son bulletin d'information de mars 2013, un devoir déontologique (article 44 du code de déontologie) (7), c'est aussi une obligation morale et d'assistance. C'est au médecin qu'incombe la lourde responsabilité d'estimer la situation et d'envisager les différentes solutions possibles avant de prendre une décision. Mais, le signalement est aussi une permission de la loi, comme le stipule l'article 226-14 du code pénal, qui est à rapprocher de l'article 434-3 du même code.

Cependant, un médecin ne saurait rester passif devant une telle situation sans encourir les peines citées dans ***l'article 223-6 du code pénal*** réprimant la non-assistance à personne en danger.

En effet, le médecin s'expose à des poursuites judiciaires s'il s'est abstenu de signaler des faits de mauvais traitements sur mineurs qui étaient connus de lui.

Faire face à une situation de maltraitance sur un enfant peut entrainer des difficultés personnelles pour les médecins :

En matière de sévices sur mineurs, chaque étape est sujette à questionnement et génère son lot de difficultés pour le médecin libéral : repérage, diagnostic, prise en charge. D'après le Dr Pernot-Masson, pédopsychiatre, « les obstacles les plus difficiles à surmonter sont internes à notre psychisme… toute situation de maltraitance est infiltrée d'une sidération de la pensée. » (8). C'est cette sidération de la pensée qui empêche le parent de contenir sa violence, l'enfant de faire comprendre aux adultes ce qu'il subit ou de comprendre lui-même que cette situation est anormale, les professionnels d'envisager l'éventualité même d'une telle situation ou au contraire qui les amènent à en être fasciné (effet tout aussi néfaste pour la prise en charge de l'enfant). La suspicion de sévices sur un enfant provoque en général l'effroi, ce qui, implicitement peut parfois amener les médecins à repousser cette idée. De plus, une dimension affective qui amène les professionnels à s'identifier à l'enfant en rapport avec sa propre enfance ou bien au parent en rapport avec un statut social proche, peut parfois entraver le diagnostic. Il peut être difficile pour un médecin, et peut-être plus particulièrement pour le médecin traitant, de concevoir qu'un parent puisse intentionnellement faire du mal à son enfant, surtout s'il entretient avec la famille des relations chaleureuses. On parle même parfois « d'idéalisation des parents par les médecins » (9).

Face à une découverte ou une suspicion de sévices, le premier pas du médecin doit être d'apprécier l'urgence : urgence de soins parfois, mais la plupart du temps il s'agit de la nécessité de soustraire l'enfant, le plus rapidement possible, à la situation de danger. En cabinet de médecine libérale, une méthode facilement utilisée reste l'hospitalisation de l'enfant dans un service de pédiatrie. Ce dernier peut ensuite se charger d'évaluer la

situation et de faire un éventuel signalement. L'enfant peut être hospitalisé avec l'accord d'un des deux parents. Il peut être nécessaire, en cas de suspicion de maltraitance, de donner un faux prétexte afin d'obtenir plus facilement cet accord et pour ne pas risquer la fuite de la famille. La prise de contact téléphonique avec le médecin sénior du service qui accueille l'enfant est alors indispensable afin d'expliciter le véritable motif de l'hospitalisation. Cependant, il arrive que l'accord parental soit impossible à obtenir. Dans ce cas, il faut alors immédiatement prévenir le Procureur de la République ou son Substitut au Parquet (assurant une permanence 24H/24, les coordonnées étant disponibles auprès des services de police et de gendarmerie). Un signalement écrit, daté et signé par le médecin doit toujours faire suite. Le médecin devra également contacter le Procureur de la République s'il constate que l'enfant n'a finalement pas été hospitalisé, en effet c'est au médecin de s'assurer que l'enfant a bien été amené en hospitalisation. Si le médecin estime que la situation ne requiert pas de soustraction immédiate de l'enfant à son milieu, il peut (doit) adresser une information préoccupante au Président du conseil général, qui par l'intermédiaire de la cellule de recueil départementale, prendra alors les dispositions qui s'imposent. En retour, la cellule départementale doit tenir le médecin informé de l'évolution de la situation pour l'enfant. En pratique, cette distinction entre information préoccupante et signalement que doit faire le médecin libéral n'est pas toujours évidente. L'ONED, suite à son enquête de 2008 sur la mise en place des CRIP après la loi de 2007, fait le constat suivant : « Concernant les médecins libéraux, il semble que, majoritairement, ils ne soient pas informés de l'existence de la cellule et du cadre de la loi du 5 mars 2007. » (10) Le choix entre information préoccupante ou signalement repose, normalement, sur le degré de gravité et d'urgence de la situation de danger, en pratique, il semble que les médecins font le choix de s'adresser à la CRIP ou au Parquet plutôt en fonction des relations qu'ils ont nouées avec l'un ou l'autre (9).

En pratique, le premier réflexe d'un enfant victime d'abus ou de ses parents, est rarement de se rendre à la gendarmerie ou au commissariat. Le médecin généraliste a souvent une position de référent pour la famille. Il est celui vers lequel elle se tourne en premier pour toutes sortes de "problèmes" et plus encore en situation de maltraitance. Il est donc en première ligne et, à ce titre, parfois "utilisé" par les familles. C'est le cas, parfois, dans des situations bien particulières comme les cas de divorces au cours desquels les parents ne parviennent pas à s'entendre pour la garde des enfants par exemple. Le médecin est alors consulté pour obtenir de sa part un certificat médical attestant de fausses allégations d'un parent vis-à-vis de l'autre. Qui est alors le véritable maltraitant ? Il s'agit là d'un cas de maltraitance psychologique pour l'enfant qui devient l'objet voire le complice du combat qui oppose ses parents. Le médecin doit être particulièrement vigilant et prudent.

Ceci explique, en partie, pourquoi les médecins hésitent souvent à signaler : ils ont peur de déclencher une procédure judiciaire lourde, de faire exploser une famille (si ce n'est pas déjà le cas), de faire une erreur de jugement ou des éventuelles poursuites judiciaires qui pourraient être engagées à leur encontre. A ce titre, il faut rappeler que depuis la loi

n°2004-1 du 2 janvier 2004, si après signalement par un médecin de bonne foi, la maltraitance n'est finalement pas avérée, toute poursuite pénale ou ordinale est impossible (11). Le médecin ne pourra être condamné que s'il est prouvé qu'il savait que les faits qu'il a dénoncé avaient un caractère inexact.

L'Article 226-10 du code pénal définit l'infraction de dénonciation calomnieuse :

« La dénonciation, effectuée par tout moyen et dirigée contre une personne déterminée, d'un fait qui est de nature à entraîner des sanctions judiciaires, administratives ou disciplinaires et que l'on sait totalement ou partiellement inexact, lorsqu'elle est adressée soit à un officier de justice ou de police administrative ou judiciaire, soit à une autorité ayant le pouvoir d'y donner suite ou de saisir l'autorité compétente, soit aux supérieurs hiérarchiques ou à l'employeur de la personne dénoncée, est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

La fausseté du fait dénoncé résulte nécessairement de la décision, devenue définitive, d'acquittement, de relaxe ou de non-lieu, déclarant que le fait n'a pas été commis ou que celui-ci n'est pas imputable à la personne dénoncée.

En tout autre cas, le tribunal saisi des poursuites contre le dénonciateur apprécie la pertinence des accusations portées par celui-ci. »

De plus, il ne peut pas y avoir de sanctions disciplinaires à l'encontre du médecin si le signalement a été fait dans les conditions prévues par l'article 226-14 du code pénal.

Ce fut ensuite la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance qui a simplifié le signalement aux médecins en créant notamment les cellules de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes. Malheureusement, toutes ses évolutions législatives ne sont peut-être pas bien connues de tous.

En consultation au cabinet, face à une situation de maltraitance infantile, le médecin doit conserver une attitude empathique et rassurante envers l'enfant. Il ne faut pas montrer de réaction exagérée. L'HAS recommande de noter les propos de l'enfant et de son accompagnateur dans le dossier médical et non dans le carnet de santé. Les mots employés par l'enfant devront être fidèlement retranscrits, de même que son comportement, son attitude, mais sans y donner d'interprétation. Il peut être nécessaire de s'entretenir seul avec l'enfant, après lui avoir expliqué et qu'il ait donné son accord. Il peut être intéressant également de s'entretenir seul avec la personne qui a accompagné l'enfant. Toutes ses informations doivent être consignées sans y ajouter de commentaire ou d'interprétation personnelle (5).

En cas de doutes ou de questionnement, le médecin peut faire appel à d'autres professionnels de l'enfance : il peut prendre contact avec la cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes de son département ; en dehors des

horaires auxquels elle est joignable, il peut également téléphoner au numéro national le 119, joindre les urgences pédiatriques ou un pédiatre hospitalier, le Conseil de l'ordre des médecins ou encore les services de PMI. En cas d'urgence il devra contacter le Procureur de la République, joignable 24h/24.

Finalement, on ne demande pas au médecin de prendre parti, il n'est ni juge ni policier, il n'a pas à établir de preuves. Dans tous les cas, il est fortement recommandé aux médecins de ne pas rester seuls, de rompre l'isolement afin de ne pas laisser perdurer une situation dramatique.

B. Les écrits médicaux.

Dans toutes situations de sévices sur mineurs, le médecin peut être amené à rédiger un certain nombre de documents.

1. Certificats médicaux. (12, 92)

Le Conseil national de l'Ordre des médecins définit le certificat médical de la façon suivante : « document établi sur papier à en-tête du médecin dont l'objet est de consigner, en termes techniques mais compréhensibles, les *constatations médicales que le médecin a été en mesure de faire lors de l'examen ou d'une série d'examens* d'un patient ou d'attester de soins que celui-ci a reçus. »

Le médecin peut être amené à rédiger, à la demande du représentant légal de la victime ou sur réquisition, un certificat médical initial, qui décrit les lésions. Le médecin ne peut se soustraire à cette demande. Ce certificat ne peut être établi que par un médecin inscrit au tableau de l'ordre des médecins et qui a examiné le patient.

Il est de préférence dactylographié et doit comporter :

- L'identité complète et la qualité du médecin ;
- La date et l'heure de l'examen et la date du certificat (qui peut être différente de la date de l'examen si celui-ci a été réalisé avant);
- L'identité précise de l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse, sexe) ;
- L'identité du représentant légal qui accompagne l'enfant ;
- Les faits énoncés par l'enfant avec ses propres mots, les circonstances ;
- Description précise des lésions (nature, localisation, taille, couleur, …) ;
- Description des signes négatifs (douleur sans lésion apparente) ;

- Description du comportement de l'enfant ;
- Les éventuelles conséquences immédiates ;
- Les soins réalisés et prévus, les examens complémentaires avec leur résultat ;
- L'évaluation de l'incapacité totale de travail (ITT) si c'est possible. (Difficile en pratique pour les enfants, si le médecin ne peut la déterminer, il ne faut pas la préciser.)
- Le cas échéant : l'identité et la fonction du requérant de la réquisition.
- De noter enfin : « certificat médical établi à la demande de … (noter le nom du représentant légal) et « remis en main propre », ou « certificat établi sur réquisition de … »

Tous ces éléments doivent être recueillis le plus objectivement possible, sans interprétation, ni commentaire et sans conclure à une relation de cause à effet entre les éléments observés et les dires du patient ou de son représentant légal. Les propos de l'enfant seront retranscrits à l'identique.

Selon la Haute Autorité de Santé, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la réalité des faits, la responsabilité d'un tiers, le caractère volontaire ou non des violences subies. Elle recommande au médecin de conserver un double du certificat.

Le certificat doit être remis au représentant légal de l'enfant sauf si celui-ci est impliqué dans les faits dénoncés.

Enfin, ce certificat ne se substitue pas au signalement, le médecin doit donc transmettre de son côté un signalement ou une information préoccupante.

La Haute Autorité de Santé a édité un modèle de certificat médical initial, consigné en *annexe 1*.

2. Information préoccupante.

La loi de 2007 ne définit pas légalement la notion d'information préoccupante.

L'ONED définit une information préoccupante comme *« tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur ».*

Les Etats Généraux de l'Enfance proposent la définition suivante (13) :

« L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil général sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :
– Soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées être en danger ou en risque de danger,
– Soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.
La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. »

A titre d'exemple, la définition retenue en Moselle est la suivante :
« L'information préoccupante désigne toute information laissant supposer qu'un enfant est - ou risque d'être - en danger au sens de l'article 375 du code civil (si la santé, la sécurité, la moralité, les conditions de l'éducation ou du développement physique, affectif, intellectuel et social sont compromises ou risquent de l'être) et qu'il ne bénéficie d'aucune aide ou de mesure de protection judicaire et/ou administrative visant à le mettre hors de danger, ou que ces mesures dont il bénéficie ne permettent pas de le mettre hors de danger ou d'enrayer l'aggravation du danger. »

En pratique, le médecin n'est pas un enquêteur, il doit transmettre à la CRIP les informations qui sont de nature à lui faire craindre qu'un enfant est en danger ou qu'il existe un danger potentiel pour cet enfant. Cette situation ne doit pas revêtir de caractère d'urgence, auquel cas, c'est le signalement qui s'impose. Concrètement, le médecin prend contact avec la CRIP, éventuellement avec le médecin si la cellule en est dotée, soit par téléphone, soit par courrier. Si la cellule est contactée par téléphone, une confirmation écrite devra également être transmise. L'information préoccupante n'est pas un certificat médical.

Comme pour la rédaction d'un signalement, le médecin doit être "observateur", il doit retranscrire les faits qu'il a pu constater, sans interprétation, sans désigner d'auteur supposé. Si, pour un enfant ayant déjà fait l'objet d'une information préoccupante, le médecin juge que les mesures mises en place sont insuffisantes ou s'il pense qu'il faut approfondir la situation, une nouvelle information préoccupante peut être transmise à la cellule.

Dans le cas des médecins libéraux, qui ne peuvent donc bénéficier d'une réflexion partagée avec d'autres confrères, il est recommandé de faire appel aux professionnels de la CRIP de leur département, qui pourront déterminer avec eux si la situation de l'enfant relève de l'information préoccupante.

Dans la mesure du possible, le représentant légal de l'enfant doit être informé de la transmission d'une information préoccupante (sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant, art L226-2-1 du CASF.)

Le Conseil général de Meurthe-et-Moselle propose une fiche d'information préoccupante dans son guide pour l'Aide Sociale à l'Enfance de 2013. *(Annexe 2)*

Pour la CDIP en Moselle, une information préoccupante doit comporter, dans la mesure du possible, tous les éléments suivants :

- Les coordonnées du professionnel à l'origine de l'IP ;
- La date de transmission à la CDIP ;
- Enfant(s) concerné(s) : nom, prénom, date de naissance, adresse ;
- Nom et Prénom des parents, et adresse ;
- Préciser si les parents ont été ou non informés de l'IP, et pourquoi ;
- Contenu de l'IP : faits observés, propos de l'enfant…

3. Signalement.

Il est du devoir du médecin de signaler.

Le signalement a une double finalité : la première est de protéger l'enfant et sa fratrie…, la seconde est de dénoncer l'auteur des faits. Il doit donc être fait le plus vite possible afin de soustraire l'enfant à la situation de danger.

Depuis la loi de 2007, le terme de signalement est réservé aux situations de danger qui sont transmises au Procureur. Il n'est pas définit juridiquement, aucun texte de loi ne précise son contenu ou ses modalités de transmission au Procureur de la République. Tout comme l'information préoccupante, le signalement n'est pas un certificat.

Cependant, le signalement devra comporter un certain nombre d'informations :

- L'identité précise et la qualité de la personne qui signale ;
- La date, l'heure et le lieu du signalement ;
- L'identité exacte du mineur, sa date de naissance, sa position éventuelle dans la fratrie ;
- Description de ce qui a été entendu ou constaté par le médecin, sans interprétation ;
- Description minutieuse de l'examen clinique, du comportement de l'enfant ;
- Les propos de l'enfant en notant les mots et expressions qu'il a employé.
- Description des propos et du comportement de l'accompagnateur de l'enfant.

Il est important d'utiliser le conditionnel et de mettre entre guillemets tous les propos qui sont rapportés par l'enfant ou l'accompagnateur.

Le médecin doit rester observateur, il ne doit pas donner d'interprétation ou de commentaires personnels, il ne doit pas non plus désigner l'infraction, ou désigner l'auteur supposé des sévices, il doit décrire la situation.

Afin d'aider le médecin, un modèle de signalement a été édité en concertation par le Conseil national de l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère des Affaires sociales et de la Santé et les associations de protection de l'enfance *(Annexe 3)*. Ce signalement type est disponible sur le site de l'Ordre national des médecins. (92)

Le signalement devra être transmis par écrit au Procureur de la République, après l'en avoir avisé par téléphone, en envoyant un fax et un courrier avec accusé de réception. Le médecin conservera une copie du signalement.

Pour envoyer un signalement, il n'est pas nécessaire que le médecin obtienne l'autorisation du patient s'il s'agit d'un mineur de moins de 18 ans.

Le médecin est tenu d'informer les patients de son signalement (loi du 5 mars 2007), sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. Aucune copie du signalement ne pourra leur être remis, il ne s'agit pas d'une pièce du dossier médical, mais bien d'une partie du dossier judiciaire.

C. Textes législatifs et organisation de la protection de l'enfance.

Le code de déontologie médicale prévoit l'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la Médecine, qui s'imposent à tous praticiens. Il précise notamment les devoirs des médecins envers les patients. En présence de sévices à mineurs, deux articles définissent le rôle du médecin (14) :

Article 43 du code de déontologie :

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

Article 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. »

Différents textes de loi confèrent aux médecins des devoirs et obligations relatifs à la protection de l'enfance. Le médecin est aujourd'hui le professionnel référent en matière de protection de l'enfance en danger. Il est, la plupart du temps, le premier interlocuteur vers lequel les familles se tournent lorsqu'elles sont confrontées à de telles situations. Il a donc fallu des adaptations légales pour concilier protection de l'enfant et pratiques médicales.

Le Code civil, dans l'article 375, précise les modalités de protection d'enfant en danger (15) :

***Article 375 du Code civil**:*
« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public.
[…]
Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir. »

D'autres réglementations régissent les sévices sur mineurs : le Code de Déontologie et le Code Pénal.

1. Obligations de dénonciation et secret professionnel.

Le médecin a obligation de dénoncer tous sévices sur mineurs parvenus à sa connaissance dans le but de protéger l'enfant. Mais, en tant que professionnel de santé, il est également soumis au secret professionnel, comme le précise l'article 4 du Code de Déontologie inclus dans la code de la santé publique :

Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique) :

« 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 secret professionnel est un devoir du médecin, comme le précise l'**article 226-13 du code pénal** (16). Pourtant la loi prévoit des dérogations, notamment pour protéger les mineurs ou personnes vulnérables. Le code pénal prévoit en effet une exception légale au secret professionnel en permettant la dénonciation de sévices dans le cadre suivant :

Article 226-14 du code pénal (17) ***:***

« 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 :

[…] 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 un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

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

L'article 226-14 du code pénal est à rapprocher du code 434-3 du même code :

Article 434-3 du code pénal :

« 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 code pénal s'applique à tous citoyens et à fortiori à tous les médecins. Il définit les différentes infractions punissables, notamment en matière de sévices à mineurs, et précise

les sanctions correspondantes. L'obligation de dénonciation de sévices est rappelée dans **l'article 223-6 du code pénal** qui précise les sanctions encourues en cas de non-dénonciation ou de non-assistance à une personne en péril.

Cet article est à rapprocher de l'article 434-1 du code pénal :

Article 434-1 du code pénal :

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende.

[…] Sont [également] exceptées […] les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

Ainsi le médecin a le devoir de signaler aux autorités compétentes (administratives ou judiciaires), mais il doit aussi s'en tenir au secret professionnel et ne communiquer que les informations permettant de prendre en charge l'enfant de la manière la plus appropriée qui soit.

2. Textes législatifs organisant la protection de l'enfance en France. (18)(19)

La philosophie du dispositif français en matière de protection de l'enfance place l'autorité parentale au premier plan : les parents sont les premiers en charge à protéger leurs enfants. En cas de manquement des parents à cette fonction fondamentale, le dispositif prévoit d'autres formes de protection, administrative ou judiciaire.

Article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles, créé par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 :

« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents… »

L'article 371 du code civil débute par *« L'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère. »* La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale avait modifié cet article en y ajoutant :

Article 371 – 1 du code civil :

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

(Cet article est aujourd'hui modifié par la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.)

<u>Textes législatifs organisant le système de protection de l'enfance en France :</u>

- La loi du 28 décembre 1874 dite « loi Roussel » relative à la protection des enfants du premier âge, et en particulier des nourrissons ;
- La loi du 24 juillet 1889 relative à la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés ;
- La loi du 19 avril 1898 sur la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants, elle prévoit l'aggravation du délit lorsque l'auteur est l'ascendant ou le gardien de l'enfant ;
- Ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à l'enfance et l'adolescence en danger pour la protection judiciaire ;
- Le décret n° 59-101 du 7 janvier 1959 modifiant et complétant le code de la famille et de l'aide sociale en ce qui concerne la protection de l'enfance sur le plan administratif.
- Le décret n° 75-1118 du 2 décembre 1975 modifiant et complétant le décret 59-100 du 7 janvier 1959 relatif à la protection sociale de l'enfance en danger ;
- La loi n° 84-422 du 6 juin 1984 relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et du statut des pupilles de l'Etat.

- La loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 développe l'ensemble du cadre légal de l'aide sociale à l'enfance (20), et transfère aux Présidents des conseils généraux les compétences de l'ASE ;

- La Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
- La loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, elle "lève" notamment le secret professionnel en cas de sévices sur mineur.
- La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Elle modifie le CASF, code civil et code de l'éducation. Elle s'inscrit dans une volonté de prévention des sévices sur mineurs. Elle clarifie le système français de protection de l'enfance en distinguant les interventions administrative et judiciaires, elle place l'enfant au cœur de ce dispositif et le Président du conseil Général comme chef de file.
- La loi n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux.

3. La loi du 5 mars 2007. (21)

Depuis la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, aucune réforme n'était venue modifier le dispositif français de Protection de l'Enfance.

Cette nouvelle loi, réforme la protection de l'enfance et confie au conseil général la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. Elle fait de la prévention un des axes majeurs du dispositif de protection de l'enfance. Elle aménage le secret professionnel et instaure la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire.

Cette loi a plusieurs enjeux :

- ***Clarification des missions :***

- Elle homogénéise le vocabulaire utilisé ; à la notion d'enfants « victimes de mauvais traitements », introduit par la loi du 10 juillet 1989, se substitue celle d'enfants « en danger ou risque de l'être ».
- Les parents restent les premiers acteurs de la protection de l'enfance, mais en cas de défaillance de leur part, la protection de l'enfance donne la priorité aux mesures sociales, la protection judiciaire n'intervenant qu'en cas d'impossibilité pour les services sociaux de remédier à la situation. Ceci vient positionner le Président du Conseil Général en tant qu'acteur primordial de la protection de l'enfance.

- ***<u>Prévention des sévices :</u>***

- Elle développe le rôle médico-social de la PMI, en confiant l'organisation des missions de la PMI au Président du Conseil Général. Alors que la PMI ne relevait que du code de la santé publique, la loi du 5 mars 2007 l'inscrit dans le Code de l'action sociale et des familles.

- Elle donne une base légale à certaines actions de prévention primaire destinées à toute la population (entretien pré natal individuel du 4ème mois de grossesse systématique, organisation du suivi des parents dans la période post natale par les services de PMI, systématiser le bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans à l'école maternelle) et instaure pour tous les enfants un bilan de santé systématique à 9, 12 et 15 ans.

- ***<u>Organisation des signalements :</u>***

- Création des cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes. Cette mesure doit permettre de clarifier le mode d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, en créant un parcours unique pour tous les enfants et en évitant aux professionnels d'avoir à décider seul, de l'autorité à saisir.

  Article L. 226 – 3 du CASF :
  « *Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être … en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.*
  Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire […]
  Les informations […] sont transmises sous forme anonyme à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance […] et à l'Observatoire national de l'enfance en danger […] »

  La loi réserve donc le terme de signalement à la saisine du Procureur de la République.

- La loi, par **l'article L. 226-2-2 du CASF** organise le partage d'informations à caractère secret dans l'intérêt de l'enfant et dans le but de protéger les mineurs. Ces informations ne sont transmises qu'aux personnes soumises au secret professionnel et concernent uniquement les données relatives à la situation. La transmission

d'informations ne peut se faire qu'après autorisation du représentant légal de l'enfant, sauf si ceci est contraire à l'intérêt de l'enfant.

- L'article **L. 226-4 du CASF** réorganise le mode de saisie du Procureur de la République. Il maintient la possibilité de l'avertir directement des sévices à mineurs en cas d'importante gravité des faits constatés. Dans ce cas, une copie du signalement doit également être adressée au Président du Conseil Général ; et, dans un souci d'amélioration du suivi et de la prise en charge de l'enfant, le Procureur doit, en retour, transmettre ses données au Président du Conseil Général et à l'auteur du signalement. L'article prévoit donc une gradation dans le recours au Parquet qui ne sera averti qu'en second lieu, si la protection administrative n'a pas permis de remédier à la situation :

- La création d'Observatoires départementaux de l'Enfance en Danger (ODPE), qui sont placés sous la direction du Président du conseil général ; leur principale mission est, en partenariat avec l'ONED, de mieux connaitre l'Enfance en Danger. Ils sont créés par l'article L. 226-3-1 du CASF.

- ***<u>L'enfant est placé au cœur du dispositif :</u>***

- Au travers de l'article L. 112-4 du CASF, la loi définit trois axes qui doivent guider les décisions concernant l'enfant : l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux (physique, intellectuels, sociaux et affectifs), le respect de ses droits (selon la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (22)).
- La possibilité d'audition de l'enfant dans le cadre de procédures judiciaires qui le concernent.
- Pour faciliter la continuité du suivi et éviter de perdre de vue des enfants dont la famille aurait déménagé, la loi prévoit la possibilité pour le Président du Conseil Général du département d'origine de transmettre les informations concernant l'enfant en danger au Président du Conseil Général du département d'accueil (***Article L. 226-3-2 du CASF).***

- ***<u>Prise en charge adaptée et diversifiée :</u>***

- L'évaluation de la situation de l'enfant doit aboutir à la conception d'un document personnalisé appelé « projet pour l'enfant », qui doit permettre la continuité du suivi de l'enfant. Cette évaluation permet l'attribution d'éventuelles prestations. La loi de 2007 met en place des nouvelles modalités : mesure d'accompagnement en

économie sociale et familiale ; mesure d'aide à la gestion du budget familial ; possibilité d'accueil en urgence de mineurs pendant trois jours sans l'accord des parents mais sous réserve de les informer ou d'en informer le procureur de la République ; accueil de jour ; accueil périodique ou modulable, dans le cadre d'une mesure administrative d'accueil provisoire ; l'AEMO avec hébergement, dans des conditions très encadrées juridiquement.

- La loi favorise également la continuité des liens entre l'enfant et ses deux parents, en organisant les droits de visite.

- ***Renforcement de la formation des personnels concernés par la protection de l'enfance :***

- L'article 25 de la loi (qui complète le code de l'éducation et le CASF) prévoit de renforcer la formation initiale et continue de tous les intervenants en protection de l'enfance (médecins, personnels médicaux et para médicaux, travailleurs sociaux, enseignants…). Une partie de cette formation devrait être commune aux différents corps de métiers.

4. La cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). (23)

L'information préoccupante comprend tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger ou puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner.

a) Objectifs des CRIP.

La CRIP joue un rôle central dans la Protection de l'Enfance. Elle constitue une interface indispensable entre les différents professionnels intervenants : ASE, PMI, Parquet, autres professionnels (médecins, professionnels de l'Education Nationale, hôpitaux…), le SNATED. Ce dernier service par l'intermédiaire du 119, numéro national, recueille les appels concernant des enfants en danger ou risque de l'être et transmet à chaque cellule départementale les informations préoccupantes.

La finalité de la loi du 5 mars 2007 est décrite dans ***l'article premier*** :

« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt-et-un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. »

La création des CRIP permet d'assurer la protection de l'enfant, de porter à la connaissance des différents acteurs de la protection de l'enfance les informations les plus exhaustives possibles afin d'optimiser la prise en charge de cet enfant et de mettre en œuvre les prestations les mieux adaptées à sa situation personnelle.

La prise en charge d'un enfant en danger relève d'une coordination pluridisciplinaire. Celle-ci ne peut se faire qu'à la condition du partage des informations entre les différents professionnels amenés à intervenir dans le parcours de l'enfant victime, afin d'améliorer au mieux la situation de l'enfant. Avant la loi de réforme de Protection de l'Enfance, ce partage n'était pas autorisé et les professionnels étaient donc soumis à d'éventuelles actions pénales pour non-respect du secret professionnel (article L. 226-2-2 introduit dans le CASF). Le partage des informations ne peut se faire qu'entre professionnels soumis au secret professionnel de par leur profession ou par la mission qui leur est confiée, et seulement si ces professionnels ont à intervenir dans le traitement de l'information préoccupante. Les informations transmises ne doivent concerner que les éléments relatifs à la situation, dans le respect de la vie privée de l'enfant et de sa famille.

Finalement, la centralisation des informations préoccupantes par la CRIP vise à clarifier l'entrée dans le dispositif de protection (parcours unique pour chaque enfant), à éviter l'engorgement des Parquets en mettant en première ligne la protection administrative (le passage à la judiciarisation étant décidé en cas d'insuffisance de cette première méthode), de recueillir et suivre le traitement des informations préoccupantes.

b) Fonctions de la CRIP.

- La CRIP constitue un lieu unique de recueil de manière à éviter toute déperdition d'informations. Elle peut recueillir des informations de toute nature émanant de

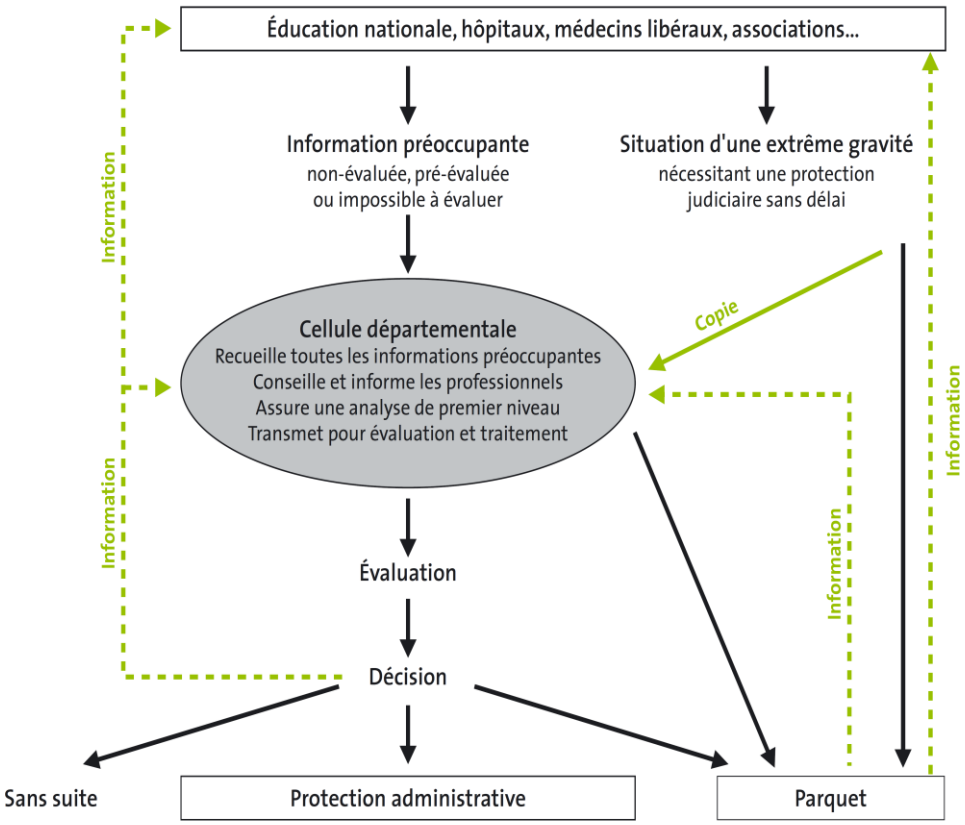
professionnels ou de tous citoyens, ceci imposant la connaissance de cette structure par le plus grand nombre. En cas de gravité de la situation, lorsque le Parquet a été avisé directement, la cellule doit être informée (article 12 de la loi du 5 mars 2007). Ainsi, au niveau départemental, la cellule a vocation à être destinataire de toutes les informations préoccupantes ou les signalements adressés au Parquet.

« Lorsque le procureur a été avisé par une autre personne, il transmet au président du conseil général les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à ce dernier. »

- Elle peut également avoir une fonction de conseil pour tous les professionnels qui se retrouvent confrontés à une situation d'enfant en danger et qui doutent sur la meilleure attitude à adopter.

Schéma issu du Guide pratique protection de l'enfance : « la cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes. » édité en 2011 par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé (23) *:*

Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être



- La cellule est garante du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. Elle procède à une première évaluation pour déterminer si la situation relève d'une protection juridique et donc d'une transmission rapide au Procureur de la République. Si ce n'est pas le cas, la cellule doit veiller à ce qu'une évaluation de la situation soit faite par les services départementaux ou d'autres acteurs de la protection de l'enfance dans les meilleurs délais.

- Elle doit être informée de toutes les décisions prises, qu'elles soient administratives ou judiciaires et doit veiller également à ce que toutes les personnes qui ont déposé une information préoccupante soient informées de l'issue du traitement de l'information préoccupante.

Article L. 226-5 du CASF :

« Le président du conseil général informe les personnes qui lui ont communiqué des informations dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle ou d'un mandat électif des suites qui leur ont été données. Sur leur demande, il fait savoir aux autres personnes l'ayant informé si une suite a été donnée. En cas de saisine de l'autorité judiciaire, il en informe par écrit les parents de l'enfant ou son représentant légal. »

- La cellule départementale participe à l'observation de l'enfance en danger. Elle transmet, sous forme anonyme, l'ensemble des informations en sa possession à l'ODPE ainsi qu'à l'ONED (24).

- L'évaluation par la cellule : elle va, dans un premier temps, chercher à confirmer ou infirmer le danger pour l'enfant. En cas de décision d'intervention, il s'agit de répondre aux besoins de l'enfant en danger en fonction de sa situation, de sa famille et de son environnement. Cette phase d'évaluation doit permettre le recueil de données les plus rigoureuses possibles afin de prendre les décisions les plus adéquates. Pour recueillir ces données, la cellule peut prendre contact avec l'enfant, les membres de sa famille, les personnes de l'entourage de la famille, les différents professionnels connaissant l'enfant (elle peut donc être amenée à prendre contact avec le médecin traitant). Au terme de cette évaluation, un rapport d'évaluation est édité, il permet une compréhension globale et multi disciplinaire de la situation de l'enfant. Durant la durée de l'évaluation, il incombe à la cellule de veiller à la protection de l'enfant, afin de ne pas retarder une éventuelle mesure de protection. **(Article L. 226-2-1 du CASF)**

Ainsi, elle adapte la réactivité du traitement des informations à la gravité de la situation et a pour finalité de privilégier les mesures administratives les plus appropriées à la

situation de l'enfant, tout en essayant d'impliquer, au maximum, l'enfant et sa famille. Elle constitue une réelle interface entre les signalants et les décideurs.

c) Mise en place des cellules en Lorraine.

D'après le 7ème rapport de l'ONED, en 2011, les 101 départements français disposent d'un dispositif centralisé de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (25).

La dénomination actuelle des cellules est variable :

- En Meurthe-et-Moselle, la CEMA (cellule enfance maltraitée accueil) a d'abord été mise en place en 1990, ses missions ont ensuite évolué conformément à la loi réformant la protection de l'enfance, ainsi elle est devenue la **CEMMA** en 2009 (Cellule de Protection de l'Enfance, Meurthe-et-Moselle Accueil). Elle est composée de quatre professionnels dont un médecin. Elle est joignable du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 (0 810 27 69 12, n° Azur).

- En Meuse, il s'agit de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes la **CRIP 55**. Elle est joignable du lundi au vendredi, de 8h à 18h au 03 29 77 37 08, et en dehors de ces horaires, un renvoi automatique sera prochainement mis en place vers le numéro national 119. Les informations préoccupantes peuvent également être adressées à la cellule par courriel : crip55@cg55.fr. Elle ne comporte pas de médecin, elle travaille en temps normal avec le médecin départemental du service de la solidarité du Conseil Général, et avec un médecin de PMI référent.

- En Moselle, la Cellule Départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (**CDIP**) est composée de 7 agents, ne comporte pas de médecin et travaille donc avec les médecins de PMI si nécessaire. Elle fonctionne de 8h à 18h sans interruption du lundi au vendredi. Elle assure une permanence téléphonique au siège de la Direction de l'Enfance, de la Famille et de l'Insertion à Metz. Elle est joignable au 0 800 05 6789 (numéro vert à destination du public). Pour les professionnels, les numéros utiles sont consignés dans la plaquette en *annexe 6*. En dehors de ces horaires, un relais automatique est assuré par le numéro national du SNATED, le 119.

- Dans les Vosges, la **CRIP 88** est joignable du lundi au vendredi, au 03 29 38 52 39 de 8h à 12h et de 14h à 18h. Elle ne comporte pas de médecin, en cas de besoin elle travaille donc en partenariat avec un médecin de PMI.

5. L'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE). (26)

La loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'Enfance institue, au sein du Groupement d'intérêt public Enfance maltraitée, l'Observatoire national de l'enfance en danger. L'objectif de l'ONED est de rassembler les informations des différentes sources possibles afin de disposer d'une vision globale de l'enfance en danger au niveau national. Par la création des Observatoires nationaux de la protection de l'enfance, la loi du 5 mars 2007 vient parfaire ce système d'observation en favorisant un dispositif homogène et cohérent sur le territoire national. La mise en place de ce dispositif vise à permettre l'adaptation des politiques locales en matière de protection de l'enfance.

L'observatoire est placé sous l'autorité du Président du conseil général.

Pour évaluer l'enfance en danger au niveau départemental, le recueil de certaines informations est nécessaire :

- le contexte départemental (notamment démographique et socio-économique) ;
- les informations relatives à l'enfance en danger (notamment, en plus du dénombrement des informations préoccupantes et des signalements, les caractéristiques de la situation de l'enfant, la provenance des informations préoccupantes et des signalements) ;
- les indicateurs relatifs aux décisions prises dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance ;
- les indicateurs relatifs aux décisions judiciaires ;
- Les indicateurs relatifs aux capacités d'accueil des établissements d'enfants et d'adolescents ;
- Les informations relatives à la prévention ;
- Les informations relatives aux dépenses départementales de protection de l'enfance.

L'article 16 de la loi du 5 mars 2007 modifie ***l'article L. 226-3-1 du CASF*** comme suit:

« Dans chaque département, un observatoire départemental de la protection de l'enfance, placé sous l'autorité du président du conseil général, a pour missions :

1° De recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations anonymes transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de l'enfance en danger ;

2° D'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L. 312-8 ;

3° De suivre la mise en œuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;

4° De formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département.

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance comprend notamment des représentants des services du conseil général, de l'autorité judiciaire dans le département et des autres services de l'Etat ainsi que des représentants de tout service et établissement dans ce département qui participe ou apporte son concours à la protection de l'enfance, et des représentants des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille.

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance établit des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'Etat et de l'autorité judiciaire. »

6. Autres intervenants en protection de l'enfance.

a) Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

L'ASE accompagne les enfants et les familles en grande difficulté, par l'intermédiaire d'aides comme l'assistance éducative ou encore le versement de prestations financières.

L'ASE est un service départemental, elle est régie par le Code de l'Action sociale et des familles (articles L.221-1 à L.228-6). Ses missions sont définies dans ***l'article L. 221-1 du CASF***, elles peuvent être résumées de la façon suivante :

- apporter un soutien matériel, éducatif ou psychologique au mineur en danger et à sa famille ;
- organiser des actions de prévention de la marginalisation et de l'inadaptation sociale ;
- mener en urgence des actions de protection des mineurs en danger ;
- pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation ;
- mener des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et organiser le recueil et la transmission des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou en risque de l'être ;
- veiller à ce que les liens d'attachement noués entre le mineur et d'autres personnes soient maintenus.

b) Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du Président du conseil général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 ans.

Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement des services de PMI sont définis dans les articles L2111-1 et L2112-2 du Code de la Santé publique et l'article L2112-6 du même code concernant la protection de l'enfant en cas de mauvais traitements.

c) Juges des Enfants. (27)

Le juge des enfants est spécialement compétent au sein du tribunal de grande instance, pour s'occuper des mineurs en danger et des mineurs auteurs d'infraction.

Le juge des enfants intervient quand la santé, la sécurité ou la moralité d'un enfant sont en danger. Il peut être saisi par diverses personnes :

- Le père, la mère ou les deux ;
- La personne ou le service à qui a été confié l'enfant,
- Le mineur lui-même,
- Le Procureur de la République,
- Le Juge des enfants lui-même.

Dans le cadre de l'enfance en danger, il travaille en étroites relations avec les services sociaux et éducatifs. Il peut être amené à prononcer diverses décisions comme des mesures de placement, des mesures d'assistance éducative ou des mesures d'aide à la gestion du budget familial.

(Articles L. 252-1 à L.252-4 du code de l'organisation judiciaire.)

d) Procureur de la République.

Le Procureur est un acteur majeur de la protection de l'Enfance. C'est lui qui reçoit les signalements des cellules départementales, des professionnels, des hôpitaux, des professionnels de l'éducation nationale, des services de police ou de gendarmerie ou de tous particuliers confrontés à une situation de mineurs en danger.

Il a deux rôles principaux : protéger l'enfant en prenant des mesures adaptées pour faire cesser la situation de danger et punir les auteurs des sévices, car c'est lui qui décide s'il est nécessaire ou non d'engager des poursuites en justice pénale.

Selon la gravité de la situation, le Procureur peut prendre diverses décisions :

- Si la situation est urgente, il peut décider d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), dans l'attente de l'intervention du juge des enfants.
- Il peut également décider de l'intervention des services de police ou de gendarmerie, qui pourront le cas échéant placer l'auteur des sévices en garde à vue.
- Il peut décider de la Saisine du juge des enfants.
- Il transmettra l'information à la CRIP.

e) L'Education nationale.

Le service social et de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education nationale, a un rôle bien particulier. Les médecins de l'Education nationale ont pour rôle de veiller au bien-être des élèves et à leur réussite, ils ont des actions spécifiques de repérage, prévention, diagnostic, d'évaluation de situations pathologiques et d'orientation. En matière de mauvais traitements à enfants, ils doivent aider les enseignants à repérer les situations d'enfant en danger, ils peuvent alors être amenés à rédiger des informations préoccupantes ou des signalements au Procureur de la République. A ce titre, l'ONED précise, dans son enquête sur les informations préoccupantes de 2011, que le premier partenaire des conseils généraux en termes de signatures de protocoles est l'Education nationale ; ce qui constitue un facteur positif de communication avec les conseils généraux et notamment les cellules de recueil des informations départementales.

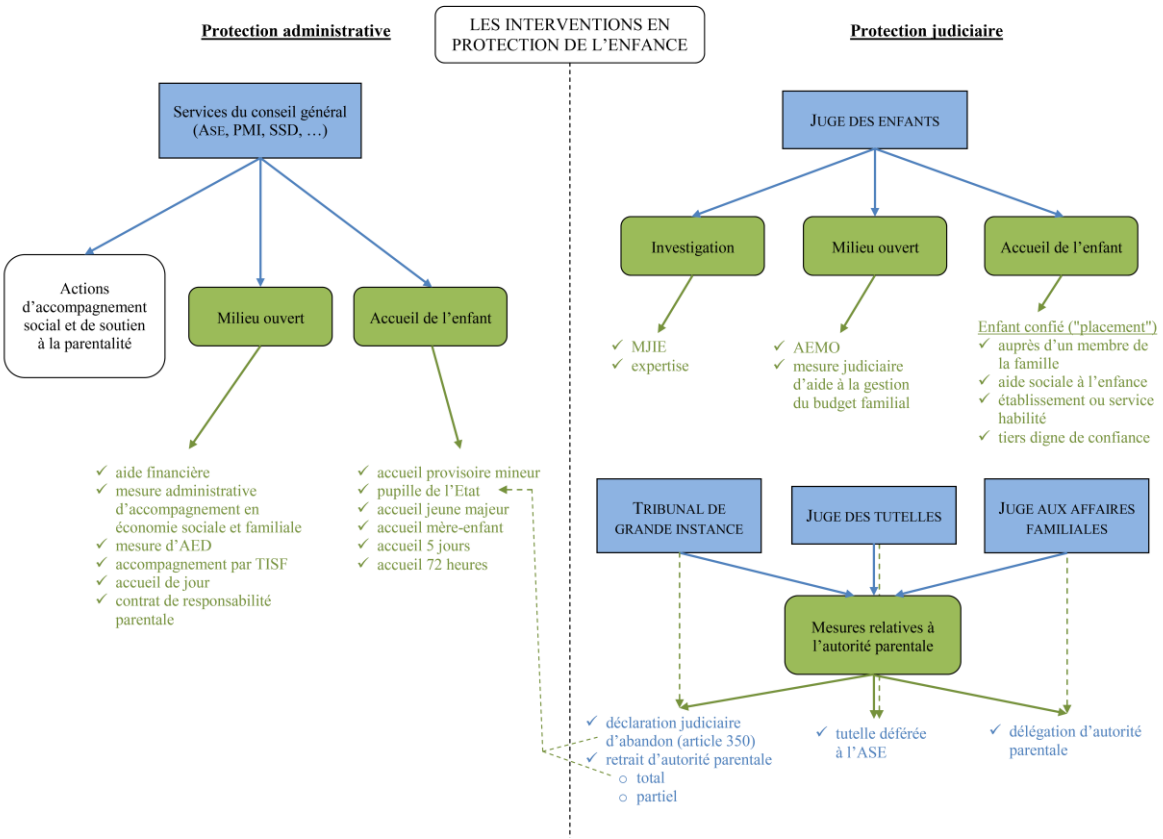
Les missions des médecins de l'Education nationale sont définies dans les articles L542-1 à L542-4 du code de l'éducation et articles 541-1 à 541-4 du même code, ainsi que la circulaire n° 2001-013 du 12-1-2001.

7. Les interventions administratives et judiciaires en protection de l'enfance. (19)

La protection de l'enfance en France offre une double protection : sociale et judiciaire. Comme déjà explicité précédemment, la loi du 5 mars 2007 prévoit la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire chaque fois que cela est possible.

Lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil, Le Procureur de la République ne peut être saisi que:

- Immédiatement, en cas de gravité extrême de la situation, imposant une prise en charge urgente ;
- Si les mesures prises en protection administrative se sont avérées insuffisantes ;
- Si les mesures de protection sociale n'ont pu être mises en place (en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention de l'ASE ou de son impossibilité à collaborer) ;
- Si l'évaluation de la situation n'est pas possible et il existe une présomption de danger.



a) Les prestations sociales.

Le cadre légal régissant les interventions en protection sociale comprend les articles L.221-1 et L.222-1 à L. 222-5 du CASF et L. 223-2 alinéa 2 du CASF et l'article 375 du code civil.

- ***AFEF, aide financière enfance famille*** : il s'agit d'une aide financière accordée à la famille, de manière exceptionnelle et transitoire, en cas d'insuffisance de

revenus empêchant d'assurer la santé, la sécurité, l'entretien et l'éducation de l'enfant.

- ***TISFE, technicienne en intervention sociale et familiale à titre éducatif*** : elles interviennent à titre préventif, favorisent l'autonomie des personnes et accompagnent les familles dans la gestion du quotidien.
- ***AESF, accompagnement en économie sociale et familiale*** : elle permet d'aider les familles à la gestion de leur budget. Cette mesure existe aussi en protection judiciaire dans le cadre de la "mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial".
- ***AED, action éducative à domicile*** : les parents peuvent en faire la demande lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés éducatives. Ils doivent pleinement collaborer avec le travailleur social.
- ***REPE, relai éducatif parents enfants*** : il est complémentaire des autres mesures sociales, il intensifie l'AED, mais il est caractérisé par une approche pluridisciplinaire.
- ***L'accueil de jour*** : cette mesure peut être proposée par l'ASE ou ordonnée par le juge des enfants. Elle permet d'accueillir l'enfant en journée sans rompre la cellule familiale de manière définitive.
- ***L'accueil familial thérapeutique*** : assure une prise en charge thérapeutique de l'enfant, tout en favorisant le cadre familial.
- ***L'accueil provisoire*** : séparation momentanée entre l'enfant et ses parents, après accord de ces derniers. Il peut prendre différentes formes (à temps complet, à temps partiel, de jour/ de nuit…)
- ***L'accueil d'urgence*** : il s'agit d'une mesure exceptionnelle qui permet, dans le cadre de la protection administrative, d'accueillir immédiatement l'enfant, si son représentant légal est dans l'impossibilité de donner son accord. Dans ce cas, le Procureur de la République en est immédiatement informé.
- ***L'accueil modulable, accueil périodique, accueil exceptionnel*** : ce sont des mesures intermédiaires entre le maintien à domicile de l'enfant et son placement, qui visent à répondre au mieux à la multitude de situations de mineurs en danger pouvant exister.
- ***L'accueil de 72 heures*** : prévoit l'accueil de mineurs en situation de rupture familiale. Il s'agit d'accueillir des mineurs en situation de fugue ou de rupture relationnelle afin qu'ils ne s'exposent pas à des dangers pendant la période pendant laquelle ils sont sans protection familiale. Les parents ainsi que le Procureur de la République sont immédiatement avertis de la mise en place de cette mesure.
- Cas particulier de l'accueil des mères et des jeunes enfants (moins de trois ans) : hébergement provisoire visant à favoriser le lien mère-enfant, et à aider les mères à subvenir aux besoins de leur enfant sur les plans éducatif, matériel et social.

b) Les mesures de protection judiciaire.

Le cadre légal de la protection judicaire est organisé par les articles suivants : articles 375, 375-1, 375-2, 375-3, 375-4, 375-5, 375-6, 375-7 et 388-1 du code civil ; article 338-1 et 1181 du code de procédure civile ; article L.226-4 du CASF.

L'assistance éducative regroupe un ensemble de mesures que le juge des enfants peut prendre si le mineur concerné se trouve en situation de danger.

La protection judiciaire est sous l'autorité du Procureur de la République et du juge des enfants. Les signalements sont transmis au Procureur de la République, ce dernier peut également être avisé par le président du conseil général d'une information préoccupante ; si il a reconnu un danger le Procureur est chargé d'aviser le juge des enfants, qui pourra alors décider de la mise en place d'une mesure de protection.

- ***MJAGBF, mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial*** : elle est décidée si l'AESF n'est pas applicable.
- ***Mesures judiciaires d'assistance éducative*** : ensemble de mesures imposant la collaboration et l'adhésion des parents. L'AEMO (action éducative en milieu ouvert) consiste à l'intervention à domicile d'un travailleur social.
- ***Les différentes mesures d'accueil*** : (évoquées précédemment) que ce soit dans le cadre de la protection administrative ou judiciaire, la loi de 2007 les a diversifiées, dans l'objectif de répondre au mieux aux diverses situations.
- ***Mesure de placement*** : s'impose en cas de danger intense et d'absence totale de collaboration des parents, elle est définie par une séparation totale entre l'enfant et ses parents. Le placement peut se faire chez le parent qui n'a pas la garde, dans la famille ou chez un tiers digne de confiance, à l'ASE, dans un établissement sanitaire ou d'éducation ordinaire ou spécialisé (pouponnière, maisons d'enfants, foyers de l'enfance…)

II. Enquête auprès de médecins généralistes lorrains.

A. Méthode : une enquête qualitative.

1. Choix de la méthode qualitative.

Notre travail porte sur l'étude d'un comportement, il explore les expériences et le ressenti des médecins généralistes face à une situation d'enfant maltraité.

Le choix d'une approche qualitative se justifie donc par notre objectif de recherche. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement (28) ; les critères observés dans notre travail sont des critères qualitatifs : reconnaissance des cas, comportement et actions du médecin en cas de suspicion de maltraitance infantile, ressenti, impact émotionnel.

Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Elle essaye de définir un critère et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances. Elle observe les interactions sociales et interprète les perspectives individuelles. Elle explicite les motivations et étudie ce qui peut les amener à modifier les comportements (29).

L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme) (29).
La recherche quantitative est une méthode déductive, qui mesure et quantifie des variables pour tester une hypothèse. Les deux méthodes n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance et sont donc complémentaires.

2. Choix de la technique des entretiens semi-dirigés.

D'abord utilisée en Anthropologie et en Sociologie, la recherche qualitative s'est progressivement étendue à l'usage des chercheurs en santé.

Diverses techniques d'investigation sont utilisées dans la recherche en Sciences Socio-humaines : l'observation (participante ; non participante), l'entretien, le questionnaire et l'étude de documents :

- Le questionnaire vise à mettre en relation les pratiques et les éléments discriminants de ces pratiques (30).

- L'entretien provoque le discours dans un contexte défini (31). L'enquête par entretiens est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal (30). L'entretien fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan (30).

La méthodologie de l'entretien « s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées (30). » Dans notre travail, nous cherchons à recueillir les conceptions des médecins généralistes de leur pratique et de leur ressenti face à une situation de maltraitance infantile. Il est donc important de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées pour ne pas constituer un biais qui influencerait les réponses des enquêtés dans le sens de l'auteur.

On distingue plusieurs sortes d'entretiens : entretiens libres, semi-dirigés, en focus-group, en groupe nominal. « L'entretien fait construire un discours (30). » Il permet aux enquêtés de s'exprimer librement.

L'entretien libre est « la technique d'entretien qui assure la plus grande densité de l'information, mais aussi celle où l'information est la plus délicate à produire par le discours et à interpréter par l'analyse (32). »

Outre le comportement et les actions du médecin généraliste, notre travail vise également à recueillir le ressenti des médecins face à un enfant maltraité et l'impact personnel qu'une telle situation peut engendrer ; ces informations sont intimes et personnelles et parfois difficiles à obtenir. Sur les conseils des ateliers thèse-mémoire du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine, la technique d'entretiens en focus-group a donc rapidement été écartée. Elle demanderait, en effet, « à chacun des médecins interrogés d'être confronté à ses pairs. Il y aurait alors probablement beaucoup de facteurs de résistance et de mécanismes de défense qui se mettraient en place pendant la rencontre (31). De plus, notre échantillon regroupant des médecins venus de toute la Lorraine, la faisabilité de notre travail en serait compromise.

Les entretiens individuels permettent d'aborder des sujets parfois délicats.

3. Recrutement de l'échantillon.

La méthode des entretiens suppose que : « Le tout social serait donc inclus, dans chaque individu (32). »

Un petit nombre d'entretiens suffit, car :

« L'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est, de manière générale de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (30). »

De plus, dans les études qualitatives, la taille de l'échantillon est fonction de la faisabilité.

D'autre part, « la représentativité statistique n'est habituellement pas recherchée. L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu (éventuellement de la manière la plus aiguë), une caractéristique ou une expérience particulière à analyser. (29) » Pour notre travail, les médecins interrogés doivent donc avoir eu une ou plusieurs expériences en matière de maltraitance infantile.

En accord avec le **Département de Médecine Générale et le Service d'Epidémiologie et d'Evaluation clinique du CHU de Nancy**, ainsi qu'en fonction de la faisabilité de notre travail, il a été décidé de réaliser **15 entretiens**.

Les médecins cibles sont des **généralistes thésés, installés et exerçant leur activité en cabinet libéral, en Lorraine.** Les remplaçants sont exclus car n'étant pas médecin traitant, ils ne disposent pas d'un suivi prolongé des patients.

« L'échantillon est destiné à inclure autant que possible les individus porteurs des critères pouvant affecter la variabilité des comportements. (29) »

Le Conseil Scientifique du Département de Médecine Générale a émis les recommandations suivantes :

« Pour la constitution de votre panel des médecins généralistes, nous vous proposons d'inclure des médecins des 4 départements lorrains tirés au hasard à partir des pages jaunes de l'annuaire téléphonique. Après contact téléphonique, s'ils acceptent de participer à votre étude, il conviendra de vous assurer qu'ils aient déjà été confrontés à la problématique des sévices à enfants, afin de les inclure dans votre panel de praticiens. »

Afin de constituer un échantillon plus ou moins diversifié, les médecins sont choisis selon les critères suivants :

- médecins généralistes, homme ou femme, qui ont été confrontés à un ou plusieurs cas de maltraitance infantile.

- lieu d'exercice : zone rurale, semi-rurale, urbaine, zone défavorisée et difficile type Z.E.P. L'objectif est d'interroger des médecins généralistes exerçant auprès de populations issues de milieux socio-économiques différents, à proximité ou non d'un service hospitalier pouvant accueillir l'enfant.

- mode d'exercice : seul ou en cabinet de groupe.

- Age, année d'installation.

Mode d'accès à l'échantillon :

Le recrutement des médecins interviewés se fait par contact téléphonique. Les médecins sont choisis au hasard dans l'annuaire des pages jaunes. A l'issue de cet appel, un rendez-vous est convenu si le médecin contacté accepte de participer à l'enquête.

Ainsi, le premier contact est donc indirect et la présentation téléphonique est primordiale :

> « Bonjour Docteur, je m'appelle Emilie Weisse, j'ai terminé mon internat de Médecine Générale et je travaille actuellement sur mon projet de thèse-mémoire sur la prise en charge de la maltraitance infantile en cabinet de médecine générale. Je réalise une enquête auprès de médecins généralistes lorrains.
>
> Je travaille sous forme d'entretiens individuels d'une durée approximative de 30 minutes et je cherche à rencontrer des médecins qui ont été confrontés à ce genre de situation.
>
> Les entretiens sont enregistrés pour ensuite être retranscrits puis anonymés. Je vous contacte donc, pour savoir si vous accepteriez de me rencontrer pour me faire part de votre expérience ? »

A la fin de chaque entretien, le médecin interrogé donne éventuellement, à la demande de l'enquêteur, les coordonnées d'un autre médecin généraliste remplissant les caractéristiques énoncées et susceptible d'accepter de répondre à l'étude. Il s'agit de constituer l'échantillon sur le mode du réseau : « chaque enquêté fournit les coordonnées des suivants. (32) »

4. Guide d'entretien.

Pour limiter toute digression ou éviter d'oublier d'aborder un thème, l'élaboration d'un guide d'entretien est indispensable.

Le guide d'entretien est avant tout une liste des différents thèmes que le chercheur souhaite aborder avec l'enquêté. Il sert de support à l'enquêteur et lui permet de se libérer de l'indispensable prise de notes et ainsi de mieux se concentrer sur le discours et le comportement du médecin interrogé. Il participe à libérer le chercheur de l'angoisse de devoir penser à tout (33). Tous les thèmes du guide d'entretien doivent finalement être abordés, peu importe l'ordre dans lequel ils le sont (32).

Afin d'élaborer un guide d'entretien, nous avons dû émettre des hypothèses de résultats (33) :

- la mise en évidence d'un cas de maltraitance infantile n'est pas chose aisée en cabinet de médecine générale.

- les médecins généralistes connaissent les démarches à effectuer dans ce genre de situation.

- La découverte et la prise en charge d'un enfant maltraité au sein de sa patientèle est un élément perturbateur ayant un impact émotionnel important.

Pendant l'entretien, il faut libérer au maximum l'interviewé pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées (32) en l'aidant à soulager ses inquiétudes (30). Ainsi, « bien que directives, les questions sont souvent imprécises pour permettre des associations d'idées imprévues et laisser une échappatoire symbolique à l'enquêté. (32) »

L'objectif du chercheur est de favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention (30). Enfin, le guide d'entretien permet d'aborder les thèmes qui n'ont pas été spontanément évoqués par le médecin interrogé et ainsi d'homogénéiser les différentes interviews (32), afin de les rendre interprétables.

Chaque entretien est une situation unique, une rencontre entre l'interviewer et l'interviewé. En ce sens, le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de l'entrevue et du discours du médecin. Il convient de demander au médecin interrogé, à l'issue de l'entretien ce qu'il en a pensé afin de modifier le guide en fonction de ses réflexions (33).

« Le guide d'entretien n'est qu'indicatif, au début de l'enquête. (32) » Il se modifie et s'enrichit au fur et à mesure de la recherche de sorte que la trame du guide final est différente de celle du guide initial : « On peut…s'intéresser à de nouvelles questions, voire déplacer le centre d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête (30). » L'entretien de recherche est avant tout un moment d'interaction entre deux personnes, et, au fur et à mesure des rencontres, de nouvelles interrogations peuvent alors apparaitre, quand d'autres deviennent peu à peu inutiles.
Cependant, il faut tenir le guide d'entretien pour définitif à un moment donné (au moment, où il existe un sentiment de redondance) (33).

Au cours de l'élaboration de notre guide d'entretien nous avons fait appel aux conseils des chefs de clinique animant les ateliers thèse-mémoire organisés par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Nancy.

Le guide d'entretien final est le suivant :

- Présentation de l'entretien :

> « Bonjour Docteur…, je suis Emilie Weisse, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer.
>
> Je suis médecin remplaçant en Médecine Générale et je travaille actuellement sur mon projet de thèse-mémoire au sujet de la maltraitance infantile en cabinet de médecine générale. L'objectif de mon travail est de faire un état des lieux de la prise en charge de la maltraitance infantile en cabinet libéral, de recueillir l'expérience et le ressenti des médecins généralistes, afin de voir de quelle manière, nous pourrions aider les médecins généralistes et leur faciliter la tâche.
>
> Si vous l'acceptez, notre entretien sera enregistré pour me permettre de l'analyser ensuite. Mais il reste bien sûr confidentiel et anonyme. Alors, si vous le voulez bien, racontez-moi votre expérience… »

- Thèmes abordés au cours de l'entretien : (les notes en italique sont des indications pour l'enquêteur ; les questions devront toutes être abordées dans un ordre ou dans l'autre, mais ne seront pas forcément posées, ni posées dans cette manière-là.)

  - Dépistage et mise en évidence d'un enfant maltraité :
    - Comment l'a-t-il appris ?
    - Quel était le motif de la consultation ?
    - Symptômes ? Signes cliniques ? Comportement de l'enfant ? Des parents ?
    - Comment êtes-vous passé des éléments observés à l'idée qu'il pouvait s'agir d'un enfant maltraité ?
    - *Si nécessaire* : quelles démarches avez-vous faites pour vous assurer du diagnostic ?
    - Qu'est-ce-qui peut entraver le diagnostic ? (dans la pratique, dans la relation avec les patients…)
    - *Si nécessaire* : Difficultés avec les diagnostics différentiels possibles ?
  - Types de maltraitance rencontrés ? (facteurs favorisants, …)

  - Prise en charge et agissements du médecin généraliste :
    - A la découverte, qu'avez-vous fait ?
    - Réalisations d'examens complémentaires ou avis spécialisé ?
    - Comment les justifiez-vous auprès des parents ?
    - Sujet abordé avec les parents ? Comment ?
    - Quelles sont vos ressources, les partenaires auxquels vous faites appel ?
    - Relation avec les institutions (administratives, judiciaires) : écoute, conseil, information, retour ?
    - Orientation choisie pour l'enfant et pourquoi ?
    - Cette décision a-t' elle été difficile à prendre ?

  - Ressenti du médecin généraliste :
    - Ressenti au moment de la découverte ?
    - Difficultés ? Sentiments ?
    - Aisance ?
    - Relation médecin traitant-patient est-elle un frein ou préalable aux confidences ?
    - Craintes : pour l'enfant, pour votre vie professionnelle, personnelle ? *(ex : représailles)*

        - Si nécessaire : médecin traitant de l'enfant et de l'auteur de la maltraitance, qu'est-ce que ça provoque ?
        - Si nécessaire : première expérience versus expérience ultérieure ?
        - Avec le recul, quel ressenti avez-vous ?
        - Pensez-vous que, parmi vos patients, certains cas de maltraitance ont pu passer inaperçus ?
        - Pensez-vous que nous sommes suffisamment formés à ce genre de situation ?
        - De quoi auriez-vous besoin pour vous faciliter la tâche, que pensez-vous que nous pourrions faire pour améliorer la pratique des médecins généralistes ?

    - Caractéristiques des médecins généralistes :
        - Sexe, âge.
        - Année d'installation.
        - Lieu d'exercice : urbain, rural, semi-rural, zone défavorisée ?
        - Catégorie socio-professionnelle de la patientèle ?
        - Part approximative d'enfant dans la patientèle ?
        - Autre activité, investissement hors du cabinet *(maître de stage, PMI, médecin scolaire…)*
        - Y-a-t' il d'autres éléments que nous n'aurions pas abordés au cours de cet entretien et dont vous souhaiteriez me faire part ?

Lorsque certains mots-clés sont utilisés, nous pouvons effectuer une relance :

-solitude, ou seul.
-désarroi.
-colère.
-troubles du comportement.
-contexte social ou familial.
-crainte.
-dur, difficile.

5. Déroulement des entretiens.

Une fois le rendez-vous fixé, vient le moment de l'entretien. Le médecin a choisi, en fonction de ses disponibilités, la date, l'heure et le lieu de l'entretien ; en général, il s'agit de son bureau au sein du cabinet et idéalement, l'entretien a lieu en dehors des horaires de travail de sorte que l'interviewé est libéré de toute contrainte et de tout stress.

« Ainsi, outre le fait que l'heure et la date de l'entretien doivent être choisies pour maximiser la disponibilité de l'interviewé, le paramètre temporel peut avoir dans certains cas, une importance particulière. (30) »

Le principe de l'entretien est rapidement remémoré au médecin pour favoriser un climat de confiance et tenter de faire tomber d'éventuels mécanismes de défense.

Après avoir obtenu l'accord du médecin pour enregistrer la discussion, le dictaphone est placé au centre du bureau. L'enregistrement permet d'être plus attentif au contenu du discours, permet d'observer les diverses réactions du médecin au cours de l'entretien.

Quelques notes peuvent être prises pour favoriser les relances sans interrompre l'interlocuteur, conserver une attitude empathique (32) et ainsi garantir à ce dernier l'intérêt que l'on porte à ses propos. (31)

Immédiatement après la fin de l'entretien, le chercheur notera les confidences de l'enquêté, tous les éléments de décor, des relations, tous les éléments correspondants aux conditions de réalisation de l'entretien ainsi que les hypothèses ou les interprétations qui lui sont venues et qui peuvent être utiles à l'analyse puisque tout sera à replacer dans le contexte. (32)

A la fin de chaque entretien, il est utile de s'assurer qu'un deuxième rendez-vous, éventuellement téléphonique (pour des raisons logistiques) est possible ; puisque le guide d'entretien peut être modifié au fur et à mesure de la recherche, certains thèmes pourront être abordés ou précisés secondairement. Il est intéressant « de demander à l'enquêté ce qu'il en pense, s'il aurait ajouté quelque chose ou supprimé certaines questions. (34) » Il est important, également, de proposer au médecin de lui envoyer les résultats de l'enquête qui seront, bien sûr, anonymes (34) et enfin de ne pas manquer de le remercier d'avoir participé à la recherche.

Nous nous devons de préciser qu'afin de réaliser au mieux nos entretiens, nous avons sollicité l'aide d'une connaissance personnelle Docteur en Sociologie, qui nous a enseigné les rudiments de l'entretien de recherche qualitative.

6. Entretien-test.

Nous avons d'abord testé les questions du guide d'entretien sur nous-mêmes afin de connaître nos réactions et opinions au sujet des différents thèmes abordés. Conscients de notre mode d'entretien et de notre style de conduite, nous risquions moins d'orienter les réponses de l'enquêté (32).

Ensuite, nous avons réalisé un entretien-test auprès d'un médecin généraliste. Le médecin « testeur » est un médecin généraliste de notre connaissance personnelle. Cet entretien-test a permis d'adapter et d'éprouver le guide d'entretien initial.

Toutes les données recueillies lors de cet entretien ont été intégrées à nos résultats.

7. Plan d'analyse des entretiens.

La phase importante de notre travail est donc l'enregistrement numérique des entretiens qui constitue notre corpus de données.

Comme convenu avec les médecins interrogés, chaque fichier est rendu anonyme, chacun des médecins étant au final représenté par un chiffre.

L'étape suivante, plus fastidieuse, consiste à retranscrire méticuleusement chaque entretien. Il s'agit, non seulement, de retranscrire le contenu de l'entretien lui-même mais également l'ensemble des éléments contextuels ou du comportement du médecin qui peuvent interférer avec l'interprétation des données, car « les façons de dire peuvent être aussi importantes que le contenu des propos. (33) » Ainsi, « on retranscrit les silences, les bruits, les onomatopées et les hésitations… (32) » Tout l'échange doit être décrit le plus objectivement possible. « Un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions. (29) »

Enfin, l'analyse des données a débuté. Il est admis les étapes suivantes (35) :

- familiarisation avec les données.
- identification des structures thématiques.
- indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique ;
- esquisse par réarrangement des données en fonction de la structure thématique ;
- interprétation en définissant des concepts, en créant des typologies et des associations.

« Le mode le plus courant de construction du résultat est la restitution des contenus en fonction des thèmes préalablement définis dans le guide d'entretien. (32) » Ainsi à partir de chaque thème du guide d'entretien, nous encodons chaque mot, phrase ou groupement de phrases. Puis, au sein de chacun des thèmes, les idées sont regroupées pour affiner l'analyse.

L'analyse du contenu des entretiens est indissociable de la description de l'échantillon, du cadre temporel et de l'environnement. Ainsi avant de commencer à analyser le contenu des entretiens, il est indispensable de présenter les conditions dans lesquelles notre étude a été conduite.

Au contraire d'une étude quantitative, « les résultats » et « l'interprétation » sont étroitement liés et peuvent donc être confondus (29).

B. Résultats des entretiens.

1. Ressenti général.

Les entretiens se sont déroulés de décembre 2012 à début juillet 2013. La période hivernale représentant une lourde charge de travail pour les médecins généralistes en cabinet, il a été plus facile d'obtenir les rendez-vous au printemps.

Tous les médecins qui ont accepté de nous rencontrer, ont été très accueillants, agréablement surpris de notre démarche et ravis que leur opinion soit prise en compte. Ils paraissaient tous enthousiasmés de nous recevoir, même si, à la fin de l'entretien, certains, nous ont confié, à demi-mot, avoir été un peu inquiets au sujet de ce que nous allions pouvoir leur demander.

Suite à ma présentation téléphonique, la plupart avait repensé à leurs expériences pour ne pas omettre de raconter quelques éléments clés de leur histoire.

Un seul médecin est resté réservé et sur « la défensive » tout au long de l'entretien, et il a été très difficile, ce jour-là, de recueillir les informations nécessaires à notre travail. Bien entendu, ce médecin avait accepté de nous rencontrer, mais avait oublié la date et l'heure du rendez-vous, et nous avait contacté quelques instants avant le début de l'entretien pour que nous lui rappelions la date de notre rencontre.

Beaucoup de médecins ont trouvé le sujet de notre étude intéressant quoique délicat à aborder, notamment avec une jeune consœur, ayant comme arrière-pensée, la peur d'être jugé ou évalué : *médecin 7 : « je ne savais pas trop ce que vous alliez bien pouvoir me demander, je pensais que c'était peut-être une sorte d'évaluation de mes connaissances. »*

La sensation d'être soumis à une évaluation des pratiques professionnelles était palpable lors des différents entretiens, ce qui a entrainé la mise en place de mécanismes de « défense », responsable d'une diminution de la profondeur du discours.

Malgré tout, un climat de confiance s'est progressivement mis en place au fur et à mesure de l'entretien, facilitant les échanges et les confidences. Preuve en est, après l'extinction du dictaphone, la conversation se prolongeait de 10 minutes à une heure, et ce moment était en général propice aux confidences les plus douloureuses.

De plus, plusieurs médecins, sur le point de terminer leur carrière, nous ont proposé d'effectuer des remplacements ou bien de prendre leur suite.

2. Constitution de l'échantillon.

Il a fallu contacter 147 médecins généralistes lorrains, selon le mode de recrutement défini précédemment par notre étude, pour obtenir quinze entretiens.

a) Motifs de refus de participation.

Les motifs de refus sont les suivants :

- Vingt-et-un médecins, ayant eu une ou plusieurs expériences, ont refusé de nous rencontrer sans nous donner plus de précision.
- Vingt-neuf médecins n'ont aucune expérience de ce type, n'ont jamais, personnellement, été confronté à une situation de maltraitance infantile, malgré leur longue carrière. (Entre 25 et 37 ans.)
- Trois médecins se sont installés récemment (moins de deux ans) et en conséquence, n'ont pas encore eu d'expérience de ce type.
- Deux médecins nous ont expliqué qu'il s'agissait pour eux *« d'expériences douloureuses »* sur le plan émotionnel et qu'ils ne *« souhaitaient pas les raconter à quelqu'un. »*
- Quatre médecins nous ont dit *« avoir très peu d'expérience »,* mais ils ont *« finalement plusieurs patients pour lesquels les faits ont été révélés à l'âge adulte »*, le médecin ignorait tout lorsqu'ils étaient enfant.
- Quatorze médecins ont refusé, argumentant une contrainte de temps et un manque de disponibilité pour surcharge de travail.
- Neuf médecins nous ont expliqué avoir très peu d'expérience dans ce domaine mais pensent probablement « être passé à côté ».
- Trois médecins ont déjà été confrontés à ce genre de situation, mais selon eux, il ne *« s'agissait pas de faits suffisamment " marquants" »*, *« rien de problématique qui ne vaille vraiment la peine d'être raconté. »*
- Quatre médecins ont déjà vécu ce genre de situation, *« mais elles sont trop anciennes »* et ils *« ne préfèrent donc pas les évoquer ».*
- Un médecin nous a répondu qu'il *« serait d'accord pour répondre à un questionnaire écrit mais pas pour rencontrer quelqu'un. »*

- Trois médecins ne participent *« jamais à aucune étude, quelle qu'elle soit. »*
- Un médecin nous a simplement répondu *« qu'il n'avait pas envie. »*

Après notre appel, six médecins souhaitaient un temps de réflexion avant de nous répondre : deux ont finalement refusé de nous recevoir et les quatre autres ne nous ont pas recontactés.

Une autre difficulté dans le recrutement des médecins a été ressentie : beaucoup de médecins généralistes disposent maintenant d'un secrétariat. Il faut donc parfois expliquer à la secrétaire l'objet de notre étude ; certaines, jouant le rôle de « filtre » ne nous permettaient pas de nous entretenir directement avec le médecin. L'information était donc transmise de manière indirecte et à cinq reprises, lorsque nous avons finalement recontacté le secrétariat, la réponse à notre demande était négative. La prise de contact indirecte avec les enquêtés ne permet pas d'établir une communication à bon escient et augmente ainsi les occasions de refus. En effet, la manière dont on entre en relation avec les interviewés, que ce soit la première fois, lors de la prise de contact téléphonique ou la seconde, en tout début de l'entretien, est primordiale.

De même, nous avons rencontré trois médecins qui avaient accepté de participer à notre étude. Et finalement, lors du début de l'entretien, il s'est avéré que ces trois médecins n'avaient aucune expérience en matière de sévices à enfants et qu'ils ne correspondaient donc pas aux caractéristiques de notre échantillon. Les données recueillies ces jours-là n'ont donc pas été utilisées. Parmi ces trois médecins, deux avaient été contactés de manière "indirecte", c'est-à-dire par l'intermédiaire de leur secrétaire, et le troisième s'était personnellement entretenu avec nous lors de notre présentation téléphonique.

Au cours de notre travail, nous nous sommes entretenues avec un médecin qui, lors de notre appel téléphonique, était tout à fait enclin à nous rencontrer et à nous faire part de son expérience. Mais le jour du rendez-vous, son attitude était toute autre, allant même jusqu'à qualifier son expérience de «lointaine, insignifiante et sans intérêt » : *« j'ai eu effectivement deux enfants maltraités mais c'était il y a longtemps et je crois qu' ça n'a pas vraiment beaucoup d'intérêt de vous les raconter. »* Il s'est montré très "distant", nous a paru extrêmement mal à l'aise, évitant même de croiser notre regard.
L'entretien s'est malgré tout poursuivi pendant quelques minutes, mais aucune information pertinente n'a pu en ressortir. En conséquence, aucune autre donnée recueillie ce jour-là n'a pu être exploitée pour notre étude.

En revanche, sept médecins, sensibles à ce sujet, auraient bien voulu nous répondre, mais ils jugeaient leur expérience trop mince et pensaient donc ne pas pouvoir nous *« venir en aide ! »* Par contre, un de ces médecins nous a donné les coordonnées de deux de ses confrères qui, par la suite, ont tous les deux accepté de nous recevoir.

Un médecin généraliste contacté par téléphone, qui n'avait jamais été confronté à la problématique de l'enfance en danger, nous a proposé d'envoyer un e-mail à 15 de ses confrères. Une copie de ce courriel, contenant l'ensemble de nos coordonnées, ainsi qu'une présentation générale de notre étude, nous a été adressée. Aucun de ces médecins ne nous a contactées par la suite.

Au total, le recrutement des médecins généralistes n'a pas été chose aisée, puisqu'il a fallu contacter 147 médecins généralistes lorrains pour réaliser 15 entretiens.

b) Motivations des médecins généralistes.

Quand elles étaient explicitées, les motivations étaient les suivantes :

- Thème intéressant et d'actualité, dont on ne parle pas assez souvent. (médecins 2, 5, 7, 8, 9, 11), *médecin 13 : « je ne réponds jamais à des étudiants pour des travaux de ce genre, mais là, le sujet est passionnant, intéressant, dont on parle peu finalement. Et ça m'a demandé beaucoup d'investissement personnel. »*
- Thème *« très intéressant, pas si rare que l'on pourrait le croire, mais dont on a encore bien du mal à parler. » (médecin 13)*
- La solidarité envers un jeune confrère : *« on est tous passé par là ! » (médecin 4)* et (médecins 1 et 14).
- Motivations plus personnelles : *« Il s'agit pour moi d'une sorte de thérapie personnelle, je crois que ça va me faire du bien d'en reparler. » (médecin 5).*
- Notre rencontre permet de *« se sentir moins isolé, car ça permet de savoir que d'autres médecins généralistes ont également rencontré des difficultés de prise en charge. » (médecin 7)* et médecin 5.

3. Présentation de l'échantillon.

Le tableau, présenté en *annexe 4*, récapitule les caractéristiques de chaque médecin interrogé.

a) Lieu d'exercice.

Au total, huit femmes et sept hommes ont été interrogés. Les médecins provenaient tous des quatre départements lorrains :

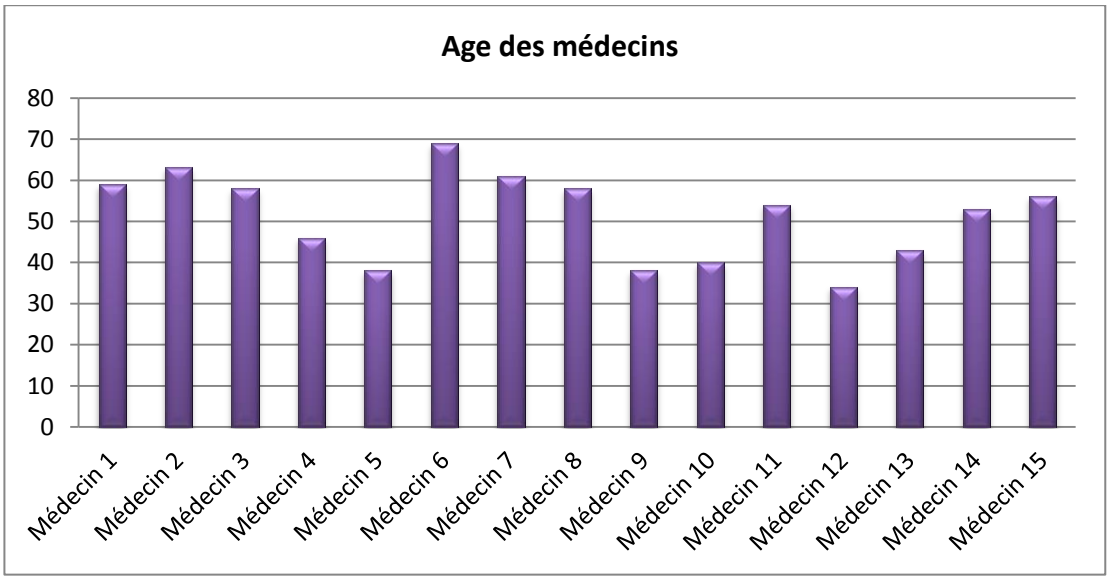
- 5 médecins exercent leur activité en Moselle,
- 4 médecins dans les Vosges,

- 3 médecins en Meurthe-et-Moselle,
- 3 médecins en Meuse.

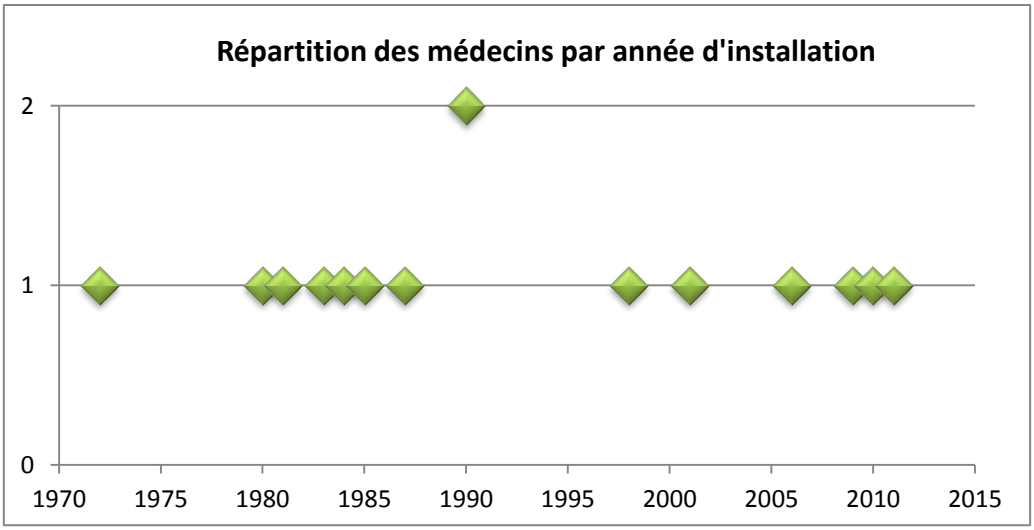
Parmi ces quinze médecins, sept médecins exercent leur activité en milieu semi-rural, deux en milieu rural, quatre en milieu urbain et deux en milieu défavorisé, type zone urbaine sensible.

b) Age et année d'installation des médecins interrogés.

Les médecins interrogés avaient de 34 ans, pour le plus jeune, à 69 ans pour le plus âgé. La moyenne d'âge est de 51 ans.

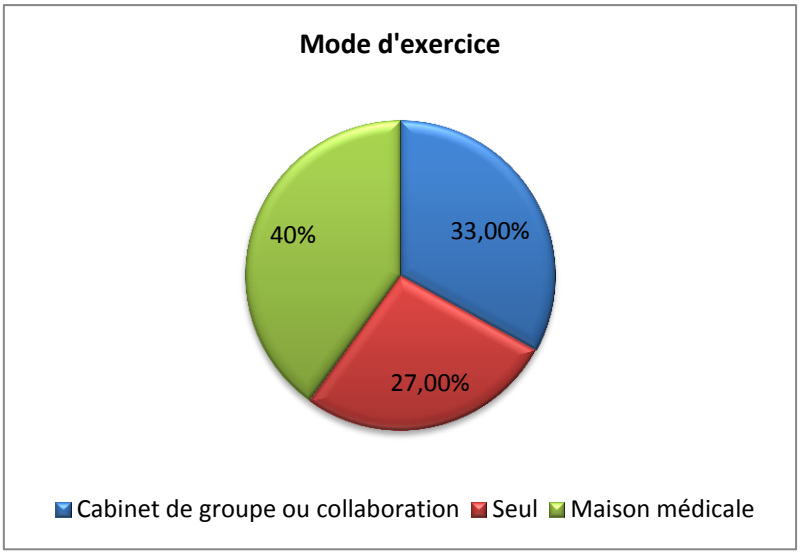


La majorité des praticiens interrogés s'est installée depuis plus de vingt ans ; huit médecins, soit plus de la moitié, se sont installés entre 1980 et 1990. Un seul médecin avait une carrière longue de plus de 40 ans, les autres médecins se sont installés ces 15 dernières années :



c) Mode d'exercice, investissements professionnels supplémentaires.

Concernant les modes d'exercice, six médecins travaillent au sein d'une maison médicale, disposant ainsi d'un accès facilité à d'autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes, podologue ou dentistes) ; cinq exercent en cabinet de groupe et quatre médecins exercent seul leur activité :



Certains, en plus de leur activité au cabinet, ont une activité supplémentaire qu'ils décrivent comme telle :

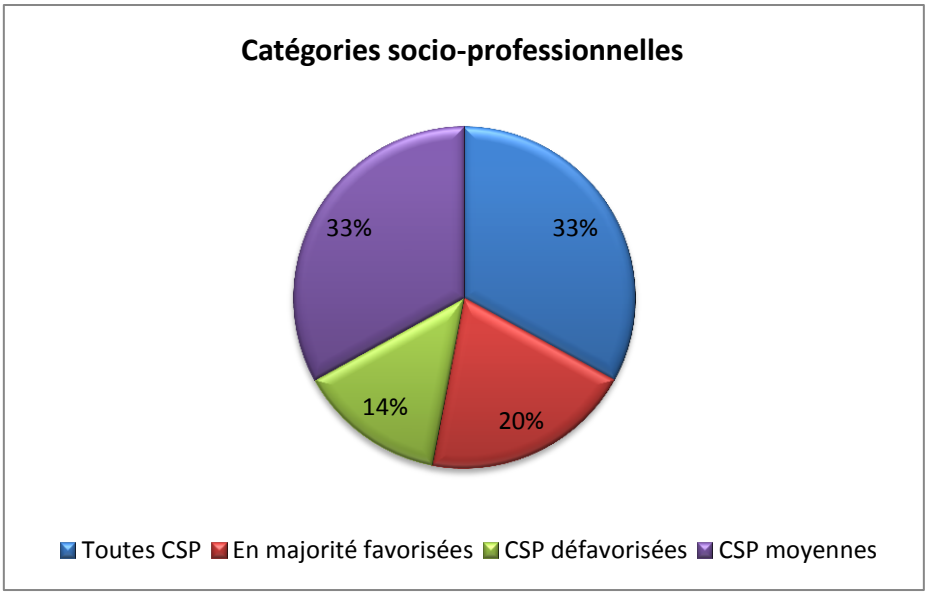
- Un médecin est conseiller général et maire de sa commune,

- Un autre disposant d'une capacité de gérontologie est médecin coordonnateur de maison de retraite,
- Un médecin pratique la médecine légale et fait de l'imagerie, échographie, car titulaire d'un DIU d'échographie,
- Un médecin est régulateur pour Médigarde.
- Un médecin travaille à la maison de l'enfance, il est donc amené à consulter les enfants victimes de sévices qui sont placés.
- Un médecin est maître de stage,
- Un médecin a fait une demande pour être prochainement maître de stage,
- Un médecin est coordonnateur de maison de retraite et est médecin vacataire de PMI, il fait une vacation par mois,
- Enfin, un médecin est maître de stage mais également attaché à l'hôpital pour les explorations urodynamiques et pratique également la médecine du sport.

d) Catégories socio-professionnelles de la patientèle.

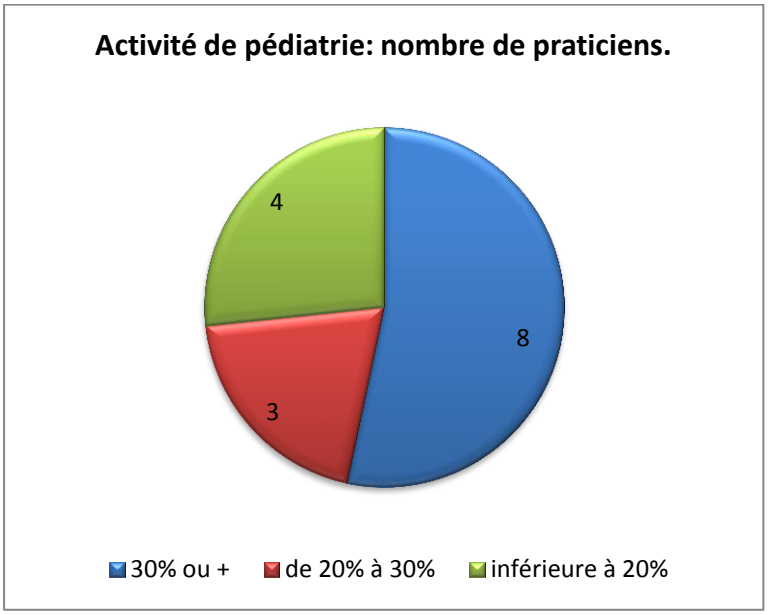
Il s'agissait, ici de recueillir les impressions des médecins généralistes par rapport au statut socio-professionnel de leur patientèle ; il n'était pas question de recueillir des données chiffrées :

- Cinq médecins estiment que leur patientèle est diversifiée et comprend toutes les catégories socio-professionnelles,
- Trois médecins estiment leur patientèle comme étant plutôt favorisée,
- Deux médecins exercent auprès de populations défavorisées voire très défavorisées,
- Cinq médecins estiment que leur patientèle appartient plutôt aux classes moyennes de la société, dont : deux patientèles sont qualifiées de « diversifiées, mais moyenne voire même moyenne haute », une est qualifiée de « moyenne voire aisée » et une autre comme appartenant à la classe ouvrière.



e) Activité de pédiatrie.

Encore une fois, il était question de recueillir les impressions des médecins généralistes quant à leur activité de pédiatrie, en leur demandant un pourcentage approximatif :



4. Déroulement des entretiens.

a) Entretien-test avec un médecin généraliste.

Un entretien-test a été réalisé auprès d'un médecin généraliste de notre connaissance personnelle. L'intérêt fut double :

- D'une part il a permis d'éprouver notre guide d'entretien initial et ainsi de le modifier pour le soumettre ensuite à l'ensemble des médecins de notre échantillon. Une question au sujet des cas de maltraitance infantile qui auraient pu passer inaperçus a été inclue dans notre guide. D'autre part, les questions relatives aux connaissances théoriques du médecin ont été supprimées, ces informations se révélant finalement lorsque le médecin répondait aux questions relatives à la conduite tenue.

- Le second intérêt était de permettre à l'enquêteur, novice de ce genre d'expérience, de prendre conscience de son mode de conduite de l'entretien. Ainsi, l'enquêteur a appris à se montrer plus directif lors des entretiens qui ont suivi, pour recentrer le discours et ne pas s'éloigner du sujet.

Cet entretien a permis de recueillir un nombre non négligeable d'informations, les données ont donc été intégrées aux résultats de notre étude ; le médecin interrogé lors de cet entretien est le médecin désigné par le chiffre "1".

L'entretien test a permis d'adapter le guide d'entretien initial, et a permis à l'enquêteur d'acquérir une première expérience.

b) Entretiens avec les médecins généralistes.

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet médical, dans le bureau du médecin, hormis un. Celui-ci, a eu lieu, au domicile du médecin, lors d'un jour de congé. Il faut noter qu'il a une durée supérieure aux autres entretiens (environ 1h), mais c'est la discussion après l'extinction du magnétophone qui s'est véritablement prolongée concernant notamment des sujets plus personnels ou bien relatifs à l'exercice de la médecine générale.

Les entretiens ont, la plupart du temps, eu lieu en fin de journée, ou bien au milieu de la journée avant la reprise des consultations de l'après-midi, à des moments où les médecins étaient en général, les plus disponibles. Un entretien s'est déroulé dans l'après-

midi entre deux consultations, aucune plage horaire ne nous avait semble-t-il été réservée. Il a été écourté, les patients suivants s'accumulant en salle d'attente, ce qui avait pour effet de distraire le médecin interrogé puisque la perspective du travail à venir se rappelait à lui à chaque coup de sonnette.

La durée moyenne des entretiens était de trente-cinq minutes.

Au début de l'entrevue, les modalités de notre étude étaient rappelées, nous demandions systématiquement l'autorisation au médecin pour enregistrer la conversation. Puis, l'entretien débutait de manière peu directive, puisque le médecin était invité à nous exposer son (ou ses) expérience(s). Ceci permettait de rentrer rapidement dans le « vif du sujet », et d'amener spontanément le médecin à évoquer les difficultés qu'il aurait pu rencontrer sans influencer les réponses. Au cours de cette phase, le médecin répondait parfois déjà aux questions prévues dans notre guide d'entretien, il fallait ensuite aborder les autres points qui ne l'avaient pas été spontanément.

Les questions relatives à l'activité du médecin étaient abordées au début, en cours ou même à la fin de l'entretien.

A la fin de l'entretien, il a été proposé aux médecins de leur fournir les résultats de notre travail ; tous ont accepté, certains étaient d'ailleurs plus impatients que d'autres, preuve de leur implication dans ce sujet.

A l'exception de deux médecins, tous les médecins rencontrés s'exprimaient avec aisance sur le sujet. Tous les individus ne possèdent pas les mêmes capacités à discourir, et certains se livraient plus facilement que d'autres. Ainsi l'enquêteur a ressenti a deux reprises une certaine distance voire une méfiance à son égard : par exemple, lorsque le médecin exprimait dès le début de l'entretien : « *je n'ai pas grand-chose à vous raconter. » (Médecin 3).* Nous pouvons alors nous interroger sur les motivations qui ont poussé ce médecin à accepter la rencontre. Ou bien, les réticences seraient-elles liées au sujet lui-même ?

5. Le vécu et le ressenti des médecins généralistes.

La plupart des médecins s'accorde pour dire que la prise en charge d'enfant maltraité en cabinet de médecine libérale n'est pas chose aisée et que chaque étape soulève des interrogations.

Les réponses paraissant sensiblement proches n'ont pas été regroupées intentionnellement afin d'éviter la perte d'information et de conserver chaque nuance exprimée. Nous avons choisi, par la méthodologie de notre travail, de laisser les médecins

généralistes s'exprimer librement, c'est la raison pour laquelle, cette partie retranscrit les citations abordant les idées principales qui nous ont été données en fonction des thèmes évoqués.

a) Difficultés liées à la définition de la « maltraitance ».

(1) Limites de la maltraitance.

- Les médecins s'interrogent sur la définition de maltraitance infantile, même s'ils en connaissent la définition théorique, les limites de la maltraitance dans la pratique quotidienne paraissent parfois un peu floues :

Médecin 1 : « Qu'est-ce-que la maltraitance ? Je pense que ces enfants, les événements les ont maltraités… Qu'est-ce-que la maltraitance ? Ce n'est pas seulement des coups, c'est très vague. »

Médecin 9 : « Et puis des fois c'est : « allez dire docteur que c'est mon mari qui l'a tapée ! » alors que la petite elle n'a rien à voir dans tout ça ! Et ça aussi c'est, des fois, limite de la maltraitance hein, ces gamins qui sont, que la mère monte contre le père et que le père monte contre la mère […] … Elle n'était pas forcément contre les fessées, mais la fessée ne doit pas être impulsive. Pour moi, elle est là, la maltraitance […] Donc c'est ça aussi ce qui est difficile en tant que médecin généraliste, c'est déjà de savoir ce que c'est que la maltraitance ! Et vous aussi dans votre thèse, il faudra développer ça je pense.»

- A plusieurs reprises, les entretiens débutent d'ailleurs sur cette interrogation. C'est la première difficulté qui est mise en valeur par notre étude. La définition des sévices à enfants ne semble pas unanime :

Médecin 13 : « Alors d'abord, qu'est-ce que vous entendez par maltraitance infantile ? »

- Puisque les limites de la maltraitance sont floues aux yeux des médecins, il semble que la décision du moment de l'intervention du médecin ne soit pas sans poser problème :

Médecin 13 : « C'était surtout de savoir à quel moment faut-il intervenir ? Parce-que, euh, parce que les violences à enfants c'est fff (pour dire difficile) *c'est quelque chose qu'on se… Culturellement, on en fait, ne s'en rend même pas compte, c'est admis par la masse, donc voilà, les parents qui ne respectent pas forcément les besoins de son enfant, c'est aussi… Mais c'est jusqu'où ? …Mais alors voilà à quel moment, à quel moment je peux juste poser une parole, essayer de faire prendre conscience et à quel moment, là, c'est pas moi, le parent ne comprendra pas, ça ne suffira pas, et il faut qu'il y ait quelque chose qui se mette en place quoi ? Voilà ! »*

(2) Dépistage et catégories socio-professionnelles.

- Certains médecins savent évoquer d'éventuels sévices quel que soit le statut socio-économique de la famille :

<u>Médecin 9</u> : « Quel que soit le milieu, par exemple là, j'ai des enfants, des gens du voyage, des gitans, je ne vais pas avoir plus de suspicion pour eux que pour les gens qui sortent leur carte Gold pour payer quoi. »

<u>Médecin 4</u> : « Après, on ne peut pas dire, il n'y a pas de famille particulière parce que des fois le déclencheur de la maltraitance c'est la fatigue, l'irritabilité ou le contexte économique et une perte de repères chez des parents qui sont débordés. Ce n'est pas nécessairement des gens défavorisés. »

- Pourtant, nous remarquons que certains médecins se laissent influencer par les conditions socio-économiques des patients ; en tous cas, dans ces milieux, la problématique de la maltraitance y est plus facilement évoquée.

<u>Médecin 3</u> : « C'était l'état dans lequel vivait cette famille, les conditions… J'étais peut-être un peu trop jeune dans ma tête, portant un jugement sur les conditions de vie… »

<u>Médecin 5</u> : «Par contre je ne fais aucun suivi de toxicomanes donc ça limite peut-être aussi mon expérience en maltraitance infantile. Parce que c'est vrai que c'est peut-être des milieux où on n'en rencontre un peu plus souvent. Enfin en tout cas, c'est peut-être aussi ceux pour lesquels on n'y pense le plus facilement. »

(3) <u>Différences éducatives et culturelles.</u>

- Les origines ethniques définissent des comportements éducatifs différents ; ce qui peut, pour les parents correspondre à une norme éducative peut, aux yeux du médecin apparaitre déjà comme de la maltraitance :

<u>Médecin 9</u> : « Alors après, où est la maltraitance ? Où est la rigueur éducative ? Où s'arrête une éducation on va dire sévère ? Parce que, ce qui est de la maltraitance pour nous ne l'est peut-être pas…Mais même plus que ça ! Il y a la culture de chacun ! … Donc en fait la notion de maltraitance elle est vraiment floue hein.»

<u>Médecin 13</u> : « Certains parents ne se rendent pas compte en fait qu'ils maltraitent leurs enfants donc ils disent des choses… En fait ils ne se rendent pas compte des sanctions qui leur paraissent tout à fait normales, tout à fait justifiées pour un enfant de trois ans par exemple. »

<u>Médecin 8</u> : « Il y a des parents aussi qui parlent mal à leurs gosses parce que c'est leur façon à eux de parler « touche pas à ma bagnole sale connasse !» Mais ils ne sont pas maltraitants pour autant, c'est leur façon de parler. Enfin bon, on est peut-être plus attentif dans ces cas-là. »

b) Dépistage des enfants maltraités par les médecins généralistes en pratique.

(1) <u>Position du médecin traitant par rapport au dépistage.</u>

A ce sujet, les points de vue divergent d'un médecin à l'autre. Un médecin traitant connait bien ses patients, souvent depuis longtemps. Au fil du temps, une relation de confiance se crée allant même parfois au-delà de la simple relation médecin – patient. Cette

position est différemment perçue par les médecins puisqu'elle est aussi bien décrite comme un avantage que comme un réel handicap.

- Une relation de confiance favorise les confidences, en effet, de cette manière, un dialogue peut s'établir entre le médecin et les familles, ce qui peut faciliter le dépistage :

Médecin 9 : « mais c'est bien, voyez, quand il y a du dialogue, que la maman ose me dire que le papa l'a punie ! »

Médecin 13 : « j'ai la conviction que plus on connaît et plus on crée de liens avec la personne et plus on a conscience de la dynamique qui se passe, plus on a de chances de repérer. (Pause) *Je crois. Je ne suis pas très sûre, mais je crois. »*

- En tant que médecin traitant, la plupart des médecins considère qu'ils ont l'avantage de bien connaitre les familles et de pouvoir suivre certains patients depuis plusieurs années. Par ailleurs, cela leur permet parfois de s'occuper de personnes appartenant à l'environnement de l'enfant ou de sa famille. Le médecin généraliste dispose d'une position lui permettant plus que quiconque d'avoir une vision globale de ses patients :

Médecin 1 : « Je connais mes patients depuis plus de 20 ans, ça aide ; on connait les familles, on connait les voisins, on a des contacts, et c'est très facile, si tu as un instant une pensée, un doute, il faut chercher plus loin. » […] « C'est une aide, une grande aide ! Parce que finalement il peut y en avoir un qui ferme les yeux mais pas dix qui ferment les yeux ! »

Médecin 3 : «… la connaissance de cette maman-là, par rapport à son vécu antérieur et par rapport à la façon dont elle a rebondi sur des situations très douloureuses… »

Médecin 5 : « Ç'aurait été beaucoup plus difficile pour moi si je ne l'avais pas connu avant. Étant donné que c'était déjà un enfant qui avait un retard psychomoteur à la base, que en plus je voyais rarement et que je savais qu'il y avait du nomadisme je pense que ça aurait été un frein si je n'avais pas connu le contexte. C'est l'avantage aussi d'être dans une petite ville et de croiser la mère régulièrement en ville… ça me donne aussi une idée plus globale du contexte familial. »

Médecin 11 : « Connaissant le contexte et l'histoire, connaissant la famille, connaissant la violence de la famille et les problèmes d'alcool qu'il y avait dans la famille… »

- Mais, pour d'autres médecins, la position de médecin traitant a fait obstacle au diagnostic :

Médecin 8 : « Est-ce que ça peut être un frein ? Alors oui parce que quand on connaît bien les gens on ne peut pas s'imaginer qu'ils soient comme ça. Parce que de toute façon tous les tueurs épouvantables sont vos voisins de palier et vous vous dites : « non mais c'est pas possible ! Il était aimable comme tout ! » Quand on connaît les gens on n'imagine pas et inversement quand on ne les connaît pas, simplement parce qu'ils ont des cheveux longs, un peu crades et je sais pas quoi on imagine que c'était les pires. »

<u>Médecin 14</u> : « c'est plus difficile pour le médecin traitant de se dire « ces gens-là que je soigne », on les a vu plusieurs fois et finalement on sympathise quand même, parce que la médecine générale ça reste quand même ça et les gens qu'on connaît c'est peut-être au final plus ou moins des amis, on a accès à des confidences ou on fait un peu partie de la famille, le médecin de famille voilà. C'est sûr que c'est pas évident parce que c'est pareil on doit changer de position. Et quelque part c'est un peu plus compliqué parce qu'on a peut-être tendance à ne pas voir. Quelqu'un qui arrive de l'extérieur, qui n'a pas de vécu comme ça, peut-être, verrait les choses de façon plus distante et ce serait plus évident pour lui. Quelque part aussi je pense que de ce fait-là, les parents sauront mieux camoufler des choses, parce qu'ils connaissent le médecin traitant et donc ils savent comment il va faire, ils savent comment j'examine le gamin donc ils savent aussi habiller le gamin ou faire pour, peut-être, que je ne vois pas les choses. »

- Parce que finalement, nous constatons que parfois, le côté "amical" de la relation médecin traitant-patient finit peut-être par prendre le dessus sur le professionnalisme du médecin :

<u>Médecin 9</u> : « c'est peut-être plus facile…De ne pas voir, on ne peut pas s'imaginer que ça puisse arriver, ou toucher quelqu'un qu'on suit. »

<u>Médecin 7</u> : « C'est très facile. C'est très facile de ne pas voir. »

- Les liens entre le médecin traitant et la famille d'un enfant victime de sévices peuvent aussi embarrasser le médecin dans la prise en charge de cet enfant :

<u>Médecin 14</u> : « moi on m'amène un gamin que je vois souvent et puis que je déshabille voilà, et puis que je m'aperçois qu'il a des bleus partout, si j'ai pour l'instant l'impression de parents qui sont des gens bien comme tout, euh … Je ne vais plus savoir comment réagir ! Parce que, on vous l'amène parce qu'il a le rhume et puis tout d'un coup on s'aperçoit qu'il a des bleus partout, comment vous allez faire pour l'hospitaliser ? En disant il a le rhume mais… ? Ce n'est pas évident parce qu'on passe d'un truc un peu simple à tout d'un coup un machin énorme ! »

- Cependant, cette position, aussi avantageuse soit-elle, peut également avoir un côté un peu "pervers" ; certaines personnes appartenant à l'environnement de l'enfant cherchant à manipuler le médecin afin que celui-ci agisse en leur faveur… :

<u>Médecin 3</u> : « Parce que quand vous connaissez le père, que vous avez les beaux-parents sur le dos, C. est une petite ville donc automatiquement il y a des choses qui se passent. On vient me voir, donc la maman et la fillette, le père et la nouvelle belle-mère, les grands-parents et il y en a qui savent rester neutre, mais il y en a qui poussent au conflit etc. »

<u>Médecin 14</u> : « la grand-mère était toujours par derrière plus ou moins en train de me dire : « ce serait bien de faire pour que j'obtienne la garde ! » - Oui pour vous forcer un peu la main ? - Voilà bon elle ne savait pas, c'est sûr que je n'allais pas intervenir auprès du juge pour dire : « la grand-mère elle est bien hein ! »

- Plusieurs médecins n'ont pas su répondre à la question, puisque leur place de médecin traitant les a tout à tour aidé puis handicapé :

<u>Médecin 6</u> : «C'est une très bonne question. Et je n'ai pas la réponse. »

<u>Médecin 10</u> : « Oh je pense que ça ne peut être qu'un avantage. Oui je pense…Ouais c'est plus facile, et encore c'est quand même très difficile mais je pense qu'il y a des gens qui peuvent très bien masquer la situation et je pense que je peux arriver très facilement à passer complètement à côté. Donc je présume qu'avec le temps en suivant des familles sur plusieurs années voire des décennies je pense qu'on peut effectivement avoir des petites choses qui… (En mimant le geste avec son doigt pour montrer que ces petites choses peuvent très bien être révélatrices et nous aider à faire le diagnostic)

<u>Médecin 15</u> : « Je dirais qu'il peut y avoir les deux écueils, c'est-à-dire qu'on peut se laisser endormir alors il faut rester vigilant, parce qu'il peut y avoir des gens qui vous trompent, entre guillemets, et puis on fonctionne par réflexe, par habitude, on peut se laisser effectivement un peu endormir par les situations mais ça peut aussi être un avantage parce qu'on va peut-être vous confier, au vu de la relation un peu particulière que vous avez liée depuis un certain temps avec cette famille, on va peut-être vous confier ce qu'on ne confiera peut-être pas facilement à un interne de garde dans un box au milieu des urgences. »

- Quant au médecin 12, il pense ne pas pouvoir répondre à la question, puisqu'étant installé trop récemment :

<u>Médecin 12</u> : « enfin comme je suis un tout jeune médecin alors en fait je n'ai pas trop de recul par rapport à un suivi sur le long terme mais après je pense que ça a tendance plutôt… Ça dépend à mon avis ce... Ça peut être dans les deux sens. Comment on suit la famille, les gens ont peut-être peur qu'en disant quelque chose ça puisse être répété et en même temps je pense que si on les voit souvent, c'est aussi un peu plus facile de lancer des perches quoi ! »

(2) <u>Comment ont-ils appris qu'un enfant était victime de violences ?</u>

- La majorité des médecins interrogés ont eu connaissance des sévices à enfants par un parent ou un membre de la famille de l'enfant, ou encore par une personne de l'environnement de l'enfant: (médecins 3, 7, 8, 9, 13, 14)

<u>Médecin 2</u> : « Et puis une autre fois elle vient en pleurs et puis elle me dit : « regardez, je veux que vous examiniez mon fils et que vous parliez avec lui... Ben vous allez constater vous-même, demandez-lui de se déshabiller et examinez-le. » Très bien, je déshabille le gamin, et je vois sur les fesses des raies linéaires, comme ça (mimant le geste de la main)*, parallèles sur les fesses du gamin. »*

<u>Médecin 13</u> : « et puis on m'a déjà aussi fait part, un membre de la famille ou d'autres personnes, sujet-contact avec la famille qui ont dit qu'il y avait des choses qui se passent qui étaient bizarres. »

- Quelques fois, c'est le changement de comportement de l'enfant, constaté au cabinet, qui a alerté le médecin (médecins 4, 11, 13):

<u>Médecin 4</u> : « c'était un enfant d'habitude plutôt exubérant et puis il était devenu introverti, il ne parlait plus trop… La difficulté, c'est qu'à un moment donné, on a senti que…, au cabinet on ne pouvait plus le déshabiller comme avant donc, il y avait quand même un repli. Et en le prenant à part j'ai fini par comprendre qu'il y avait eu abus. »

Médecin 11 : « Mais c'était un nourrisson, je dirais avec un comportement abandonnique. C'est-à-dire euh, le nourrisson qui ne sourit pas, qui ne rit pas, l'enfant qui, le bébé ! Qui était triste. C'est ce qui m'avait frappé ! Un bébé qui était triste. Alors elle me le ramenait tous les mois, après on le pesait et tout et alors, il n'était pas mal nourri, mais c'était plutôt euh…oui, le côté euh…. Ben un bébé on voit quand il est heureux, je veux dire (en riant de manière ironique) *c'est idiot hein ! Cet enfant ne souriait jamais ! Cet enfant était triste !...* En parlant d'une autre situation : *Par des enfants tristes, par des enfants que je ne voyais pas épanouis.»*

- Les maltraitances par négligence, souvent involontaires, ont été connues grâce au carnet de santé : le premier élément qui attire l'attention du médecin est souvent l'absence des vaccinations, vient ensuite, l'absence de suivi biométrique :

Médecin 15 : « des absences de carnet de santé, des absences de vaccination qui ne sont pas faites. C'est plutôt de la négligence […] Ils n'avaient notamment aucun suivi vis-à-vis de leurs enfants, les carnets de santé n'étaient absolument pas à jour… »

Pour tous les autres cas d'enfants victimes de sévices évoqués dans notre étude, le carnet de santé n'était que rarement spontanément présenté au médecin.

(3) Recours à des examens complémentaires.

Aucun des médecins interrogés n'a eu recours à des examens complémentaires en cabinet libéral. S'ils sont parfois utiles, les médecins généralistes les réservent aux médecins hospitaliers et jugent donc à ce moment-là que l'enfant doit être pris en charge dans un service de pédiatrie.

(4) Découverte de sévices sur mineurs a postériori ou cas passés inaperçus.

Initialement, l'objectif de cette question était de recueillir le ressenti des médecins par rapport à des cas non dépistes. Finalement, nous sommes étonnées de constater que de nombreux cas ont été découverts a postériori, le nombre d'enfants maltraités est donc probablement largement sous-estimé ce qui rejoint les données de la littérature que nous avons évoquées dans notre partie relative à l'épidémiologie.

- Nombreux médecins ont découvert des antécédents de maltraitance à l'âge adulte. Pendant l'enfance, les faits n'ont jamais été révélés, ni dépistés. Ce sont finalement les conséquences à long terme de ces maltraitances qui ont permis de les mettre à jour. A la question, "pensez-vous ne pas avoir dépisté certains cas de maltraitance et avez eu connaissance de certains faits a postériori ?", le médecin 2 répond :

« Ah oui, oui, mais je n'ai jamais su. (Il poursuit en baissant le son de sa voix et le débit de paroles) *j'ai eu une famille où j'ai pensé que la fille avait été violée par son père. Et sur le coup, je n'ai jamais su, je n'ai jamais eu de*

certitude… finalement, c'est une histoire qui a maintenant une dizaine d'années,… C'est venu après, moi, je m'en suis persuadé après-coup. En soignant les autres, par des réflexions qu'elles m'ont faites et je me suis dit… Une fois, il y en a une qui m'a dit, qui est un peu limite au point de vue intellectuel : « eh bien, vous savez même maintenant que je suis grande il essaye encore quelquefois, il essaye encore (pause). *», « Il essaye quoi ? » « Ben… » Et puis je n'ai plus réussi à rien en tirer…. Maintenant, avec le recul du temps, je crois que c'est vrai : je crois qu'il a violé probablement deux de ses filles. »*

<u>Médecin 15</u> : «C'était des situations qui n'étaient pas connues, c'était notamment des viols. »

- Alors, devant tout adulte souffrant de troubles dépressifs ou d'autres troubles psychiatriques, la démarche diagnostique devrait systématiquement rechercher des antécédents de sévices pendant l'enfance. Face à un adulte en souffrance : la recherche d'une éventuelle maltraitance pendant l'enfance fait partir inhérente de la prise en charge du patient, certains médecins posent donc systématiquement la question et obtiennent des réponses parfois surprenantes :

<u>Médecin 8</u> : « Comme je pose volontiers les questions à tous les gens qui ne vont pas bien, j'ai euh... Régulièrement, enfin il n'y a pas un mois sans que quelqu'un me dise qu'il a été violé dans l'enfance ! […] il faut simplement savoir poser la question. Ce n'est pas la question qui fâche, c'est une question… C'est simple ! Quand les gens ne vont pas bien je pose la question ! Enfin, de toute façon, en général, je ne pose pas de question, c'est comme pour l'alcool ! Je dis : « je pense que vous avez eu une enfance douloureuse ! Que vous avez vécu quelque chose de très douloureux, que pour le moment ce n'est peut-être pas le moment de le dire, ça doit vous peser, euh… C'est difficile à dire etc. » et puis les gens répondent : « non mais attends je n'ai jamais été aussi heureux que pendant mon enfance ! Tout s'est bien passé ! » Et là, je n'ai rien dit de méchant! « - Tout va bien ! Non, non ! Ce n'est pas ça ! Ma mère était extra, mon père impeccable ! » « - Oui mais peut-être que de la part d'un autre, je ne sais pas, vous avait eu un truc violent ? » « - Non c'était bien ! » Ou alors, tout d'un coup c'est le masque, pas un mot, et alors là ça y est, je sais ! Et puis après je leur dis : « ce serait bien qu'on puisse en parler, ce ne sera peut-être pas tout de suite. » Et puis en général, ça sort tout de suite !

Et il poursuit avec un exemple : *Et il y en a, ça m'a marqué : une mère qui déprime quand elle est enceinte ? Elle apprend qu'elle est enceinte d'une fille et elle déprime ! La première chose à laquelle vous pensez c'est que… voilà ! Elle se dit : « eh bien moi ma mère quand elle était enceinte mon père l'a violée donc si moi je fais une fille, mon mari va la violer aussi ! » Et j'en ai une comme ça, elle a eu quatre filles, il a fallu que ce soit la troisième pour que je comprenne ! Pourquoi elle déprimait quand elle apprenait que ça allait être une fille ? Elle imaginait que son mari allait faire pareil que ce que son père et ses frères avaient fait avec elle ! Donc une dépression pendant la grossesse, je pense que c'est des choses à évoquer, un problème d'alcool, c'est des choses à évoquer. Et puis même ! Des gens qui ne sont pas bien ! Qu'est-ce qu'on risque à leur poser la question ? Et puis si nous on ne leur pose pas la question, personne d'autre ne la posera donc c'est à nous de la poser. Et puis on n'est pas obligé de donner des détails, on peut dire simplement : « vous avez probablement vécu un événement très douloureux » on est dans une époque où c'est facile parce qu'on n'en parle partout, il y a des émissions à la télé, à la radio, partout on n'en parle donc ce n'est pas difficile.* »

- A la question, « pensez-vous que certains cas de maltraitance ont pu passer inaperçus ? », d'autres médecins répondent qu'ils en sont persuadés, pour diverses raisons : parce qu'ils n'ont pas vu « beaucoup » d'enfants maltraités par rapport à la durée de leur carrière, ou parce qu'il est facile de ne pas voir et de se

laisser abuser par les familles ou encore parce qu'ils l'ont appris de leur patient à l'âge adulte :

Médecin 8, lorsque je lui demande de me faire part de son expérience, il commence d'emblée par me répondre qu'il n'en a pas assez : *« - Pas assez !! - Pourquoi pas assez ? - Des adultes qui ont vécu des enfances très douloureuses il y en a plein. Il suffit de poser la question. Et des enfants, et j'en soigne quand même un paquet depuis trente ans, je pense que quand on les voit, on ne s'aperçoit pas de la situation et malheureusement on passe à côté… Ce qui me fait bizarre c'est de me dire que très certainement il y en a beaucoup à côté desquels on passe ! Et oui…* Puis il poursuit : *Que je suis passé à côté ? Ah, mais j'en suis sûr déjà ! J'en suis sûr parce qu'il y en a au moins une déjà pour laquelle je suis passé à côté. Que je suis depuis qu'elle est adulte mais que j'ai eu l'occasion de voir déjà je crois une ou deux fois quand elle était enfant pour des trucs banaux : rhinopharyngite, fièvre ou je ne sais plus quoi et j'ai su après que son père et ses frères d'ailleurs, la violaient, régulièrement. Donc … je sais que si je n'en ai pas vu, c'est forcément parce que je suis passé à côté, parce-que ce n'est pas possible autrement !... j'ai dit que j'étais probablement passé à côté pour des simples raisons statistiques ! Parce qu'il y en a plein certainement ! Enfin je ne sais pas quel est le pourcentage, mais je pense qu'il y en a au moins un par classe de…par classe de primaire par exemple, et donc à partir du moment où on suit un certain nombre d'enfants sur un certain nombre d'années on n'en a forcément croisé. »*

Médecin 4 : « Et pour lesquels je suis passé à côté ? Oui c'est possible. Je reste persuadée qu'on peut être abusé…il faut savoir que les enfants sont tellement, comment dirais-je, ils sont formatés les gamins. Donc "si je reçois une toise c'est que je l'ai méritée", et puis ils sont apeurés d'en recevoir une autre. Et donc c'est très difficile et les enfants qui sont probablement enfermés dans une pièce ou dans une armoire, je ne me leurre pas ça existe toujours, ceux qui reçoivent des coups de ceinturon ça existe encore dans certains milieux, pas nécessairement dans des milieux défavorisés. Les attouchements sexuels je reste persuadée que ça existe sans qu'on le sache. Vous savez dans un cabinet de médecine générale on voit beaucoup d'adultes, où vous sentez que dans leur vie d'adulte il y a quelque chose qui ne va pas, et pourquoi certaines angoisses, et à force de conversations, vous vous rendez compte que sont des hommes et des femmes qui ont vécu dans leur propre famille et dans leurs propres histoires des attouchements sexuels avec leurs propres parents ou bien c'était des frères et sœurs. Et donc j'ai plusieurs patients comme ça dont les histoires ressurgissent à l'âge adulte et qui ressurgissent particulièrement au moment où leurs propres enfants ont l'âge auquel il s'était passé quelque chose. C'est des gens qui ne font pas confiance aux personnes auxquelles ils le donnent à garder, ils ont toujours peur qu'il se passe quelque chose. Et c'est patients qui sont aujourd'hui très bien implantés dans la vie active et dont les parents étaient très bien implantés aussi dans la vie active. »

Médecin 9 : « Ah ben moi je pense obligatoirement, parce que ça fait deux ans et demis que je suis ici, avant j'étais à N. pendant trois ans et j'ai vu des maltraitances psychologiques mais je n'ai jamais dénoncé de cas de maltraitance alors que j'en vois plein des enfants, donc j'ai dû forcément passer à côté d'enfants maltraités. »

- A l'inverse, peu de médecins sont certains d'avoir repéré tous les enfants maltraités qu'ils peuvent avoir dans leur patientèle :

Médecin 5 : « Je ne pense pas, a priori je ne pense pas (ne pas avoir vu certains cas)*… de toute façon, je suis sûre et certaine que je n'ai jamais eu d'autre enfant maltraité, je n'ai même jamais eu de doute concernant un autre enfant. »*

c) Prise en charge des enfants maltraités par les médecins généralistes en pratique.

(1) Les partenaires des médecins généralistes.

- Certains médecins, lors d'une suspicion de maltraitance, préfèrent hospitaliser l'enfant d'emblée. De cette façon, l'enfant bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire et c'est l'équipe hospitalière qui se charge du signalement.

Médecin 7 : « Quelquefois vous n'avez pas de doutes, les choses sont évidentes : et là c'est à vous de faire. Mais si vous avez des doutes, si vous n'êtes pas sûrs, si vous suspectez que, eh bien moi j'hospitalise… Mais j'ai relu les textes concernant les mineurs et je pense que quand vous avez un doute concernant un mineur il n'y a absolument pas à hésiter et faire appel à la justice, même si vous n'avez pas de preuve. Si je n'arrive pas à passer par l'hôpital, si je n'arrive pas à avoir l'avis d'un spécialiste ou d'un autre professionnel de santé, je déclare. »

Médecin 3 : « et bien quand j'ai un doute évident ou bien quand il se précise je fais quand même faire un examen au niveau du CHU de l'hôpital d'enfants pour vérifier certaines choses. »

Médecin11 : « Mais je veux dire, déclarer une maltraitance d'enfant c'est pas simple (en insistant sur le mot « pas » et le mot « simple ») *d'abord il faut en être absolument sûr, alors, si on a le moindre doute je crois qu'il faut hospitaliser l'enfant. Ah moi, quand j'ai un doute de maltraitance sur un enfant, physique, j'hospitalise l'enfant, de toute façon, pour avoir des bilans, pour euh… »*

- Le partenaire privilégié de certains médecins reste la PMI.

Médecin 8 : « je m'adresse au médecin de PMI, c'est clair, c'est vraiment celui vers lequel je vais parce que il travaille en équipe. Et que de toute façon, à partir du moment où les gens habitent dans telle ville ou dans tel quartier ils auront toujours à faire à la même PMI, ils peuvent changer de généraliste mais ils ne changeront pas de PMI. »

Médecin 15 : a signalé à la PMI car est médecin vacataire de PMI *: « Donc là, ça passe après par la filière classique, avec le médecin responsable de PMI du département qui peut plus ou moins lui, faire un signalement au procureur de la république enfin voilà judiciaire avec toutes les conséquences après que ça représente. »*

- D'autres appellent le Procureur de la République soit d'emblée, soit quand la situation relève d'une urgence ou d'une gravité importante, justifiant effectivement d'un signalement judiciaire.

Médecin 7 : « Et donc pour moi finalement, la conduite à tenir est simple : si j'ai une suspicion ou quelque chose qui me paraît vraiment anormal vis-à-vis des enfants: j'écris au Procureur. Je ne me pose pas de questions. Cependant : à condition que ce soit moi qui sois vraiment directement en cause. »

- D'autres médecins choisissent quant à eux de gérer avec les assistantes sociales de secteur, quand la situation le leur permet :

Médecin 11 : « Je pense que de toute façon, il y a les enquêtes sociales ! Mais déclencher des enquêtes sociales c'est déclencher quelquefois des mécaniques... difficiles, c'est pas…, bon, il est sûr que la première chose à vérifier, c'est toujours l'intérêt de l'enfant. Je crois qu'il faut toujours avoir en tête, l'intérêt de l'enfant, et bien évidemment c'est la maltraitance, je veux dire je crois que… C'est la priorité, c'est sûr ! »

<u>Médecin 15</u> : « Il y a le pool des assistantes sociales évidemment. Après ça dépend effectivement de l'importance du problème. »

- Un médecin travaille en relation avec le CMP, car il parvient à obtenir rapidement un rendez-vous pour l'enfant, même si, dans un premier temps, ce n'est qu'avec une infirmière psychiatrique.

<u>Médecin 13</u> : «Assez facilement vers les psy, je prends contact assez facilement avec le CMP, parce que l'accès y est assez facile et au moins par une infirmière psychiatrique pour qu'il y ait déjà une prise en charge dans un premier temps et puis pour poser un accueil bienveillant, il y a quelque chose. Donc assez facilement avec le CMP dans un premier temps. »

- Nous avons appris que deux médecins n'utilisent pas la voie classique du signalement ou de l'information préoccupante, en effet, ils font appel, en première intention à une connaissance personnelle qui pourra les orienter dans leurs démarches :

<u>Médecin 1</u> : « j'ai une amie qui est juge, ça aide, elle m'indique le juge auquel je dois adresser mon signalement, ça évite les intermédiaires, c'est plus rapide, ça évite que tu aies plusieurs interlocuteurs et que ça ne se perde, et que les gens qui font l'enquête sociale me disent finalement que les enfants sont mieux chez eux!... Avoir une amie c'est plus facile, quand tu as quelqu'un qui est en place, ça aide. »

<u>Médecin 12</u> : « Et ben déjà, enfin j'ai ma meilleure amie qui est psychiatre, qui a travaillé en pédopsy et donc que je l'appelle, elle, pour en parler, pour avoir son avis et pour essayer de voir à quoi elle peut penser… Pour voir ce qu'elle en pense etc. et après je lui demande qui est-ce que je dois appeler en premier et euh…. Après, si elle n'était pas là je ne sais pas forcément, je ne pense pas que j'appellerais la police de suite, j'appellerais peut-être plutôt la PMI ou des choses comme ça, pour savoir la démarche à suivre. »

- Malheureusement, certains médecins n'ont pas de "partenaires", pas de personnes qu'ils peuvent joindre pour obtenir des conseils :

<u>Médecin 4</u> : « en fait on n'a aucun mode de suivi...Mais après on a aucune possibilité alors on se trouve un peu démuni dans la mesure où nous, on se doute bien qu'il y a quelque chose et puis finalement on travaille, on va dire, un petit peu par personne interposée, donc on appelle un service de pédiatrie dans lequel on a eu la chance de faire un stage et puis on essaie d'avoir un pédiatre et puis on lui dit : « voilà j'ai un doute quant à une affaire de viol sur mineur mais je n'ai pas de preuve. Qu'est-ce qu'on fait ? »

<u>Le médecin 11</u> ne fait pas confiance aux services sociaux, qui sont une fois intervenus dans une famille en leur annonçant qu'ils venaient car le Dr 11 leur avait signalé un comportement inquiétant ! : *« Bon, dans l'ensemb… Les services sociaux, pff, je ne veux rien dire...* (En faisant une grimace et en mimant un geste de dépit avec ses bras, et en baissant le son de sa voix) *d'accord ? C'est tout. »*

(2) <u>Autres actions du médecin.</u>

- En cas de suspicion de violences, quelques médecins mènent une sorte d'enquête personnelle avant de prendre leur décision :

<u>Médecin 1</u> :« un vrai policier ! (Discret sourire) *Hercule Poirot ! Parce que, par exemple, les voisins souvent n'osent pas dire. Mais si tu leur demandes : ils disent ! Après tu demandes en face, à côté… »*

<u>Médecin 4</u> : « C'est-à-dire que quand j'ai un doute au début je ne dis trop rien parce que je veux surtout que le patient revienne avec son fils pour ne pas le faire fuir. Et puis après je fais une recherche interne c'est-à-dire que j'appelle les services d'urgence pour savoir si ils ont déjà vu le patient. Comme ça j'essaie de savoir si il y a un nomadisme ou si l'enfant revenait régulièrement aux urgences pour des entorses ou autre chose etc. »

- Le médecin 3 ne fait pas "d'enquête", mais se fie à ses impressions pour prendre sa décision :

<u>Médecin 3</u> : « Par rapport à ce que j'ai ressenti, par rapport à moi comme je l'ai ressenti, et par rapport à ce qu'on a voulu me dire. »

- Parfois les médecins ne font pas eux-mêmes le signalement, par contre, ils confient cette tâche à un membre de la famille de l'enfant. Les raisons sont diverses : le médecin préfère ne pas s'impliquer personnellement ou cela oblige la famille à s'investir dans la prise en charge :

<u>Médecin 3</u> : «mais en tant que professionnel de santé, si on ne donne pas son identité etc... Le signalement anonyme, je ne sais pas … Alors moi je pousse les familles à faire le signalement. Moi je dis je suis là pour faire le certificat, mais ce n'est pas moi qui vais signaler, sauf si c'est aigu etc. Mais il faut aussi que les familles assument, je pense que l'on peut assister mais… Une maman qui supporte que son fils ou sa fille soit violenté, je dis non, on aide à signaler mais on les met aussi un petit peu en parallèle sur les rails parce qu'ils auront besoin d'un soutien psychologique etc. parce que signaler pour signaler, il pourrait y avoir peut-être plus de situation de signalement… mais moi je pense qu'il faut impliquer le parent ou les parents, en tout cas le parent qui accompagne l'enfant, voir les grands-parents mais c'est à lui de faire le signalement ou même à un oncle ou à une tante. »

<u>Médecin 7</u> : « Par la grand-mère des enfants. Et là, je ne suis pas intervenu directement. Je suis arrivé à la convaincre de contacter les services, par un numéro d'appel anonyme. Et donc je l'ai convaincue d'appeler, elle a appelé, elle a déclaré ça. Et finalement elle a eu la garde des enfants, et c'est comme ça que j'ai connu les enfants et que j'ai eu connaissance de cette histoire-là en profondeur. »

d) Difficultés rencontrées lors du dépistage.

Toutes les difficultés relatives au dépistage d'enfants victimes de sévices énoncées par les médecins interrogés sont exposées dans cette partie. Certaines sont inhérentes au médecin lui-même, d'autres dépendent de l'enfant, de sa famille, ou même de son environnement.

(1) <u>Difficultés inhérentes au médecin :</u>

- **<u>Savoir penser à une maltraitance.</u>**

  - La première difficulté lors du dépistage de sévices sur mineurs est probablement inhérente au médecin lui-même : il faut savoir évoquer cette hypothèse quand les faits ne sont pas évidents :

<u>Médecin 1</u> : «Eh bien, moi, j'étais déjà sur le terrain, une horreur comme ça, je n'y aurais même pas pensé !, je n'y aurais pas pensé ! »

<u>Médecin 9</u> : «Mais sachez que, moi j'ai entendu dans les statistiques qu'il y avait un enfant sur dix qui subit des maltraitances, donc moi je passe quand même beaucoup de temps à regarder chaque enfant en me disant : « peut-être que c'est lui ? » Donc, j'examine chaque enfant, donc je sais que j'examine toujours les enfants même quand ils viennent juste pour une gastro ou un mal de ventre, j'ausculte le cœur et je soulève derrière le T-shirt pour écouter les poumons et à chaque fois que je vois quelque chose, euh, je demande d'abord à l'enfant, par exemple : « oh ! Et ben dis donc tu t'es pris un sacré bleu ! » Je ne demande pas aux parents, je dis : « oh eh bien tu as dû te faire mal dis donc, qu'est-ce qui était arrivé ? » Alors eh bien, s'il me dit spontanément : « Ah bas, je suis tombé en roller il y a deux jours avec mon copain » ou euh…je sais… J'espère que je ne suis pas passé à côté d'un truc comme ça mais il faut toujours l'avoir à l'esprit ! (en baissant la voix) *»*

<u>Médecin 10</u> : « Le problème c'est que si on n'a pas l'instinct qui nous dit : « il y a un problème! » C'est-à-dire quelque chose qui nous… Je pense que même un enfant qui a des traumas à répétition, qui se casse une jambe en tombant ou des choses comme ça, je pense qu'on n'a pas toujours forcément le réflexe ! Quand on a une petite famille qu'on pense à risque, je pense qu'on doit y penser, après si on n'est pas du tout dans ce schéma-là euh, je pense qu'on peut passer complètement à côté ! »

<u>Médecin 13</u> : « Si on n'y pense pas. C'est pas toujours dans les milieux où on les attend, ce n'est pas toujours avec les gens où on les attend. »

- **<u>Difficultés de reconnaissance des différentes formes de maltraitance.</u>**

  - Certaines formes de sévices sont plus difficiles à repérer que d'autres :

<u>Médecin 1</u> : « La clinique c'est un élément en plus, qui viendra confirmer, mais il y a d'autres maltraitances. La maltraitance psychologique est parfois plus difficile ; J'ai une famille dont les parents étaient toxicomanes et alcooliques, même les voisins en parlaient, ils avaient des rapports sexuels sur le balcon, etc… et les enfants vivaient au milieu de tout ça. Ceci, pour nous, c'est complètement invisible. »

<u>Médecin 9</u> : « donc la maltraitance psychologique est peut-être plus fréquente que la maltraitance physique mais c'est aussi beaucoup plus difficile à repérer… Alors moi j'ai l'impression, ici on est dans un milieu favorisé alors je n'ai pas l'impression qu'il y ait beaucoup de violences physiques ou de choses comme ça, mais j'ai l'impression qu'il y a une pression psychologique qui est euh… Plus difficile à dépister, mais avec des moments de stress dans les familles et euh. »

- **<u>Manque de temps.</u>**

  - Gérer une situation de sévices sur mineurs ou la chercher demande du temps et les médecins généralistes libéraux n'en disposent pas suffisamment :

<u>Médecin 8</u> : « Parce qu'une consultation ça va trop vite, qu'une consultation c'est… »

<u>Médecin 11</u> : « Mais bon, je peux vous dire ça s'implique ! Parce qu'il faut y aller, il faut y être, il faut menacer,…. Beaucoup de temps, beaucoup d'énergie. »

<u>Médecin 12</u> : « Eh bien la fois où je l'avais vu seul, je n'avais pas eu le temps et puis après je ne l'ai plus revu seul donc euh… enfin on est quand même un peu souvent à la bourre et tout ça, et voilà et des fois je pense qu'on n'a pas forcément le… Enfin on n'a pas forcément le temps de commencer un petit peu à parler de ça… je pense aussi que ce qui rentre en compte euh, ce qui aussi peut faire qu'on n'a pas forcément le temps de détecter, c'est vraiment le manque de temps. Le manque de temps […] mais des fois on n'a pas le temps et je pense que du coup il y a plein de fois où il faudrait prendre le temps mais voilà on ne peut pas quoi ! Parce que un enfant, je veux dire si vous ne prenez pas le temps, ce n'est pas en le voyant un quart d'heure qu'il va vous dire quelque chose ! Parce que moi par exemple pour les examens des nourrissons, je les prends une demi-heure mais après pour les plus grands euh…je les prends vingt minutes en général, mais bon vingt minutes si on veut discuter avec l'enfant le faire parler, ce n'est pas en vingt minutes qu'il va vous dire grand-chose parce qu'on n'a pas le temps en vingt minutes d'instaurer une vraie relation. »

- **<u>Manque de formation initiale et continue.</u>**

  - Plusieurs médecins ont évoqué le manque de formation comme posant problème dans le repérage des cas de maltraitance, mais également dans la prise en charge de ces enfants :

<u>Médecin 7</u> : « - Est-ce que vous pensez que notre formation est… » (Me coupant la parole) « *- Zéro !! Ça n'est pas du tout suffisant. Non pas du tout !! Et ça rejoint si vous voulez ma problématique avec les femmes battues… donc j'en vois* (des enfants) *de plus en plus et donc j'ai racheté des livres de pédiatrie ! Et d'ailleurs dans les livres on n'a jamais grand-chose sur la maltraitance infantile, alors que c'est quand même un vrai problème de médecine générale !»*

<u>Médecin 9</u> : « Je crois qu'on ne peut pas dire que nous ayons vraiment de formation, je ne sais pas ça dépend vraiment de… C'est plutôt du psychologique… C'est l'expérience aussi qui fait que… »

  - Ce qui rejoint l'avis d'autres médecins qui pensent que ce n'est pas l'amélioration de la formation qui aiderait les médecins généralistes, mais c'est plutôt leur expérience personnelle qui fait la différence:

<u>Médecin 10</u> : « ce ne sont pas des choses qui s'apprennent. Enfin, je pense qu'on peut… Non, non je ne pense pas ou alors ce serait effectivement des formations trop longues. Je pense qu'on peut nous apprendre un petit peu voilà quelles sont les procédures à suivre en cas de des suspicions ou de choses comme ça mais sinon non. Mais comme pour beaucoup de choses en médecine. C'est des choses qui se vivent sur le terrain et puis c'est l'expérience qui se fait avec le temps. »

- **<u>Difficultés liées à l'absence de visites à domicile.</u>**

  - Pour certains médecins, le dépistage de la maltraitance est facilité par le fait de pouvoir voir l'enfant à son domicile. Les visites permettent de se rendre compte des réelles conditions de vie de l'enfant :

<u>Médecin 4</u> : « Le souci c'est lorsque les gens viennent au cabinet, par rapport à lorsque vous vous déplacez en visite où il y a un mode de vie différent. La personne qui vient au cabinet vient chercher un traitement où elle amène un enfant et donc au cabinet je ne suis pas sûr qu'il soit particulièrement aisé de déterminer une maltraitance. »

<u>Médecin 8</u> : « peut-être que c'est plus facile de se méfier quand…, quand on va chez les gens ! De voir l'intérieur, c'est quand même différent ! Les gens ne sont pas pareils quand ils sont ici et quand ils sont chez eux ! Combien de fois, quand je suis allé chez les gens, je me suis dit : « oh là là ! Je n'imaginais pas qu'il puisse y avoir un intérieur pareil ! » Et puis on a un regard un petit peu différent, alors il ne faut pas être suspicieux pour autant mais enfin il faut quand même être vigilant et quand on voit un intérieur bien pauvre, bien sale et avec des bouteilles partout, enfin plein de choses, on est forcément plus attentif. Alors que dans une consultation c'est clairement un milieu différent. »

- Mais ce n'est pas l'opinion de tous les médecins ; même à domicile, les gens peuvent dissimuler la réalité :

<u>Médecin 9</u> : « Donc même quand on fait des visites à domicile, on peut ne pas voir, il suffit de bien se tenir pendant une demi-heure donc euh… C'est très difficile. Il faudrait faire des visites-surprises, mais ça en tant que médecin traitant c'est impossible, ni les infirmières de PMI, ni les services sociaux ou quoi que ce soit. »

(2) <u>Difficultés relatives à la famille de l'enfant :</u>

- **<u>Familles recomposées.</u>**

  - Deux médecins ont évoqué, les difficultés liées aux familles recomposées qui consultent au cabinet. En effet, les membres d'une même famille ne portent pas toujours le même nom, ce qui rend difficile la connaissance de l'environnement proche de l'enfant :

<u>Médecin 1</u> : « Les familles recomposées, ça, par contre c'est un vrai problème, car parfois, il y a des noms différents dans une même famille, et il y a souvent des sujets rapportés qu'on ne connait pas. Et là, ça devient plus compliqué, ça devient un peu plus compliqué. »

- **<u>Absence de coopération de la famille.</u>**

  - Lorsqu'ils repèrent une situation de sévices et qu'ils cherchent à étayer leurs suspicions, les médecins généralistes se retrouvent parfois confrontés à diverses difficultés. L'une d'elles étant le changement de comportement des membres de la famille, avec des familles qui deviennent parfois opposantes :

<u>Médecin 1</u> : « Et donc, j'ai essayé de savoir, et je pense que lui (le papa)*, a compris ma démarche et donc ils ne m'ont plus jamais acceptée…j'ai posé des questions, j'ai essayé de savoir, comment s'appelle le papa, il est comment ? Vous l'avez rencontré comment ? Quelles étaient les circonstances… ?... A partir du moment où, lui a compris le danger, il n'a plus accepté que je pénètre dans la maison ! »*

Médecin 2 : « Eh bien je me dis que la situation du médecin et du juge est bien difficile parce-que la cellule familiale s'auto-protège. Il faut que tout soit dit mais surtout pas l'essentiel. Par exemple, la mère disait : « ce n'est pas parce qu'il a fait une petite tape sur les fesses de ses filles, qu'il faut en faire toute une histoire. ». Mais je me dis que la mère était au courant, elle a caché les choses… »

- **Familles non connues du médecin.**

  - Pour plusieurs médecins, le dépistage de sévices n'a pas été chose facile parce que les enfants concernés n'étaient pas beaucoup vus en consultation, ou bien parce qu'il s'agissait d'enfants qu'ils voyaient parfois pour la première fois. Les enfants et leur famille n'étaient pas vus de manière régulière en consultation:

Médecin 8 : « Mais c'était des enfants qui ne nous étaient jamais montrés, pratiquement jamais! Donc ce n'est pas vraiment une patiente que j'ai suivie, je n'ai pas eu l'occasion de la voir dix fois ou vingt fois pour des maux de ventre ou des trucs comme ça, ce n'est pas quelque chose à côté duquel… Je suis passé à côté parce que… Mais on ne me l'a pas amenée pour des signes qui pouvaient me laisser évoquer ça… Et finalement c'est ça qui est très étonnant d'ailleurs, c'est que, finalement ce ne sont pas les enfants qu'on suit habituellement enfin, en tout cas celui-là, ce n'était pas un enfant que je suivais d'habitude. Alors pourquoi c'est moi qu'elle est venue voir ? »

(3) Difficultés relatives à l'enfant :

- **Enfants peu vus en consultation.**

  - Plusieurs médecins expliquent que les pré-adolescents sont peu vus en consultation, c'est un âge où les pathologies infectieuses bénignes sont plus rares, les enfants ne sont donc pas vus par le médecin généraliste de façon systématique ; ceci apparait comme un facteur entravant le diagnostic :

Médecin 13 : « à cet âge-là, les enfants on ne les voit pas souvent, on les voit une fois par an grosso modo pour les certificats médicaux, pour le sport, éventuellement les vaccinations mais on ne les voit pas très souvent. »

- **Difficultés liées au fait que l'enfant n'est jamais vu seul en consultation.**

  - Quelques médecins pensent que voir en consultation, un enfant toujours accompagné entrave le dépistage, en effet, l'enfant risque de se sentir moins libre de s'exprimer :

Médecin 4 : « D'un autre côté, vous êtes embêtés parce que vous ne pouvez pas examiner un enfant non accompagné normalement d'une personne majeure. Alors ça c'est vrai dans les quartiers normaux entre guillemets. Parce que si vous exercez dans un quartier, on va dire, type « HLM », vous allez voir que les enfants assez tôt ils viennent tous tout seuls. Il n'y a pas de parents, enfin pas toujours. Et donc là c'est vous qui êtes dans le caca parce que si l'enfant rentre en disant que vous avez été maltraitant, il n'y avait personne. «- Je viens parce que maman m'a dit de venir parce que j'ai une gastro-entérite. » D'accord. « - Mais maman, elle est

où ? » « - Elle est au lit ! » Alors si vous voulez, quelque part, c'est aussi de la maltraitance parce qu'il y a là un défaut d'éducation. »

<u>Médecin 9</u> : «Parce qu'aussi les enfants et même les ados, des fois tard, viennent toujours avec leurs parents donc même si un ado, je ne pense pas qu'un enfant à 7-8 ans puisse spontanément me le dire, mais un enfant de 11-12 ans peut-être qu'il pourrait me le dire si ses parents n'étaient pas avec lui. »

- **<u>Enfant jamais vu en présence de la personne maltraitante.</u>**

  - Ceci a été décrit par le médecin 8 comme facteur pouvant entraver le diagnostic de maltraitance. De cette manière, les interactions, les comportements éventuellement anormaux ne peuvent être observés :

<u>Médecin 8</u> : « je n'ai jamais vu des parents faire souffrir leur enfant devant moi, tout bêtement ! C'est bête mais je dis les choses ! Probablement que celui qui nous amène l'enfant ce n'est pas le maltraitant, quand il y a maltraitance. »

- **<u>Enfant vu dans un contexte infectieux.</u>**

  - Les enfants sont souvent vus au cabinet pour des pathologies infectieuses bénignes mais qui ne favorisent pas la mise en place d'un dialogue :

<u>Médecin 8</u> : « Déjà, ce qui est difficile pour nous, c'est que quand on nous amène l'enfant c'est qu'il est malade, il a de la fièvre, il tousse, il a un problème de diarrhée et donc que ce n'est pas trop là qu'il peut s'exprimer le plus librement. »

- **<u>Doutes sur la véracité des faits.</u>**

  - Il est parfois difficile de savoir quel crédit doit être apporté aux propos des personnes qui accompagnent l'enfant, notamment en cas de conflits intrafamiliaux, comme lors d'un divorce. Des médecins peuvent avoir la sensation d'être manipulé ou utilisé par des parents :

<u>Médecin 9</u> : « Eh bien par exemple l'autre jour la mère divorcée, qui envoie la gamine chez son ex-mari et qui ne supporte pas son ex-mari et qui me demande après de faire un certificat de maltraitance ! Parce que la gamine, quand elle est revenue de son week-end à Paris, elle avait les cheveux coupés avec des mèches rouges dans les cheveux, elle avait 10 ou 11 ans… Donc la mère du coup est venue me dire : « il faut que vous me fassiez un certificat parce que ma fille s'est retrouvée avec les cheveux coupés sans savoir comment, et je pense que mon ex-mari lui a coupé les cheveux dans son sommeil ! » Donc, euh… Et puis des fois c'est : « allez dire docteur que c'est mon mari qui l'a tapée ! » alors que la petite elle n'a rien à voir dans tout ça ! »

- **<u>Doutes sur une manipulation de l'enfant.</u>**

  - Certains médecins se sont parfois demandé si l'enfant n'avait pas été manipulé de sorte que son discours concorde avec les données des parents.

<u>Médecin 2</u> : «Ah oui bien sûr j'ai pensé. Bien sûr, j'y ai pensé, je me suis dit que c'était une hypothèse qu'il fallait avoir à l'esprit mais après, ça me paraissait peu crédible. Peu crédible parce qu'il aurait fallu qu'elle manipule son enfant au point de le conditionner pour qu'au moment où le docteur lui demandera : « tu lui diras que c'est tonton et tu lui diras pas que c'est maman. » Je pense que si elle avait fait ça, elle aurait pu me berner, moi, elle aurait difficilement pu berner un psychologue qui aurait pris l'enfant 3 heures avec lui en le faisant jouer, en le faisant raconter. Un enfant, manipulé, s'exprime d'une autre façon. Il s'exprime par le dessin, il s'exprime par le jeu, mais à un moment donné, on va se dire il y a quelque chose qui ne va pas parce qu'il y a une espèce de contradiction. »

<u>Médecin 3</u> : « alors je ne sais pas, si c'est le lot des enfants qui vivent des séparations de parents etc. où l'enfant est parfois objet de conflit et où on cherche la petite bête, on veut savoir comment s'est déroulé le bain, la toilette, l'habillage, le déshabillage par le papa, par la belle-mère etc. »

- **<u>Difficultés liées à l'interrogatoire de l'enfant.</u>**

  - L'interrogatoire de l'enfant lors d'une suspicion de sévices pose des difficultés. Comment mener l'entretien au mieux et quel crédit accorder aux dires de l'enfant ? :

<u>Médecin 3</u> : « La maman était venue en consultation avec sa petite fille donc bien sûre elle était relativement fermée etc. Mais à force de la questionner, on a réussi quand même à lui faire dire certaines choses mais toujours avec la problématique de savoir est-ce que l'enfant dit oui à la question parce qu'on lui a posée d'une certaine façon ou bien est-ce qu'elle a entendu certaines choses et puis de façon répétitive elle fait un peu le perroquet ? »

<u>Médecin 4</u> : « En médecine de ville, la difficulté c'est qu'on a des mineurs ou des majeurs parfois très « tuyau de poêle » ; quelle est l'attitude que vous devez apporter, vous, médecin généraliste, aux dires d'un jeune patient qui vous dit être victime d'attouchements sexuels par rapport à un membre de la famille, en l'occurrence le père dans l'exemple que j'ai en tête, et que vous n'avez pas de preuve et que vous savez que vous êtes dans une famille très très particulière avec un milieu de vie…, éthylo-tabagique, un contexte social très particulier, d'autres enfants déjà retirés et placés pour d'autres raisons ? Quel crédit doit-on y apporter? »

(4) <u>Difficultés liées à l'environnement de l'enfant :</u>

- **<u>Le médecin généraliste et l'école.</u>**

  - Plusieurs médecins ont évoqué des difficultés par rapport au milieu de vie scolaire de l'enfant, ces difficultés sont diverses : elles peuvent être de l'ordre de la communication école-médecin traitant, ou il peut s'agir de reproches du

médecin vis-à-vis des enseignants qui selon certains médecins sont les mieux placés pour signaler mais ne le font pas suffisamment et reportent les responsabilités sur le médecin généraliste.

Médecin 4 : « Et là, l'école est responsable. Parce que l'école dit : « allez chercher un certificat médical en disant que l'enfant était absent. » Pourquoi l'école dit ça ? Eh bien je peux vous donner la réponse : parce que si vous avez un certificat médical justifiant de la non-fréquentation de l'école, je n'ai pas besoin d'alerter l'Education nationale, donc ça ne remonte pas au rectorat. Par contre, si vous ne donnez pas de certificat médical, au bout d'un certain temps, l'école a le devoir d'alerter les services sociaux. Or l'école ne fait pas son travail. Le certificat médical d'absence ne doit être fourni que pour une absence supérieure à 5 jours. Donc votre enfant ne va pas l'école du lundi au vendredi : vous n'avez pas à fournir de certificat médical. Mais vous verrez que les C.P.E. en demande systématiquement. Eh bien moi, des fois, je ne leur fais pas. Je vous rappelle quand même qu'un certificat médical, normalement c'est payant, et non-remboursable. Et donc je leur dis que si l'enfant n'est pas venu, moi je ne sais pas pourquoi il n'est pas venu et donc normalement les parents gèrent cette absence. Si vous avez des absences répétées de deux jours tous les dix jours sans raison médicale, l'école a le devoir d'alerter sa hiérarchie. Mais comme ça entraîne la mise en place d'un certain nombre de choses…Et bien elles ne le font pas. Et donc, on dit aux parents : « allez chercher un certificat médical », c'est tellement plus simple ! Et puis la maman elle me dit qu'il n'est pas allé à l'école parce qu'il avait une gastro-entérite mais moi je ne l'ai pas vu ! »

- Les enseignants sont peut-être parfois mieux placés que le médecin généraliste pour signaler :

Médecin 9 : « Nous on est peut-être en première ligne à certains moments mais pas plus que l'instituteur par exemple. »

- A l'opposé, le médecin 10 a, quant à lui, été contacté par une institutrice, inquiète au sujet d'un enfant, ce qui lui a facilité le dépistage, car ce témoignage est venu confirmer ses propres inquiétudes :

Médecin 10 : « J'avais eu un coup de fil d'une instit qui avait justement une fois essayé de me poser la question et de savoir si moi de mon côté je… Parce que c'est pareil, elle s'était aussi posé la question. »

Ainsi, les médecins souhaiteraient être contactés par le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire quand un problème est constaté à l'école, pour échanger les informations ou mettre en alerte le médecin traitant de manière plus précoce.

e) Difficultés rencontrées lors de la prise en charge.

(1) Familles perdues de vue.

- Certaines familles déménagent, ou changent de médecin lorsqu'elles se rendent compte que celui-ci commence à avoir des doutes ; elles sont ainsi perdues de vue par le généraliste :

Médecin 4 : «Parce que si les enfants ne reviennent pas, si les parents ont senti que vous aviez peut-être mis le doigt quelque part, et bien…Ils ont tendance à fuir. »

<u>Médecin 8</u> : « Alors, j'ai plutôt eu des doutes sur, peut-être pas des enfants qui étaient maltraités, mais sur des parents qui n'étaient clairement pas à la hauteur, et euh, c'est extrêmement difficile, parce que dès qu'on aborde les problèmes avec les parents : ils se sauvent. Je me souviens très bien d'une dame qui était alcoolique, c'était évident ! Et soi-disant personne ne lui a jamais parlé de son alcoolisme, mais quand elle m'a amené son enfant, je lui ai dit qu'il avait autre chose qui était important à part ça et puis… Je ne l'ai plus jamais revue ! Donc c'est vraiment dommage ! »

<u>Médecin 14</u> : « moi mon plus beau gros problème moi, c'est surtout de me dire comment je vais manager pour que surtout je ne rate pas le coût et que les parents ne se sauvent pas avec le gamin et puis qu'ils ne consultent plus et qu'ils aillent voir ailleurs après autrement voilà. Tenir le problème… »

Le médecin 10 aborde lui aussi le problème d'un enfant chez qui il soupçonnait une maltraitance, en raison d'une encoprésie d'apparition secondaire, le tout dans un contexte un peu particulier ; il n'a pas pu faire de signalement car la famille a rapidement déménagé, sans qu'il ne sache où ils s'étaient installés.

- A contrario, certains médecins, même après avoir évoqué le problème avec les parents continuent de les suivre en consultation, il n'y a pas eu de rupture de contact :

<u>Médecin 9</u> : « je la vois toujours, elle est encore venue il y a deux jours avec sa grande. »

(2) <u>Nomadisme médical.</u>

- Dans le même ordre d'idées, le médecin 11 évoque la possibilité que les familles de ces enfants, changent régulièrement de médecin traitant. Ainsi, les enfants ne bénéficient pas d'un suivi régulier et les procédures de signalement ne se font que tardivement :

<u>Médecin 11</u> : « Ce n'est pas des gens, enfin je pense que c'est ce qui s'est passé par la suite qui m'a fait me positionner aussi comme ça, je pense que, que c'est des gens qui devaient changer, souvent, pour ne pas être repérés. Effectivement dès qu'on commence à avoir des doutes et que l'on commence à dire « attention », on assiste à un glissement. Et le glissement il est là pourquoi, pour que justement on ne puisse pas interférer dedans. Il est évident aussi qu'on ne va pas lancer une machine comme ça contre les gens sans leur dire avant « attention il y a quelque chose qui ne va pas ! On a remarqué ça et ça, qu'est-ce qui se passe ? Est-ce qu'on peut vous aider ? » Voilà ! Donc il se passe quand même un laps de temps pendant lequel on va leur envoyer des signaux en disant « attention, j'ai constaté quelque chose, votre enfant est triste, cet enfant n'est pas bien, il y a quelque chose qui ne va pas bien, qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qu'il y a ? Quels sont les moyens ? Et à partir du moment où on va devenir insistant, psst, ils partent ! Ils partent !»

(3) <u>Doutes concernant les démarches à effectuer.</u>

- Ce n'est pas toujours évident pour le médecin généraliste de savoir quelle est l'attitude la plus adaptée, les choses se compliquent lorsque la maltraitance est

découverte un soir au cabinet vers 20h30, heure à laquelle leurs correspondants habituels ne travaillent plus :

<u>Médecin 4</u> : « et donc évidemment c'était un jour comme aujourd'hui, à la fin de la journée à 20h30. Et la difficulté c'est de mettre en place les modalités : ce n'est pas une urgence donc le faire passer par les urgences ce n'est pas trop pratique, joindre un pédiatre, ce n'est pas évident, l'assistante sociale, n'en parlons pas, pour ces affaires-là ils ne sont jamais présents et ne répondent jamais. »

- Tous les médecins interrogés ont hésité sur la marche à suivre : quoi signaler, à qui, quand et comment ?, que faire une fois le signalement fait ? , voici quelques exemples :

<u>Médecin 1</u> : « …pour savoir comment procéder, parce-que tu ne sais pas toujours comment faire… »

<u>Médecin 3</u> : « Moi, ma difficulté c'est peut-être le signalement. C'est peut-être encore les méandres du signalement même si on dit qu'aujourd'hui c'est beaucoup plus facile… est-ce qu'il faut signaler au juge des enfants ou bien à la gendarmerie, ou aux services sociaux etc. ? Voilà ! Selon, on peut dire la gravité, enfin tout est grave et ça concerne tout le monde que ce soit un petit nourrisson ou un enfant plus grand etc. Mais je pense qu'il n'y a pas encore de choses bien réglées, bien établies, etc. »

<u>Médecin 4</u> : « quelles sont les démarches ? Parce que nous à notre époque on n'en parlait pas trop de ces démarches-là… Le souci, c'est quand vous, vous avez un doute, vous ne savez jamais trop quelle est la marche à suivre… D'abord, on appelle qui : l'assistante sociale de secteur ?, L'assistante sociale de la Sécu, enfance maltraitée ? Sinon vous appelez à l'hôpital,… »

<u>Médecin 7</u> : « Ils ont deux petites filles dont le comportement, à mon avis, n'est pas normal. Elles sont très tristes, elles ne bougent pas, elles sont tout le temps malades, elles ont tout le temps autres choses, elles ont mal au ventre, etc. Et avec mon stagiaire qui était là et j'ai vraiment beaucoup questionné l'enfant, on a cherché s'il y avait des traces de coups parce que justement je trouvais que leur comportement n'était pas normal. Ça n'a pas abouti. Je n'ai pas de trouvé de traces de quelque chose ; elles peuvent avoir un comportement renfermé, réservé, du fait des conflits des parents simplement. Mais c'est quand même une forme de maltraitance infantile. Alors après est-ce qu'il faut que je reprenne ma plume pour écrire au procureur ? Je n'ai pas d'arguments physiques pour le faire… ça me parait anormal, elles ne sont pas du tout joyeuses, elles tirent toujours la gueule, elles ne répondent pas aux questions. Elles s'expriment par des onomatopées, elles ne vous regardent pas, il y a un problème. Et toutes les deux. L'une a un petit peu un meilleur contact mais la seconde alors là vraiment pas du tout ! »

<u>Médecin 10</u> : « eh bien, d'ailleurs, bonne question (en riant) *! Auprès de qui déclarer ? … Mais bon moi je pense que de toute façon, en gros j'irai regarder sur Internet et puis euh…»*

<u>Médecin 12</u> : « je ne pense pas qu'il y ait de maltraitance, enfin physique mais oui de la grosse négligence et euh…ça m'a beaucoup euh… je ne savais pas trop euh… et ben justement j'en ai parlé à mon amie-là, j'étais vraiment embêté parce que je me disais que… Enfin je les voyais assez souvent, que j'avais envie de faire quelque chose mais que je ne savais pas forcément si c'était justifié ou pas… »

<u>Médecin 2</u> : « J'ai réfléchi à ce que je pouvais faire mais je ne pouvais rien faire le Conseil de l'ordre m'a dit : « non, cette affaire elle ne t'appartient plus c'est le juge qui est saisi, il est souverain, il fait ce qu'il veut et il n'a certainement pas de compte à te rendre !! » (En parlant d'un enfant pour lequel il a fait un signalement qui n'a mené à rien.)

- Pourtant, le rôle du médecin généraliste peut se résumer de la manière suivante :

<u>Médecin 14</u> : « il ne faut pas trop tergiverser quoi. C'est : ou on est intimement persuadé, ou on ne l'est pas. Parce que c'est pareil dans ce cadre-là, par la loi, par la façon de déclarer, c'est vrai, qu'on est assez…, que c'est assez simple. On nous demande de déclarer que : on a la suspicion. C'est tout ! On n'est pas obligé d'avoir de preuve, on n'a pas besoin d'accuser vraiment. On dit voilà « moi j'ai ça ». Ce qu'il y a, c'est qu'il faut quand même quelque part argumenter un peu. »

<u>Médecin 2</u> : «Moi je suis bien obligé de faire un signalement … Je lui dis : « eh bien, écoutez, il n'y a pas de souci, je fais une lettre recommandée aujourd'hui-même ! » … « De toute façon, le signalement, c'est un constat. Donc vous dites j'ai vu tel jour, telle personne à telle heure, j'ai constaté ceci, il m'a dit ceci et puis voilà. On ne juge pas les choses, on fait un témoignage. »

- Alors, malheureusement, lorsqu'ils ne savent pas de quelle manière agir, certains médecins finalement ne font aucune démarche, parce qu'ils ne pensent pas disposer de suffisamment d'éléments pour signaler:

<u>Médecin 6</u> : « Écoutez, j'en ai soupçonné. J'ai soupçonné un syndrome de Silvermann chez une petite fille, le milieu étant très très particulier. Mais je n'ai jamais pu le prouver et ça n'a pas nécessité, si vous voulez, d'hospitalisation. Je l'ai soupçonné, et encore maintenant, c'est devenu une dame avec ses enfants, et sur son dossier encore aujourd'hui c'est noté « syndrome de Silvermann », « point d'interrogation ! » …J'ai vu aussi, mais là c'était plus âgé parce que ça concernait une jeune fille de 16 ans. Elle est venue une fois en consultation avec son père et manifestement les rapports entre eux étaient incestueux parce qu'elle le regardait avec des yeux de femme amoureuse. Et tout ça c'était manifeste, mais on ne peut rien faire ! Et là encore, même si je les connaissais moins bien, dénoncer sur une vague impression, ça ne va pas. C'était mon propre avis. Et je ne peux pas déclencher une enquête juste parce qu'elle le regarde de façon amoureuse. Et à ce moment-là il n'y avait rien eu d'autre. »

(4) <u>Interrogations par rapport aux conséquences que peut avoir l'action du médecin.</u>

- Avant de prendre une décision, la plupart des médecins s'interrogent sur les conséquences que leurs actions peuvent avoir sur l'enfant et sur sa famille. « Si je signale, ne serais-je pas plus délétère à l'enfant ? »

<u>Médecin 4</u> : « est-ce qu'il faut que je fasse une déclaration ou pas en sachant tout ce que ça peut entraîner derrière parce que ce n'est vraiment pas anodin… »

<u>Médecin 7</u> : « Le problème c'est quand vous n'êtes pas sûr et que vous êtes quand même amenés à faire une déclaration de maltraitance, ça devient très difficile parce que vous savez que vous allez mettre en route derrière un gros truc et qu'on va vous demander de dire oui ou non, dans la certitude. »

<u>Médecin 8</u> : « Alors après comment la prise en charge sera la plus optimale ?, est-ce que c'est en laissant l'enfant chez lui ?, est-ce que c'est en le mettant dans une maison de l'enfance ?, parce-que j'en vois aussi, moi,

des enfants qui sont à la maison de l'enfance, ils ne sont pas vraiment heureux et ils ne demandent qu'une choses, c'est de retrouver leur mère, mais je me dis que quand même si ils sont là c'est qu'il y a bien une raison ! Et on les sent particulièrement malheureux hein ! »

Médecin 10 : « Le problème dans ce domaine-là, c'est justement quand on n'a pas de certitude, enfin c'est difficile d'avoir des certitudes absolues, mais … quand on fait la déclaration, on sait que ça peut quand même être lourd de conséquences, donc c'est vrai que souvent, on a tendance un petit peu à retenir. Ce qui est peut-être d'ailleurs une erreur, je pense qu'on devrait quand même avoir la déclaration plus facile mais on se dit quand même que derrière ça, ça engendre tellement de choses !! »

Médecin 11 : « Et puis de temps en temps quand on met les pieds dans le plat et que la justice s'en mêle, jusqu'où va-t-elle aller dans les dégâts elle aussi ? Je pose la question. »

(5) Peur de signaler de manière abusive.

- Quelques médecins ont eu peur de signaler de manière abusive, c'est-à-dire de signaler des faits qui, suite à une mauvaise interprétation de leur part, ont été attribués à tort à des faits de maltraitance :

Médecin 8 : « Je crains que surtout on puisse avoir des excès. Inverses. Et ça moi j'en connais. C'est-à-dire suspecter des violences pour un truc qui ne sont pas des violences… Comme Outreau !! Comme Outreau !! Ça c'est quand même terrible, hein ! C'est peut-être pire de créer de nouvelles victimes plutôt que de vouloir en éviter quelques-unes ! Je trouve. »

Médecin 12 : « Ma crainte ce serait vraiment par rapport à la famille euh… enfin j'aurais peur par exemple de m'être trompé et du coup … d'avoir signalé injustement et du coup après la famille elle a des soucis enfin… »

Médecin 13 : « J'ai essayé d'évaluer ça déjà et puis pas mettre en place une démarche, quelque chose qui va faire éclater les choses alors qu'en fait, il n'y a rien ! »

Médecin 14 : « On est là avec nos doutes et on se dit : « est-ce que c'est moi ? Qui voit tout de travers et en noir ou est-ce que c'est vrai ? »

(6) Absence de liens avec les services sociaux.

- Ce sujet a été spontanément abordé par cinq médecins qui déplorent le manque de communication entre les assistantes sociales et les médecins libéraux, chacun travaillant séparément, sans forcément tenir compte l'un de l'autre. Ils préconisent une meilleure collaboration :

Médecin 11 : « Mais même je vous dirais, vous savez les services sociaux qui suivent les familles, ils ne m'ont jamais contacté !… mais moi quand j'ai appelé pour cette famille, on m'a dit : « oui, oui, on sait ! »… C'est un gros manque, ça quelque part ! En fait, il y a d'un côté les institutions administratives et de l'autre côté le personnel soignant ! Mais entre les deux : il n'y a rien ! Il n'y a pas de lien. »

<u>Médecin 14</u> : « Et quelque part c'est vrai que après de temps en temps, c'est ce que je regrette un peu tout le temps, et même pour ma gamine hypotrophe dont je vous parlais au début, c'est qu'on n'a pas ou pratiquement pas ou jamais… et on peut pas les maintenir, de rapports avec les services sociaux…On n'est pas finalement Inclus dans la prise en charge ! Et on a ça pour les services sociaux tout le temps […] La gamine hypotrophe que j'ai eue, j'ai contacté les services sociaux ! Pour leur dire : « voilà, jetez quand même un œil à cette famille-là, que normalement vous allez voir ! » parce qu'en plus, le problème il était là, il y avait des problèmes financiers et de ce fait-là, je ne sais plus trop pourquoi, les services sociaux étaient déjà au courant et ont rendu visite une fois ou deux à la famille, mais rien au médecin ! »

(7) <u>Difficultés liées au retour des informations.</u>

- Il s'agit là peut-être de la principale difficulté de prise en charge énoncée par les médecins généralistes, quasiment à l'unanimité. Les médecins déplorent l'absence de retour des informations, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas tenus informés de l'évolution de la situation de l'enfant pour lequel il y a eu un signalement, ni même des conséquences de l'action qu'ils ont menée (pour les signalements, aucun médecin interrogé n'est passé par la cellule de recueil) mais surtout ils regrettent de ne pas être informés lorsqu'un signalement est fait par quelqu'un d'autre pour un enfant qu'ils suivent régulièrement :

<u>Médecin 1</u> : « Et bien on en n'a pas eu, ni l'assistante sociale, ni moi, personne ! »

<u>Médecin 2</u> : « Je prends mon téléphone… J'ai la secrétaire du juge des enfants qui m'a parlé on ne peut plus sèchement en me remballant et en disant : « nous n'avons rien à vous dire vous avez fait votre travail et point final, maintenant c'est plus votre affaire et ça ne vous regarde pas !! »… « Voilà c'est juste insupportable, je n'ai même pas su ce que c'était devenu, après j'ai quitté la région je suis parti, … et ce pauvre gamin je ne sais pas ce qu'il est devenu. »

<u>Médecin 4</u> : « Parce qu'on dit toujours que le médecin généraliste, et ce sera peut-être encore plus vrai pour votre génération que pour la nôtre : vous êtes la pierre angulaire. Sauf que toutes les informations ne nous reviennent pas et puis que la pierre angulaire, ce n'est toujours que dans un sens c'est-à-dire que vous, on trouve anormal que vous n'appeliez pas le médecin du travail, le médecin scolaire ou le médecin des urgences en cas de problème mais vous verrez que dans le sens inverse, ils n'appellent jamais !... On va se poser des questions sur la prise en charge d'un gamin maltraité, mais à partir du moment où le gamin va arriver dans une structure, et bien on peut pleurer pour avoir des réponses. Et on ne sait pas grand-chose. Enfin vous savez si la famille vient vous voir mais si la famille est maltraitante, elle ne viendra plus vous voir.»

<u>Médecin 7</u>, après le décès de la grand-mère qui avait la charge des enfants qu'il suivait, il n'a plus eu de nouvelles d'eux : *« Aucun retour c'est quand même incroyable ! C'est hyper frustrant et surtout, vous vous posez beaucoup de questions parce que vous vous dites : « qu'est-ce qu'ils sont devenus, où sont-ils passés, est-ce qu'ils ont été repris par les parents ? Est-ce que la mère est intervenue ? » Je n'en sais rien, rien du tout. Le reste de la famille était au courant quand même, la grand-mère qui a eu la garde avait un frère que je voyais régulièrement, avec lequel je n'ai pas eu d'atomes crochus et donc que je n'ai plus de contacts. Lui sait où sont les enfants, il était au courant des problèmes et de la raison pour laquelle sa sœur avait eu la garde des enfants. Je pense qu'il aura fait ce qu'il fallait. »*

<u>Médecin 11</u> : « Ou alors vous faites des déclarations et puis après on ne sait pas trop, ça vous échappe complètement et vous ne savez pas ce qui se passe ! »

<u>Médecin 14</u> : « - comment avez-vous eu connaissance de l'évolution de la situation de ces enfants-là ? » « – par ce qu'on ressent en nous, par rapport à ce qu'on peut voir, ce qu'on essaye de deviner et ce qu'on peut entendre par ailleurs parce que et ben heureusement on connaît aussi du monde et puis des fois on entend des choses et puis voilà ça nous permet de cerner un petit peu ou quoi ! »

- Le médecin 14 a fait un signalement au Procureur de la République pour un enfant qui disait être victime de violences physiques de la part de son père, il n'a jamais eu d'informations concernant les mesures qui avaient été mises en œuvre pour cet enfant, il a finalement appris l'évolution de la situation grâce à ses connaissances personnelles :

<u>Médecin 14</u> : « Et après c'est la même chose, je veux dire que pour mon cas du jeune patient qui a déclaré à tort, je suis sûr que c'est bien parce que j'intervenais au commissariat et que je connaissais le commissaire quand même beaucoup, que j'ai su quand même le fin mot de l'histoire parce que, à mon avis, sinon je ne savais pas le fin mot de l'histoire ! Parce qu'on est toujours dans la même chose, c'est-à-dire que là il faut faire la déclaration, après c'est le juridique qui prend et la pouf ! C'est fermé il n'y a plus personne et ont fait complètement abstraction du côté médical. »

- Etant donné que les informations ne circulent pas correctement entre les instances administratives ou judiciaires et le médecin, certains médecins ont le sentiment de ne pas pouvoir suivre l'enfant et sa famille de manière adéquate :

<u>Médecin 14</u> : « Il y a des manques, des lacunes, comme il y a des choses qu'on ne sait pas, c'est difficile après, derrière de continuer à les prendre en charge correctement… On a envie de savoir mais ce n'est pas par rapport à de la curiosité c'est qu'il faut quand même qu'on ait les choses un petit peu en main pour comprendre bien mieux tout ça et savoir aussi ce qu'on doit exiger médicalement pour que ça suive.»

- L'absence d'échange ou de retour entre les différents intervenants entrainent la réalisation d'examens supplémentaires :

<u>Médecin 14</u> : « parce que comme je n'avais pas eu de retour (des médecins du CHU qui l'avaient contacté pour lui signifier qu'ils soupçonnaient une maltraitance) *après j'ai quand même revu l'enfant et donc c'est quand même une question qui reste en suspens. L'hôpital avait finalement dit : « non, puisque vous dites que ça vous paraît normal c'est bien. » Mais après d'un autre côté, on a sa conscience pour soi et j'ai voulu quand même être sûr du problème quoi ! »*

- En revanche, le médecin 1 a été alerté d'une situation d'enfant en danger par une assistante sociale, ce qui lui a permis d'être bien plus vigilent lors des consultations ultérieures et le médecin 5 a eu un retour de la PMI et du CHU de Nancy, même chose pour le médecin 13 :

<u>Médecin 1</u> : « Et donc l'assistante sociale m'a téléphoné en me disant : « voilà, vous aurez à revoir l'enfant C., voilà le contexte, parce-que nous l'avons confiée au père, nous verrons comment ça se passe. »

<u>Médecin 5</u> : « Alors la PMI m'a rappelé et puis en plus j'ai eu un retour de toute l'équipe de Nancy. »

<u>Médecin 13</u> : « j'ai en général soit un courrier, soit un coup de fil, la plupart du temps oui. »

(8) Position du médecin par rapport à la famille.

- Etre médecin traitant ne représente pas toujours un avantage. Un médecin s'est retrouvé dans une situation qu'il juge délicate : en effet, il a eu à suivre une famille, dans laquelle les quatre enfants étaient victimes de maltraitance par négligence, le plus jeune des enfants est décédé ; il connaissait déjà cette famille grâce à une activité de loisir commune. Cette position s'est révélée très inconfortable ; en effet la famille a ainsi tenté de manière implicite de manipuler le médecin.

Médecin 14 : « j'ai eu une place difficile parce que, euh et bien, je les connaissais bien, d'ailleurs, je connaissais les grands-parents et finalement dans l'affaire, j'étais plus ou moins choisi là parce que il fallait que quelque part je puisse dire qu'ils s'occupaient correctement de leurs enfants et apporter la preuve et donc voilà … Le piège ! Le piège parce que bon, c'est compliqué mais ça arrive toujours comme ça, c'est des familles compliquées. Très compliquées… le problème c'est que je préfère largement qu'ils aillent voir quelqu'un d'autre parce que si je me suis retrouvé dans des situations extrêmement compliquées, si, si je n'y arrive pas euh... À manier chèvre et choux… et donc là je me suis dit c'est sûr, de toute façon je vais être carré mais carré ! Assez vite je l'ai montré, je te dis, et j'ai assez vite essayé de montrer que là, je serai professionnel pas copain. Donc là-bas copains ici professionnel, voilà. Et donc que ce soit bien cadré. »

(9) Représailles ou menaces.

- La position du médecin généraliste en cabinet le rend donc facilement accessible aux familles. A la suite d'un signalement, trois médecins ont été menacés par le père de l'enfant, qui serait l'auteur des sévices :

Médecin 1 : «A partir du moment où il pensait qu'on aurait pu intervenir, il a évoqué des représailles… »

Médecin 4 : « Mais au cabinet quand le père fait 1 m 90, 90 kg et qu'il commence à s'énerver et qu'il vous dit : « - vous êtes en train de dire quoi là ? Vous pensez que je maltraite mon fils ? » « - Non je ne me permettrais pas mais je m'interroge sur les bleus qu'il a ! » Et puis, vous êtes comme moi, vous êtes une femme derrière un bureau, avec parfois devant des gens qui vous menacent quand même, de vous casser la figure ! Et vous n'êtes quand même pas payée pour ça. »

Médecin 7 : « … ses personnages ont été enfermés pendant environ 15 ans. Et le père m'a écrit plusieurs fois quand il était en prison. Je ne lui ai jamais répondu, je ne pouvais rien faire et d'un autre côté je comprenais aussi. C'était vraiment difficile… Ah oui c'est très très lourd à porter. Et puis vous vous demandez comment ça va se passer à la sortie de prison ? Parce que le gars m'écrivait depuis la prison ! » « - Il vous menaçait ? » « - Non… Je ne sais pas mais c'était des propos un peu ambigus. »

- A la différence des médecins hospitaliers, en cabinet de médecine générale, les médecins se sentent plus exposés au ressentiment de la famille des patients, plus vulnérables aussi :

Médecin 14 : « Je pense que le médecin de l'hôpital, enfin j'ai déjà eu aussi un médecin hospitalier qui a eu des menaces, mais on est quand même dans une structure et on se sent un peu plus protégé et un peu plus distant que le médecin de famille qui est plus facile d'accès voilà. »

(10) Problème de l'anonymat du médecin.

- Craignant d'éventuelles représailles, quelques médecins pensent que l'absence d'anonymat est un problème en protection de l'enfance. Ils appréhendent également les conséquences pour leur pratique avec, notamment, une perte de confiance de la famille :

Médecin 4 : « Je veux bien appeler les services sociaux mais à ce moment-là, ça veut dire qu'il y a une enquête, une enquête sociale, à partir du moment où il y a une enquête ça veut dire que vous n'êtes plus anonyme, donc vous êtes obligés de révéler votre identité, ce que vous n'avez pas nécessairement envie de faire… »

Médecin 7 : « Et puis souvent en tant que médecin, on n'a pas envie de se faire connaître comme étant l'instigateur de l'enquête, ça c'est un des problèmes. Moi je n'ai pas eu le choix, mais ce n'était pas du tout évident ! Aujourd'hui ça ne me poserait pas de problème, mais alors à l'époque ça m'en a posé … »

(11) Interrogations par rapport à la réputation du médecin.

- Ce thème n'a été cité qu'une seule fois au cours des quinze entretiens, et il n'a pas été ressenti comme une difficulté de prise en charge :

Médecin 7 : « Moi j'ai eu des patients pour lesquels, les pédiatres ont fait des déclarations de maltraitance alors qu'il n'y en avait pas. C'est sûr que ça la fout mal et que ça ne fait pas une bonne réputation mais tant pis. Si en votre âme et conscience vous pensez qu'il faut le faire, c'est qu'il faut le faire. Je crois qu'il vaut mieux se tromper, plutôt que de ne pas faire. Parce qu'on a des responsabilités vis-à-vis de l'enfant. »

(12) Interrogations liées au secret professionnel.

- Les modalités de partage du secret professionnel sont ressenties comme un nouvel obstacle. Les médecins s'interrogent : quoi transmettre ? A qui ? :

Médecin 4 : « Alors vous êtes tenus au secret professionnel. Les services sociaux, vous leur dites quoi aux services sociaux ? Vous êtes quand même tenus au secret professionnel quand même ! »

Médecin 11 : « Mais on est aussi tenu au secret médical, il ne faut pas l'oublier ça ! Et ce secret médical il est lourd, lourd ! On ne peut en être délivré que sur une certitude de maltraitance d'enfant et tout ce que ça inclut mais on ne peut pas faire de délation ! D'accord ! »

- Le médecin 14 explique que lorsqu'il a cherché à obtenir des informations au sujet d'une famille pour pouvoir suivre les enfants de manière optimale, les assistantes sociales ne lui ont pas délivré d'informations, invoquant le secret professionnel :

Médecin 14 : « Et après quand je leur demande en leur disant : « voilà ! », Je n'ai aucun retour, aucun retour ! Moi je suis quand même obligé à ce moment-là de trahir un petit peu du secret professionnel pour dire un peu pourquoi euh pour savoir un peu de choses et puis après, on ne dit rien. Je dis ça parce qu'une fois j'ai une

assistante sociale qui m'a expliqué que, elle ne me disait rien parce qu'il y a le secret professionnel ! Je lui dis : « mais attendez c'est moi qui vous demande ! » Le secret professionnel je l'ai déjà trahi moi et puis quelque part si je fais les démarches c'est bien pour le partager, donc c'est un peu… »

(13) Sujet difficile à aborder.

- La problématique de la maltraitance au sein d'une famille est un sujet délicat à aborder, tous les médecins ne savent pas comment amorcer la discussion avec les parents. Mais les médecins pensent aussi que les patients ne savent probablement pas comment en parler avec leur médecin traitant :

Médecin 13 : « En fait où ils ne voient pas où ils ont une relation avec leurs patient qui ne permet pas aux patients de venir leur en parler alors qu'ils font des choses à côté mais qu'ils ne le disent pas. Mais c'est un sujet délicat à aborder, c'est douloureux, c'est difficile euh… »

- A contrario, la majorité des médecins disent aborder les choses de manière directe, claire et concise (8 médecins).

(14) Difficultés de prise en charge liées au vécu personnel du médecin.

- La situation de l'enfant renvoie parfois au médecin une image de son vécu personnel. Cette identification, du médecin à l'enfant, est décrite par deux médecins généralistes de notre étude comme source d'entrave au diagnostic. En effet, ceci peut altérer l'objectivité du médecin :

Médecin 13 : « je crois que les difficultés peuvent venir à un moment donné quand ça renvoie à une expérience personnelle, quand il peut y avoir quelque chose, quelque chose de soi, de son entourage privé, quelque chose qui rappelle et donc on a du mal à faire la part des choses… »

(15) Réunions entre confrères.

- C'est-à-dire, la possibilité de pouvoir échanger avec d'autres confrères généralistes du secteur. Un médecin regrette de ne plus rencontrer ses confrères régulièrement lors de réunions pour répartir les gardes, par exemple. Ces moments lui permettaient d'échanger des informations ou de les alerter lorsqu'il avait perdu de vue un enfant pour lequel il soupçonnait une maltraitance :

Médecin 8 : « Par contre, avec les autres médecins on se retrouverait une fois tous les trois mois ou tous les six mois pour répartir les gardes, et j'avais dit : « - si il y a un de vous qui suit un enfant dans telle rue à B. avec une mère etc., J'aimerais bien vous parler ; » Ben oui, parce que, ils vont voir quelqu'un d'autre après !...Et maintenant on a même plus ça. Avant il y avait cette réunion où tous les médecins venaient parce que tout le

monde prenait des gardes, maintenant on est plus tous là à prendre des gardes et donc on n'est plus sûr de les voir ! »

(16) Difficultés liées à l'inertie administrative ou judiciaire.

- Deux médecins se sont sentis mis en échec devant l'absence de mise en place de mesures protection de l'enfant. Pour un médecin, quatre signalements ont même été nécessaires :

Médecin 1 : « j'avais fait quatre certificats successifs avant d'arriver à ce que les enfants soient retirés, je suis quand même allée quatre fois à la charge !! Quatre fois ! Avant d'arriver à protéger les enfants. »

- Après la rédaction d'un signalement concernant un enfant victime de violences physiques au sein de sa famille d'accueil, le médecin revoit l'enfant en consultation amené par sa mère, et constate que la situation de l'enfant est toujours la même. Il déplore que son action n'ait pas eu de suite d'un point de vue judiciaire :

Médecin 2 : « Et puis je dis à la mère : « alors ça en est où ? Il a été changé de famille d'accueil ? » Elle me dit : « non, il ne s'est rien passé. Ça n'a rien changé. » Alors à ce moment-là moi je me dis ça ne va pas !! Enfin ce n'est pas possible ! J'étais en colère !! (En haussant la voix) *voilà je ne suis pas content ! »*

(17) Cas de maltraitance institutionnelle étouffée.

- La maltraitance institutionnelle a été évoquée par un seul des quinze médecins. Il s'agit du médecin 2. Il a été confronté à un cas de maltraitance institutionnelle, de la part des services de la Solidarité du Conseil Général ; l'affaire a tenté d'être étouffée. Mais grâce à sa position de conseiller général, il a pu faire remonter l'histoire jusqu'au Président du conseil général qui s'est ensuite chargé de l'affaire, encore en cours à ce jour.

Médecin 2 : « Mais c'est de la maltraitance institutionnelle manifeste !! Monsieur C, je vous le dis, c'est un cas de maltraitance institutionnelle manifeste, on a fait une enquête interne, le service a complètement foiré. » Il ne faut pas rester muet, il faut réagir mais c'est vrai que ce n'est pas facile »

(18) Difficultés par rapport aux spécialistes qui n'ont pas approuvé dans le sens du médecin.

- Le médecin 3 rapporte des difficultés relatives aux spécialistes vers lesquels il avait orienté l'enfant. Face à une suspicion de violences sexuelles, il a préféré un

avis spécialisé, mais les pédiatres n'ont pas confirmé ses propos ce qui l'a embarrassé:

Médecin 3 : « Et puis se faire croire aussi quelque part. On se sent très démuni par rapport au courrier que l'on peut faire etc…. C'est-à-dire pas cru, pas cru…au moment des consultations spécialisées etc. là aussi, c'était toujours, « nous, on affirme rien ! ». Et la maman est restée de nombreuses années sans en avoir la certitude. »

f) Ressenti des médecins généralistes à l'égard des situations de maltraitance infantile.

Cette partie regroupe les réactions des médecins généralistes sur un versant plus personnel.

(1) Impact émotionnel personnel.

- Avoir à prendre en charge un enfant maltraité dans sa patientèle, est une chose qui ne laisse jamais les médecins généralistes vraiment indemnes :

Médecin 7 : « Pour moi, de mon expérience, maintenant les choses sont assez simples et ne me posent plus beaucoup de problèmes, ça me pose encore des problèmes parce que j'ai emmagasiné beaucoup d'émotions et de souffrance à l'occasion de ces histoires-là… C'était il y a trente ans, on évoluait dans une ambiance différente, mais moi ça m'a profondément marqué dans mon mode de fonctionnement par rapport à ce genre de problèmes aujourd'hui. C'est pour ça que je vous raconte ça et si vous me faites parler de ça je suis obligé quand même de vous raconter comment c'était à cette époque-là et puis de rentrer dans cette dimension affective qui est quand même à la fois gênante mais réelle. »

Médecin 2 : « Plusieurs mais deux qui sont dans ma tête parce que forcément on retient les choses qui émotionnellement vous ont le plus touchées… c'est terrifiant les enfants maltraités, vous imaginez un truc pareil ?... (Et, plus tard, concernant une autre situation, il ajoute :) *vous allez me faire pleurer si je vous raconte d'autres histoires. »*

Médecin 4 : « Mais l'enfant, quelques années plus tard je crois que c'était en 2004, il a quand même fait une tentative de suicide donc, voyez psychologiquement ça m'a quand même beaucoup perturbée…, moi je suis très sentimentale donc ça ne va pas !! Ça ne va pas du tout ! Enfin moi les gamins, on n'y touche pas !! Enfin, on ne touche à personne mais particulièrement les gamins parce qu'ils sont petits et sans défense. Non, ça me perturbe beaucoup, alors si en plus j'ai l'impression de passer à côté….ça me perturbe encore un peu plus ! (avec les larmes aux yeux et la voix tremblante) *»*

Médecin 8 : «… parce que ça montre bien qu'il faut être solide dans notre boulot, parce-qu' il y a des trucs abominables qui arrivent ! »

Médecin 10 : «Eh bien ça laisse toujours un petit peu mal à l'aise hein, de toute façon ! Instinctivement ! … c'est vrai que ça reste effectivement un sujet très très délicat et je crois que quand on a le moindre doute, il ne faut pas trop hésiter. Mais, qui met forcément mal à l'aise quelque part, même si justement on n'a pas soi-même un vécu douloureux vis-à-vis de ça, je pense que, quoi qu'il en soit, c'est quelque chose qui dérange. Enfin

heureusement hein mais euh. Parce que bon, il y a certains sujets quand on n'a pas été confronté soi-même on ne se projette pas alors que là, quoi qu'il en soit, c'est quelque chose qui laisse quand même euh… »

Médecin 14 : « après c'est pareil, on a fini son travail mais le soir on n'y pense, je vous assure qu'on passe quelques semaines enfin quelques jours, semaines ou je ne sais pas, à penser bien au cas et à voir un petit peu comment on va faire pour, pour amener les choses.»

- A l'inverse pour d'autres médecins, mais de manière moins fréquente, ce genre de situation ne pose aucun problème et ne semble pas avoir d'impact personnel :

Médecin 3 : « Il faut le faire. Non, rien, non, rien ça ne génère rien, il faut le faire, ça fait partie du travail, c'est la même chose que quand on fait hospitaliser quelqu'un en hôpital psychiatrique. Vous êtes la seule devant la personne et il faut faire ce qu'il y a à faire. »

- Le médecin 13 qui exerce depuis douze ans, a été confronté à une dizaine de situations de maltraitance infantile. Sur un plan personnel, la gestion de ces situations est parfois complexe. Son expérience personnelle l'a obligé à faire un travail sur elle-même, afin de prendre en charge au mieux ses patients :

Médecin 13 : « Ça m'a obligé à faire un travail, un travail sur moi, un travail euh pour aller vraiment vers les euh…essayer de prendre le recul nécessaire, pour sortir complètement du jugement, pour être vraiment dans l'aide pour chacun d'entre eux, et ça, ça m'a obligée moi à aller refaire quelques séances de formation au M.A.N.(Mouvement pour une Alternative non-violente) à Nancy pour y arriver. »

Mais le professionnalisme reprend vite le dessus :

Médecin 13 : « Au départ de la panique je crois. De la panique pour l'enfant. Ça dure deux secondes, trois secondes mais il y a quelque chose là, en attendant d'en savoir plus. Et puis après…fff (en soufflant) *je ne sais pas trop quoi vous dire après, parce qu'après il y a quelque chose qui se met en place, de l'ordre du professionnalisme et donc on bloque quelque chose pour pouvoir garder la tête froide et agir correctement parce que sinon euh… »*

(2) Sentiment de colère.

- Face à une situation d'enfant en danger, la colère est le sentiment qui prédomine, en particulier, lorsque les médecins apprennent la situation de l'enfant :

Médecin 1 : «Je ne cède pas, je ne laisse pas deux millimètres de calme,… même si il avait fallu qu'il me tape, je serais quand même allée au bout ! Tout dépend du caractère des gens, certains se couchent, d'autres vont être plus fonceurs… Avant d'être médecin, je suis une femme et une mère (en insistant sur le mot « mère », et marquant un temps de pause) *et je pense que ça, c'est déterminant, tu ne peux pas occulter ça, c'est un fait ! »*

Médecin2 : « Je lui dis : « écoutez, c'est insupportable ça, c'est inadmissible !! (En haussant le ton de sa voix) *» « Alors moi ça m'a mis dans une rage folle !! Je veux dire, j'étais prêt à aller lui casser la gueule à ce mec, ce n'était pas possible ! Ce n'est pas possible un truc comme ça!* (pause, silence, avec des sanglots dans la voix et les larmes aux yeux, il reprend) *Voyez, ça me touche encore, je n'ai pas supporté ça !! »*

<u>Médecin 6</u> : « J'étais navré, en colère, j'étais en fureur même ! J'ai fait tout ce que j'ai pu. »

<u>Médecin 13</u> : « J'ai de la colère, beaucoup de colère ! Je décharge ma colère ! » (Réaction à postériori)

- Même si la colère est le sentiment qui prédomine, les médecins rencontrés savent passer outre leur ressenti personnel pour pouvoir finalement aider l'enfant :

<u>Médecin 14</u> : « le problème c'est qu'on est quand même formé en médecine pour être gentil avec tout le monde, le malade il est malade, donc on est gentil avec lui ce n'est pas de sa faute, donc on a toujours la compassion. Là euh, ça change ! Parce que là, c'est plus de la compassion, il y a forcément a priori quelqu'un qui est fortement coupable, qui dépasse les limites de la moralité et donc euh c'est plus du tout pareil ! Alors bon ben on change de posture et après on essaie de réfléchir à tout ça pour pas non plus…, il faut arriver au but qui est : s'occuper de l'enfant maltraité et que lui s'en sorte. L'entourage, tant pis ! »

(3) <u>Réaction physique de malaise.</u>

- Le médecin 2, en plus de la colère, exprime son ressenti d'une autre manière, plus physique :

<u>Médecin 2</u> : « Eh bien ça c'est personnel. Moi, dans ce genre de situation j'arrive toujours, entre guillemets, à me contrôler et à rester très froid et la réaction vient toujours après. Ma femme elle le sait et après là je suis malade….Moi, je suis un émotif je ne peux pas faire autrement. Alors comme je suis comme ça, comme je sais que ma nature est comme ça je me construis une carapace, je gère, je pense que je gère au mieux, une fois que c'est terminé, je rentre chez moi et puis là…. (Courte pause) *là, je m'effondre, je pleure comme une espèce de loque, je vomis !!! »*

(4) <u>Sentiment de culpabilité.</u>

- Deux médecins parlent d'un sentiment de culpabilité. Ils se sont sentis "coupables" de ne pas avoir repéré la situation plus tôt, mais ils ont aussi parfois le sentiment de ne pas avoir pris la meilleure décision :

<u>Médecin 5</u> : « j'ai quand même ressenti un sentiment de culpabilité, d'un autre côté je me rassurais en me disant qu'il n'y avait pas eu de coups. Parce que là, franchement j'aurais vraiment été mal de le laisser repartir et je pense que j'aurais fait des pieds et des mains pour qu'il soit hospitalisé. Et pour que les choses se passent au plus vite. »

<u>Médecin 6</u> : « J'ai eu une fois, un gitan qui est venu me voir et qui portait manifestement un enfant qui avait été maltraité, battu. Et qui vraiment était en très mauvais état. Et puis donc j'ai décidé très rapidement de l'hospitaliser et je lui ai donné une lettre mais il n'est jamais arrivé à l'hôpital et je ne sais pas ce qu'il est devenu. J'ai téléphoné à tous les hôpitaux, je ne l'ai jamais retrouvé. Et je m'en veux un peu : dans ces conditions, vous comprenez, il faut théoriquement prendre l'enfant et l'emmener dans sa voiture pour l'emmener soi-même aux urgences. »

(5) Prise de recul, relativisme.

- D'autres médecins s'impliquent moins personnellement, le professionnalisme prend le dessus, ils parviennent à prendre de la distance par rapport à la situation. Alors à la question « que ressentez-vous face à une situation de maltraitance infantile ? », voici quelques exemples de réponses :

Médecin 3 : « Et bien nous, on ne peut pas ressentir, de toute façon ce n'est pas le moment de ressentir quoi que ce soit. Il faut de toute façon avant tout agir, à partir du moment où vous vous laissez submerger par vos sentiments ! » Et plus tard elle explique : *«C'est-à-dire que de jour en jour les choses s'amenuisent et puis voilà. On n'en sort pas brillant, ce qu'on se dit : un adulte qui arrive à faire des choses pareilles ! Eh bien voilà, mais bon, après il faut avancer, demain il y a autre chose et puis voilà. Je ne dis pas que ça me laisse insensible loin de là, mais…et voilà il faut essayer de retrouver un certain équilibre parce que bon c'est un problème plus un autre d'une autre façon,… »*

Médecin 11 : « rien, j'ai pas de sentiment ! J'ai pas de sentiment ! Je ne suis pas… Non. Je dis ça parce que, parce que euh… Si on veut rester professionnel il faut se distancier (en parlant de nouveau un peu plus fort) *donc euh… J'ai pas d'implication avec ça. Je veux dire, j'ai pas euh… Je ne vais pas dire : « oh la salope ! » Non ! Je suis face, j'ai pas de jugement, je suis face à une souffrance, c'est à moi de l'identifier, et d'essayer de tout faire pour la faire cesser. Maintenant, personnellement j'ai pas d'émotions* (en chuchotant presque de nouveau) *c'est peut-être une faute, mais… c'est pas dans mon registre ! De toute façon, voilà !... Il ne faut pas croire que quand je dis que je n'ai pas d'émotions, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de réflexion ! D'accord ? Quelquefois le soir on rentre et on se dit : « pff, qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que je fais ? Je mets en route la machine ? Je ne la mets pas ? » Tout ça, voilà ! « J'appelle la mère, je dis à la mère : « écoutez voilà, si ça continue, je mets en route la machine, faites-vous aider, prenez des gens avec vous. » Enfin voilà des choses comme ça !»*

- La réaction du médecin 8 face à ce type de situation est moins tranchée mais il explique ceci :

Médecin 8 : « Je vais dire quelque chose de grave, mais je pense qu'un enfant est capable de supporter des choses bien pire que ce qu'on imagine et ce qui, pour nous, peut paraître dur ça leur paraît à eux, quasi normal. Enfin je veux dire que pour un enfant qui est frappé, ça devient presque tellement naturel, que je veux dire…, Une taloche ou un truc... (Marque une pause) *Je ne pense pas que le fait que ça dure un peu plus longtemps soit vraiment préjudiciable. À partir du moment où on va réussir à le prendre en charge ensuite. »*

(6) Incrédulité, effarement.

- Un autre type de réaction peut se rencontrer : celui du médecin qui, abasourdi par la situation, ne peut y croire :

Médecin 3, (face à une situation d'inceste sur une petite fille) : « Et bien d'abord on ne croit pas, on ne croit pas que ça puisse arriver etc. c'est la pire des choses que l'on puisse, que l'on puisse avoir, bon, avec les violences physiques etc. mais l'inceste, ou n'importe quel autre acte sexuel, même des attouchements entre guillemets « simples » au niveau d'un enfant ou même d'un adulte encore sans son acquiescement, etc. c'est quand même difficile. Non c'est quand même… »

Le médecin 7 a ressenti la même chose : « (Soupirant) *c'est incroyable, ces histoires-là…* (Les larmes aux yeux). »

(7) Détermination.

- Malgré les difficultés qu'ils rencontrent lors du dépistage et de la prise en charge d'enfants victimes de sévices, tous les médecins font preuve de détermination, car c'est finalement l'intérêt de l'enfant qui prime avant tout :

Médecin 7 : «S'il faut faire, je fais ! »

Médecin 1 : « Je ne cède pas, je ne laisse pas deux millimètres de calme, quand il y a eu cette histoire à B., même si il avait fallu qu'il me tape, je serais quand même allée au bout ! Tout dépend du caractère des gens, certains se couchent, d'autres vont être plus fonceurs. »

Médecin 3 : « À moi, rien ne me fait peur, quand j'ai la certitude que je suis dans la vérité, je n'ai pas peur d'aller jusqu'au bout, quelles que soient les conséquences. »

Médecin 10 : « Aussi bien on appréhende de déclencher une procédure… injustifiée mais on se dit aussi qu'effectivement c'est bien pire de laisser une situation s'enkyster. Donc oui, on se doute qu'il n'y a pas de solution idéale. Je pense qu'on a toujours tendance à, un peu inconsciemment à vouloir retarder au maximum l'échéance avant de se lancer là-dedans parce qu'on a l'impression qu'on va être un peu les mains euh... Mais au bout d'un moment il faut être face à ses responsabilités et il faut le faire et puis c'est tout ! »

(8) Sentiment de danger, craintes.

- Plusieurs appréhensions ont été décrites par les médecins ; en particulier celle d'éventuelles représailles, parce qu'ils ont déjà personnellement été menacés ou parce qu'un de leur confrère l'a été :

Médecin 1 : « Dans ces situations, on est en danger, parce-que je pense que les gens savent jusqu'où peut aller une condamnation quand même. »

Médecin 7 : « Oui tout à fait, j'ai eu des craintes pour ma famille et pour moi. Donc après moi je racontais ça à ma femme et puis elle ne dormait plus pendant trois semaines alors finalement je ne lui racontais plus ! Et après je l'ai revu, une fois qu'il est sorti de prison. Il a bénéficié d'une sortie anticipée peut-être dix ans plus tard et sa mère habitait ici et je soignais sa mère. Et donc une fois j'étais en visite à domicile chez sa mère et il était là… »

- D'autres fois, l'appréhension de sanctions ordinales ou judiciaires a été ressentie :

Médecin 1 : « il existe des textes de lois qu'on ne connait pas, des textes qui sont revus constamment et on ne peut pas tout savoir… »

Médecin 13 : « ça m'est arrivé d'appeler le Conseil de l'ordre pour avoir des conseils euh… Des conseils d'ordres aussi légaux euh… Parce que ça m'est arrivé d'être pris entre deux feux et de ne pas savoir quoi faire, ni comment je fais et je ne voulais pas prendre le risque de faire quelque chose qui est mieux pour mon patient mais qui sur un plan légal me met en danger,… »

- Mais finalement, la plupart des médecins ne craignent absolument pas les conséquences de leurs actions :

<u>Médecin 10</u> : « Avoir peur de ce genre de manifestations, je pense que… Non ! Non, non. Alors effectivement je pense que ça peut arriver mais je pense qu'il ne faut pas se poser de questions vu les enjeux ! »

<u>Médecin 11</u> : « ça ne me vient pas à l'esprit ça ! Je ne suis pas vraiment… Bon, ça dépend du naturel des personnes. »

<u>Médecin 13</u> : « je n'ai même pas songé un seul instant que je pourrais avoir des représailles ou aux conséquences que ça pouvait avoir pour moi. Vous venez de m'éclairer ! Je ne vivais pas dans cette euh… Ça n'est pas du tout dans mon schéma, je n'ai jamais vraiment pensé à ça !! Je n'y pense même pas en fait, je pense que c'est peut-être de l'inconscience, c'est possible peut-être que votre thèse nous le dira, que certains médecins ont eu des problèmes, mais non, ça ne m'est même pas venu à l'esprit ! »

(9) <u>Sentiment de solitude et d'isolement.</u>

- Tous les médecins rencontrés ont spontanément évoqué leur isolement et la sensation de solitude à un moment ou à un autre de l'entretien.

<u>Médecin 3</u> : « On est peut-être un peu seul dans ces cas-là et puis de toute façon, on est seul devant sa feuille de papier à faire le certificat. »

<u>Médecin 7</u> : « On est tout seul ! Et personne ne vous aide ! Et ce n'est pas imaginable ! Et je trouve qu'au 21ème siècle ce n'est pas imaginable !!… et pas seulement laisser le médecin se dépatouiller tout seul dans son coin. Ça c'est l'horreur, c'est l'horreur !! Parce que vous êtes seul que vous ne pouvez en parler à personne ! Moi j'ai eu la chance de pouvoir en parler avec l'infirmière parce qu'il se trouvait qu'elle était au courant, mais sans elle, je ne sais pas exactement ce qu'il se serait passé ou ce que j'aurais fait, je ne suis pas sûr que j'aurais agi comme il le fallait… On est tout seul ! Et personne ne vous aide ! Et ce n'est pas imaginable ! Et je trouve qu'au 21ème siècle ce n'est pas imaginable !! »

<u>Médecin 8</u> : « Je crois surtout savoir ce qu'il ne faut pas faire, c'est-à-dire déjà dans un premier temps, il ne faut pas rester seul ! Sinon ça ne peut pas marcher ! Parce que si le doute s'avère juste, les gens ne viendront plus vous voir. »

<u>Médecin 10</u> : « On demande plutôt un avis extérieur pour voir si ils ont la même impression. Parce qu'on se sent un peu moins isolé en tant que médecin généraliste dans son cabinet et on a un peu plus l'impression de travailler en équipe parce que tout ça, ça peut finalement être quand même lourd de conséquences… En fait la maltraitance infantile, là où c'est vraiment compliqué, c'est toutes les situations où, eh bien comme vous dites « on ne sait pas trop » et où on n'a rien d'objectif parce qu'on se dit qu'il ne faut pas que le doute puisse effectivement bénéficier à celui qui maltraite parce que ça peut faire traîner des situations euh… Et c'est là que quand on est seul en cabinet c'est un peu dur. »

<u>Médecin 11</u> : « Le médecin est très seul. Toujours. Le médecin libéral est très seul. Dans toutes ses décisions. »

<u>Médecin 4</u> : « Donc après nous, les médecins généralistes, je ne sais pas comment on peut nous aider. En tout cas une chose est sûre, c'est que quand vous êtes en ville, je ne sais pas si c'est votre projet de vous installer en ville, mais vous verrez que quand vous êtes en ville, derrière votre bureau, vous allez vous rendre compte que les choses sont beaucoup plus difficiles à gérer que quand vous êtes à l'hôpital. »

(10) Sentiment d'inutilité, interrogations quant à la place du médecin généraliste dans la protection de l'enfance.

- Les sentiments d'inutilité du médecin généraliste est apparu au cours d'un entretien, en découle un certains nombres d'interrogations au sujet de la place du médecin généraliste au sein du système de protection de l'enfance:

Médecin 1 : (Après avoir fait quatre signalements pour une même situation) *: «ça provoque un sentiment d'inutilité, parce-qu'on se dit que finalement ça ne sert pas à grand-chose. »*

- Le médecin 11 estime que son rôle, en tant que médecin traitant, va bien au-delà du signalement à la justice :

Médecin 11 : « moi je ne suis pas, je ne suis pas un juge, je ne me suis pas là pour émettre un jugement. Je suis là pour essayer… De développer les gens qui sont avec moi, je suis là pour essayer de, d'aider, d'empêcher bien sûr les catastrophes, je ne suis pas là pour porter de jugement. Les histoires sont compliquées. Et la souffrance est compliquée. C'est jamais tout blanc c'est jamais tout noir, c'est jamais facile. Je pense que ce qui est très important c'est, euh… surtout, à mon sens euh… C'est d'évaluer cette souffrance, de, de, de regarder cette souffrance et d'essayer d'y mettre un terme. »

(11) Sentiment d'impuissance.

- Le mot "démuni" est apparu au cours de quatre entretiens. Le sentiment d'impuissance a été évoqué dans cinq entretiens :

« - Mais il reste quand même le sentiment d'impuissance, c'est ça ? - Médecin 2 : Voilà c'est exactement ça. Qu'est-ce que je pouvais faire de plus ?? (Regard triste) *dans notre métier ce sont des situations qui sont difficiles à gérer émotionnellement. »*

Ce même sentiment est également décrit par le *médecin 3* : *« Qu'est-ce que vous vouliez que je fasse, qu'est-ce que vous vouliez que je fasse ?* (en haussant le ton) *soutenir l'enfant, voir la maman, je la revoyais régulièrement, lui demander où elle en était régulièrement, c'est cette lenteur-là ! Non, on est démuni. »*

Médecin 5 : « Mais dans l'ensemble, quand on est confronté à ce genre de situation en ville, on est quand même très très démuni, et que quand on n'a pas d'interlocuteur privilégié c'est quand même très difficile de pouvoir prendre en charge rapidement l'enfant. »

(12) Expérience des médecins.

- Ainsi, avec l'expérience, ce sentiment d'impuissance semble s'atténuer. Plusieurs médecins ont évoqués des expériences passées de sévices sur mineurs, tous constatent que leurs actions aujourd'hui sont ou seraient différentes, parce que leur expérience les a fait gagner en sérénité :

Médecin 7 : « Et puis vous savez, le problème ne se pose pas de la même façon quand vous commencez à pratiquer et puis que vous avez une trentaine d'années d'expérience derrière vous ; pour moi ce que les autres peuvent penser, que ce soit les patients ou les autres médecins, ça n'a plus tellement d'importance. S'il faut faire, je fais ! Et les gens maintenant me connaissent suffisamment pour savoir qu'il n'y aura pas d'hésitation.

Mais ce n'était pas vrai du tout il y a trente ans, ce n'était pas possible. D'abord parce que l'ambiance n'était pas du tout la même et puis surtout parce que ce que j'ai vécu m'a profondément marqué, et que tout ça a laissé des traces. Vous savez, écrire au Procureur de la république ça me paraissait quelque chose d'invraisemblable (en riant)*, aujourd'hui ça ne me dérangera pas du tout. »*

(13) Remise en question personnelle.

- Le médecin 8 se remet en question, il cherche à comprendre pourquoi il ne parvient pas à dépister de manière précoce les situations de sévices sur mineurs :

Médecin 8 : « Mais alors ce qui est inquiétant, c'est que je sais que ça existe, que j'arrive à les trouver quand on est à l'âge adulte mais pas enfant ! Alors je pense qu'on a des blocages ! Vis-à-vis d'un enfant. »

Quant au médecin 13, qui a eu à prendre en charge une dizaine d'enfants victimes de sévices en douze ans de carrière, elle ne parvient pas à s'expliquer ce chiffre qui parait plus conséquent que nombre de ses confrères.

(14) Conséquences sur la relation médecin-patient.

- Un médecin pense que la découverte d'une maltraitance au sein d'une famille a modifié son comportement ultérieur vis-à-vis des parents :

Médecin 12 : « Du coup, j'ai l'impression que par exemple pour la famille dans laquelle il y avait de la vraie négligence, euh, j'ai l'impression que du coup, j'étais peut-être moins euh… compréhensive avec les parents, j'avais du mal à… Mais j'avais du mal à … à … j'avais moins d'empathie quoi. Je pense. Et je ne devrais pas d'ailleurs ! J'irai pas dire que j'avais de la colère envers eux, il ne faut pas exagérer mais euh je… ça ne m'a pas laissé indifférente et ça m'embêtait surtout pour les enfants. »

(15) Impression d'inaction de la part des représentants judiciaires.

Médecin2 : « Seulement, l'impression que j'ai eue c'est que ce juge ne voulait pas se déjuger puisque c'est lui qui avait pris la décision de placer cet enfant dans cette famille d'accueil, il lui était insupportable de considérer qu'il s'était trompé et que cette famille d'accueil ne se comportait pas normalement. Donc, visiblement, il trainait des pieds. Alors quand j'ai vu l'affaire d'Outreau toujours à Boulogne, derrière je me suis dit, OK, là, il y a un problème là-dedans. Mon frère est toujours là-haut et il a eu des affaires du même genre et il m'a dit : « écoute, à Boulogne c'est insupportable il y a un climat dans ce tribunal…» (Avec une grimace de dégoût)*… Alors voilà les propos de mon frère qui est médecin aussi, il m'a dit : « écoute, ils* ***dé-tes-tent*** *les médecins, c'est simple ils dé-tes-tent les médecins. Ces juges-là, n'aiment pas les médecins ! » Il ne faut pas avoir affaire à eux quand on est toubib parce que c'est une catastrophe. »*

6. Besoins et propositions des médecins généralistes.

Médecin 8 : «*Mais ce serait mieux d'agir tôt !! Et c'est pour ça que votre thèse elle est intéressante parce que c'est avant qu'il faut agir !*

Comme nous l'avons déjà démontré précédemment, les médecins généralistes décrivent une sensation d'isolement et de solitude. Ils se sentent exclus de la prise en charge de l'enfant. Les propositions qui ont été faites pour améliorer la prise en charge des enfants victimes de sévices et de leur famille visent ainsi essentiellement à rompre cet isolement.

- Les médecins souhaiteraient être plus impliqués dans la prise en charge des enfants qu'ils suivent et qui sont victimes de violences ; ils aimeraient notamment être consultés avant toute prise de décision concernant l'enfant, afin que leur opinion soit prise en considération :

« - Et donc vous nous suggérez qu'en tant que médecins, finalement, on soit plus impliqué ?
Médecin 2 : Eh bien qu'on soit au moins informé quoi ! On n'est pas juste là pour, entre guillemets, faire du signalement !...donc moi ce que je dis, c'est que en matière d'enfant, un juge, même un juge des enfants : ce n'est pas un psychologue et ce n'est pas un médecin. C'est d'abord et avant tout un juge. Il est là pour s'occuper du droit et il n'a pas la fibre pour juger, pour apprécier les affaires de maltraitance d'enfant. Certains l'ont certainement mais certainement pas tous et en tous cas, ça justifierait que la décision soit prise à deux et qu'il y ait d'un côté un juge et de l'autre côté un psychiatre ou un psychologue ou un médecin, je ne sais pas, mais en tous cas quelqu'un de cette fibre-là et pas un juge. Et qu'ils décident à deux et que la décision ne soit applicable que s'ils sont d'accord. »
Médecin 14 : « Mais en fait à chaque fois que dans ces problèmes là on a les assistantes sociales qui sont derrière, on n'a pas d'échange on n'a pas d'aide, et pourtant le but premier c'est sûrement éviter une récidive ou encadrer le problème si il y a maltraitance, comme par exemple les problèmes de nutrition, au moins d'être sûr que bon ben ça y est, les choses se corrigent et qu'on voit les éléments de chacun, bien sûr. Mais ça il n'y a pas. Les services sociaux ils vont avoir tendance à aller, par exemple pour les problèmes de nutrition, à voir, a demandé à la diététicienne de faire un rapport, mais le toubib là-dedans… ? »

- Pour y parvenir, plusieurs solutions sont envisageables. La première hypothèse évoquée est d'améliorer les échanges entre les médecins généralistes et les autres intervenants en protection de l'enfance afin d'optimiser la prise en charge, de permettre au médecin généraliste d'être en possession du maximum d'informations concernant l'enfant et sa famille ; le but principal étant la protection de l'enfant, l'objectif secondaire et implicite étant de permettre au médecin d'apprendre de ses expériences afin de réagir le plus justement possible dans l'avenir :

<u>Médecin 14</u> : « À mon avis, c'est déjà pas mal, le seul regret que j'ai, c'est ce que je disais vis-à-vis du retour. Moi je pense que c'est important que le médecin qui a participé au signalement ait au moins le retour, il n'a pas besoin d'avoir toute l'histoire mais au moins de savoir, parce que bon qu'il peut se trouver là-dedans, que, pour diverses raisons et bien tout d'un coup les patients déménagent, donc on n'a pas la suite, que au moins il sache ce qu'est devenu son signalement, pour son expérience à lui, pour se conforter d'avoir bien fait. Parce que tout ne paraît pas dans la presse, si il lit le journal il peut savoir au moins quand c'est important et, mais au moins qu'il sache ce que c'est devenu, ce qu'il en a été et voilà pour que je puisse me dire : « voilà, j'ai bien réagi, là, ce n'était pas trop bien. » Enfin pour se corriger.
Je pense qu'il faut avoir, parce que les services sociaux interviennent tout le temps, un partage bien meilleur avec les services sociaux, même bien meilleur, voilà. »

- D'autres médecins proposent de leur faciliter l'accès aux différents partenaires auxquels ils peuvent s'adresser, notamment auprès des psychiatres :

<u>Médecin 12</u> : « par exemple, moi en ce moment quand je veux avoir des avis pédo-psy, enfin, je sais, enfin au CMP du coup, j'ai pas de rendez-vous avant deux mois quoi ! Et même si j'appelle que j'ai une urgence, j'ai déjà eu la pédopsychiatre qui m'a dit qu'elle est toute seule et qu'elle ne peut pas quoi ! »

<u>Médecin 13</u> : « Moi, tous les jours je me dis qu'on a un service, on a, on a des services de psy qui ne sont pas suffisants, qui sont débordés et on a besoin d'eux en ce moment. Ce serait ça je pense qui serait bien, augmenter les effectifs pour que les services de psy soient plus efficaces et qu'on ait un peu plus de soutien, qu'on puisse avoir quelqu'un qui va poser un regard, un autre regard avec un regard qui n'est pas le nôtre et avec lequel on va peut-être pouvoir avancer, communiquer et échanger surtout sur l'enfant. »

- Et aussi en permettant aux médecins généralistes de pouvoir prendre conseil auprès d'une structure qui serait disponible à n'importe quel moment de la journée et qui pourrait les orienter au sujet des démarches qu'ils peuvent effectuer :

<u>Médecin 5</u> : « En ayant en tête un numéro bien spécifique auquel on peut appeler pour avoir un partenaire, pour pouvoir en parler et pour avoir un relais. Donc en mettant à disposition des médecins un numéro de téléphone au bout duquel on puisse trouver quelqu'un qui lance la machine, et puis qui vous dise : « voilà, vous êtes dans telle situation il faut faire ça, ça et ça ! » Et puis éventuellement qui nous guide un petit peu dans ce qu'on doit faire et puis qui nous aide à contacter un éventuel service juridique, parce que dans ces situations, je ne sais pas trop quoi faire et je suis perdu : est-ce qu'il faut que j'alerte la PMI ? Est-ce qu'il faut faire un signalement tout de suite ? Est-ce qu'il faut aller plus loin ? Parce qu'en pratique vraiment je ne sais pas quoi faire ! Parce que la PMI c'est bien mais ce n'est qu'un relais et puis, ils ne sont pas disponibles tout temps. Parce que c'est très angoissant de ne rien pouvoir faire pour cet enfant et puis on ne rentre pas la maison l'esprit tranquille. »

<u>Médecin 4</u> : « Voilà ! Vers qui se tourner ? Parce qu'en fait il faudrait pouvoir se tourner vers une institution, on va appeler ça comme ça, « X », qui ne met quand même pas … (réfléchissant)*, enfin, par laquelle les parents ne se sentent pas attaqués. » « - Donc quelqu'un qui vous aide dans votre démarche à protéger l'enfant… » « - Voilà ! Mais sans, pour autant, alerter trop rapidement les parents. Au risque de voir malheureusement le parent partir avec, et puis de faire un nomadisme médical. Et puis comme les enfants ne sont pas tenus à avoir un médecin traitant déclaré jusqu'à leurs 16 ans, et bien… »*

- Afin de rompre l'isolement du médecin, quelques-uns des médecins interrogés proposent la constitution d'un "réseau" incluant le généraliste et regroupant des professionnels de diverses disciplines : médicale, paramédicale, sociale… A l'image des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie, les décisions sont prises après approbation de toutes les catégories professionnelles. Ce réseau pourrait également servir d'informateur pour les médecins généralistes. Il serait en mesure de communiquer les informations qu'il détient au médecin qui le contacte dans les situations où celui-ci soupçonne une maltraitance sans vouloir pour autant déposer une information préoccupante. En retour, le réseau pourrait contacter précocement le médecin traitant de l'enfant lorsqu'il détient une information de nature à l'alerter, afin que le médecin soit vigilant lors des consultations à venir. Cela suppose que le "réseau" soit en possession de toutes les informations préoccupantes concernant l'ensemble des enfants :

<u>Médecin 7</u> : « Zéro !! Ça n'est pas du tout suffisant. Non pas du tout !! Et ça rejoint si vous voulez ma problématique avec les femmes battues. Je pense que nous avons besoin de réseaux, de réseaux multi-professionnels qui sont capables de prendre en charge ce genre de choses et pas seulement laisser le médecin se dépatouiller tout seul dans son coin. Ça c'est l'horreur, c'est l'horreur !! Parce que vous êtes seuls que vous ne pouvez en parler à personne. Moi j'ai eu la chance de pouvoir en parler avec l'infirmière parce qu'il se trouvait qu'elle était au courant, mais sans elle, je ne sais pas exactement ce qu'il se serait passé ou ce que j'aurais fait, je ne suis pas sûr que j'aurais agi comme il le fallait, … Je crois qu'il faut que les médecins généralistes sachent qu'il y a quelqu'un pour les aider, pour les écouter, les entendre, les conseiller et leur dire ce qu'ils doivent faire dans telle ou telle situation, sans problème de secret professionnel. Les situations que je viens de vous raconter-là sont des situations extrêmes enfin que j'imagine extrêmes parce que je n'espère pas que tous les médecins ont la même chose dans leur clientèle. Et j'imagine qu'ils ne sont pas tous confrontés à ce genre de choses mais c'est ces situations extrêmes que vous pouvez être amenée à vivre dans votre vie professionnelle et qui sont vraiment lourdes, très lourdes !! On fait des réseaux pour un oui pour un non, enfin maintenant il n'y en a plus parce que l'ARS n'en veut plus mais pour ça, on n'en a pas ! Parce que c'est extrêmement difficile, il faut des gens qui aient l'habitude, il faut des professionnels, pas seulement médicaux mais aussi paramédicaux. Il y a un travail à faire là-dessus.

On a besoin de réseaux ! Il n'a pas besoin d'être disponible tout le temps ; il faudrait qu'il y ait un pédiatre un ou deux généralistes, une assistante sociale, des gens qu'on peut joindre avec lesquels on peut parler du problème, et puis qui nous disent « eh bien vous devez faire ça, ça et ça. » « Vous pensez que c'est ça, et bien faites ça ! » Ou simplement quelqu'un à qui on peut en parler. »

<u>Médecin 11</u> : « Il serait peut-être intéressant d'avoir un vrai réseau qui soit capable de collecter l'ensemble des informations, informations scolaires quand les enfants sont scolarisés, informations du médecin mais nous, on est aussi tenu au secret médical, il ne faut pas l'oublier ça ! … en fait il faudrait pouvoir intégrer un réseau, un réseau qui soit construit non pas que sur une machine administrative avec : la déclaration de la Ddass, enquête, on va retirer les enfants, machin et voilà, mais je pense que ce serait mieux d'avoir un réseau qui soit pluridisciplinaire avec des éducateurs, avec des psychologues, avec des assistantes sociales, avec effectivement un médecin, enfin un groupe sur lequel on puisse s'appuyer et qui puisse essayer de piloter, je pense que ça, ce serait quelque chose de plus intelligent que d'un côté une arme répressive et puis de l'autre côté un monde de solitude. D'accord ?... Un réseau, un réseau sur lequel, lorsque on a le moindre doute on puisse peut-être dire au réseau : « attention, je ne sais pas, je vois cet enfant pour la première fois, l'enfant est triste, l'enfant est pas bien, ça veut pas dire qu'il se passe quelque chose mais est-ce qu'il y a eu déjà d'autres signalements ?, est-ce

que… » Parce que c'est vrai que… Mais c'est vrai que c'est compliqué parce que je vous dis : il y a le secret médical .... Je ne sais pas. Parce que c'est bien écrit dans les textes de loi qu'à partir du moment où on est sûr qu'il y a danger on n'en est levé mais encore faut-il en être sûr. »

Médecin 13 : « Oui avec des professions diverses pour une complémentarité pour une meilleure prise en charge! Je pense que ce serait une bonne idée oui ! Un vaste projet mais une bonne idée. »

Médecin 14 : « Et je pense que les intervenants, peut-être devraient travailler tout autour, parce que dans tout ça on peut avoir aussi le psychiatre qui va être amené à juger je ne sais pas quoi moi, peut-être l'intellect des parents etc. pourquoi ne pas travailler un peu en équipe sur ce problème-là ce qui reviendrait à faire finalement une filière sur ce cas-là mais qui est éphémère quoi ! Pour qu'on intègre tout le monde, je veux dire il n'y a pas besoin d'avoir les conclusions complètes de l'expert psychiatre etc. mais je pense que quasiment jamais, le psychiatre qui va être amené au niveau judiciaire à faire l'expertise des parents, je pense qu'il n'y a pas de cas où l'expert il appelle le médecin traitant ! Je pense qu'il n'y a pas de cas ! Comme ça pour savoir ce qu'il pense, voilà parce qu'il les a vus depuis longtemps, simplement pour qu'il en prenne compte mais après c'est lui qui prend la décision bien sûr, c'est lui qui fait l'expertise et puis pour le médecin ça lui permet de savoir qu'il y a quelque chose qui se passe quand même ! Ça peut être intéressant hein ! Je pense que ce côté-là manque. »

- Mais tout ceci suppose aussi que les enfants, comme les adultes, aient un médecin référent obligatoire. La mise en place d'un médecin référent pour l'enfant présente deux intérêts en protection de l'enfance : le premier objectif serait de prévenir le nomadisme médical, typique en maltraitance, le second serait de positionner le médecin traitant comme détenteur du plus grand nombre d'informations concernant l'enfant, afin que lui aussi centralise les données et dispose de toutes les ressources nécessaires :

Médecin 11 ***:*** *« Depuis qu'on a instauré un médecin traitant, il serait peut-être bon à ce moment-là d'obliger les familles à consulter le même médecin pour leurs enfants.* (En hachant la phrase) *les enfants échappent au contrôle puisque les familles font une déclaration de médecin traitant pour elle mais par contre peuvent consulter qui elles veulent pour leurs enfants. Ou alors peut-être mettre en route au niveau de la caisse quelque chose qui nous dit, qui nous permette de voir à nous médecins si la consultation des enfants est nomadique.*

- Pour limiter la déréliction des médecins, d'autres proposent une autre forme d'aide. Ils proposent de partager les expériences de chacun, afin d'une part de se rendre compte que d'autres confrères ont éprouvé les mêmes difficultés et d'autre part, de pouvoir en faire partager les jeunes confrères pour que ceux-ci aient appréhendé le problème avant de le rencontrer concrètement en consultation. Plusieurs formes sont possibles : groupes de pairs, réunions de formation continue… :

Médecin 7 : « Oui alors quelquefois on se dit que faire la médecine de groupe ça pourrait être plus facile, mais encore faut-il qu'il y ait cette dynamique de partage. Mais je crois que c'est important qu'il y ait ce genre de choses prévues et formalisées. C'est pour ça aussi que les groupes de pairs sont intéressants. » « - Est-ce que vous avez déjà eu des groupes de pairs à ce sujet ? » « - Pas à propos de ce sujet-là, mais nous avons parlé dans un groupe, à propos des femmes battues, au dernier jury des mémoires il y avait une thèse là-dessus justement, et on était tous d'accord pour dire qu'il y a quelque chose à faire là-dessus. Ça rejoint votre problème et l'idée d'une unité de signalement. Il y a quelque chose à faire pour que le médecin ne soit plus seul. Il doit y avoir des

groupes de pairs. Peut-être pas une fois par mois, mais quatre, cinq ou six fois dans l'année il faut qu'il y ait une réunion qui vous permette de lâcher vos problèmes ! Avec des gens qui sont comme nous ! «

Médecin 8 : «Eh bien je dirais que quand vous demandez qu'est-ce qu'on pourrait faire ?, et bien votre travail même si vous avez l'impression qu'il ne mène pas à grand-chose, quelque part il sensibilise un petit peu plus et puis... Mais je dirais peut-être simplement des réunions de formation continue bien conviviales entre médecins où on parle de ça, mais c'est toujours les mêmes qui viennent. »

Médecin 14 : « À mon avis il faut, c'est peut-être pas mal après dans les choses, d'avoir le moyen un moment, d'avoir la possibilité de partage d'expériences, c'est-à-dire que au moins quelqu'un puisse dire voilà « moi voilà ce que j'ai eu, voilà comment ça s'est passé », un peu comme des groupes de pairs pour que le jeune médecin qui s'installe ait déjà réfléchi un peu au problème. Parce que je crois que le problème il est plus là, c'est de se dire : « voilà si ça m'arrive ça, comment je fais ? » C'est tout « je fais pareil que lui, je ne fais pas pareil que lui » et c'est un petit peu d'avoir appréhendé le problème parce que le jour où ça se présente, si on n'y a pas réfléchi avant, c'est compliqué. Et à mon avis il ne faut pas trop rater le début. Si au début on est déjà à côté et qu'on dit « je préfère ne pas voir parce que je ne sais pas comment faire ! », après on ne peut plus parce que c'est le moment, c'est la situation-là qu'il ne faut pas rater, parce qu'on n'a pas deux chances ! Ça ne se représente pas ! Donc, c'est des fois, un peu avoir pu réfléchir à ça. Voilà parce que c'est pareil, faire groupes de pairs pour ça c'est toujours des expériences difficiles et puis ça fait des heures de discussion et de trucs et pour des jeunes internes, passer encore trois heures à entendre des machins et voilà c'est pas… Pas très pratique. Donc peut-être avoir un petit truc là-dessus, je ne sais pas comment. Mais le seul intérêt c'est d'amener la réflexion pour celui qui va s'installer ou remplacer, de se dire: « moi si je suis dans ce cas-là, il faudrait faire ça !» Par exemple ! »

- Ainsi, certains médecins demandent à ce que le sujet des mineurs en danger soit abordé plus fréquemment, afin aussi de sensibiliser les médecins à cette problématique pour leur rappeler qu'elle existe toujours et partout :

Médecin 6 : « Il faudrait faire des EPU à ce sujet, je sais qu'il y en a, mais en tout cas, on n'en parle pas assez. Dans les journaux médicaux ce sujet est quand même rarement évoqué, de temps en temps il apparaît mais il est assez rare. Mais donc on pourrait éventuellement en parler plus souvent : que ce soit dans le « quotidien du médecin ». Il faudrait en parler plus facilement de façon à encadrer, à donner une directive même si ce n'est pas un sujet qu'on l'on voit tous les jours. Mais ce serait bien de l'aborder de temps en temps, peut-être une fois par an pour que ce soit bien dans l'esprit des gens. »

- Un autre médecin pense qu'il faudrait améliorer la formation initiale des médecins en les sensibilisant aux clignotants :

Médecin 4 : « Eh bien déjà peut-être nous apprendre à mieux les reconnaître. Il n'y a pas beaucoup de cours pour savoir comment reconnaître une maltraitance chez un enfant. Est-ce qu'on doit s'inquiéter chaque fois que l'on voit un enfant introverti ou bien l'inverse très exubérant, parce-que ça marche dans un sens ou dans l'autre? Est-ce que c'est les résultats scolaires qui doivent inquiéter ? …On n'a pas trop d'éléments. L'enfant ne parle pas de lui-même…Je pense qu'on n'est pas très bien formés à la détection, enfin c'est un avis personnel, enfin qu'on n'y est pas suffisamment sensibilisés. »

- Deux médecins pensent que le sujet de notre travail serait l'occasion de faire un focus-group, et ce pour trois raisons. La première raison évoquée est que ce sujet reste parfois délicat à aborder pour certains, le focus-group permettrait de faire s'exprimer les médecins qui n'oseraient peut-être pas le faire seul ; la seconde est

qu'il permet de comparer les expériences de chacun et de se rassurer ; la troisième raison est qu'il permettrait de faire naître de nouvelles idées concernant les mesures à mettre en place pour améliorer la situation des médecins généralistes en matière de maltraitance infantile.

Médecin 7 : « Ça mériterait presque un focus-group ce genre de problématique. En fait votre sujet aurait mérité un focus-group parce que même si c'est difficile à mettre en place, comme c'est un sujet dont on a du mal à parler, ça ferait justement s'exprimer les gens qui n'ont pas envie de s'exprimer à ce sujet et ça dynamise considérablement, et ça apporte beaucoup plus en résultats et pour ce que vous recherchez. Parce que moi ce que je viens de dire là, il y en a un autre qui va rebondir qui va vous raconter autre chose et qui va peut-être enrichir encore le débat. »

Médecin 8 : « Ce qu'on peut faire aussi vous voyez, là on est deux et les réflexions des autres alimentent toujours le débat, un focus-group sur ce sujet pourrait vraiment être intéressant et faire émerger de nouvelles choses… c'est des médecins qui ne vont pas assez en formation et on voit qu' il y a des médecins qui sont encore plus nuls qu'on est nous-mêmes. Parce que finalement on est tout pareil, on s'est tous planté une paire de fois. On a tous un petit cimetière. En tout cas c'est génial d'entendre tout ça, parce que ça montre bien qu'il faut être solide dans notre boulot parce qu' il y a des trucs abominables qui arrivent. »

- Nous l'avons vu, outre le problème de l'isolement, les médecins généralistes rencontrent d'autres interrogations lors de la prise en charge d'un enfant victime de violences. Pour mettre fin à certains doutes, certains proposent la diffusion d'un guide regroupant les coordonnées des personnes à contacter :

Médecin 9 : « c'est qu'on manque d'information sur qui ? À qui signaler ? Moi je n'ai jamais reçu de formulaire sur le numéro du Procureur ou du Vice-Procureur ou du service d'aide sociale à l'enfance, on manque d'aide aussi. (En insistant sur le mot « aide ») *Un petit guide pour dire quels peuvent être nos interlocuteurs en fonction de quelle situation. Donc si il y a urgence, je veux dire s'il y a un gamin, si il y a semi-urgence, s'il y a suspicion euh… »*
Médecin 10 : « Peut-être les sensibilisant un petit peu plus parce que c'est vrai qu'avec le temps, si on n'y a pas été confronté une fois c'est le genre de situations auxquelles effectivement on pense un peu moins et puis peut-être avoir un outil pratique par le biais d'un serveur Internet ou par des brochures etc. pour savoir effectivement quelles sont les personnes à contacter, les procédures effectivement les gens à qui demander un conseil des choses comme ça.. Oui, peut-être. »
Médecin 12 : « Vous savez on reçoit par exemple des lettres de mise à jour de la CPAM par internet ou des fois avoir par exemple des, pas des mises à jour mais des rappels des signes qui pourraient nous faire évoquer de la maltraitance ou après si on est devant des cas qu'est-ce qui doit nous mettre la puce à l'oreille et puis si on doit signaler : comment faire ? par qui passer ? A avec des numéros de téléphone, enfin quelque chose de concret, des gens qu'on pourrait contacter en cas de besoin. »

- Deux médecins suggèrent la possibilité de favoriser les liens avec la médecine scolaire, afin de créer une sorte de partenariat, en développant à l'école, une sorte de dépistage, au même titre que le dépistage visuel ou auditif :

Médecin 11 : «Mais on pourrait même faire ça au niveau des écoles ! Parce que la médecine scolaire, oui il n'y a pas beaucoup de médecins scolaires mais euh, de mettre en route un réseau, comme je vous disais tout à

l'heure et que ce réseau ait la possibilité au moins de voir deux fois les enfants dans leur vie ! Je ne sais pas ! C'est compliqué mais euh… »

Médecin 8 : « *Mais il y a quelque chose d'intéressant, c'est que déjà les infirmières scolaires, elles ont la chance de voir les enfants dans un environnement différent, en dehors de tout contexte de maladie. Ce qui serait intéressant c'est qu'elle pose la question à chaque enfant de savoir comment ça se passe à la maison, est-ce que ça va bien etc. Donc ça veut dire déjà qu'on va briefer les infirmières pour leur dire que ça fait partie des questions à poser autant que : « Est-ce que tu manges beaucoup de sucreries ? Est-ce que tu fais un peu de sport ? À quelle heure tu te couches le soir ? »*

- La dernière proposition qui a été faite vise à favoriser un dépistage précoce. Un médecin a proposé d'instituer des examens obligatoires après l'âge de 24 mois, afin de ne pas perdre de vue un enfant à risque :

Médecin 11 : « Il y a des examens obligatoires chez les enfants. Ça aussi, ces examens sont obligatoires jusqu'à 24 mois et puis après c'est l'école. Est-ce que l'école déshabille l'enfant ? Est-ce qu'il y a des choses ? Ce n'est pas toujours évident. Mais… Je pense que ce ne serait pas inintéressant aussi de refaire un examen obligatoire par un médecin ou par un médecin spécialisé dans l'enfance effectivement, de mettre un examen obligatoire vers cinq ans et puis voilà et le mettre dans des centres, même peut-être créer un centre ! Un centre dédié à l'enfance où… dans certains cas. Il faudrait qu'ils soient suivis au moins une fois pour le dépistage, voyez ce que je veux dire ? Des gens formés au dépistage et qu'il y ait peut-être dans la vie de l'enfant des passages dans un centre de dépistage dit « psychologique » où on va peut-être mettre en route les éducateurs, où on va peut-être prendre l'enfant pendant quelques heures, on va un petit peu le faire tourner et essayer de voir un peu… »

- Enfin, un médecin sur les quinze rencontrés ne changerait rien au système actuel :

Médecin 15 : « Alors après il y a toujours des lignes d'appel type « enfants maltraités », et qui sont plutôt destinées au grand public. Alors après est-ce qu'il faut mettre en place des choses qui sont uniquement destinées aux professionnels fff… Je ne suis pas persuadé, je pense qu'il vaut mieux décrocher son téléphone, appeler le pédiatre, ça marche tout aussi bien sans développer une structure qui soit en trop. Je pense que quand on connaît bien la structure un petit peu médico-psychologique du secteur euh… On arrive quand même très rapidement à se débrouiller sauf extrême urgence où on sort de ce cadre-là, mais la prise en charge au quotidien, quels que soient les patients, on développe des réseaux mais les réseaux ça fait des années qu'on a des réseaux. J'enfonce des portes ouvertes, ça c'est un petit peu surfait ! Tout circule. Il faut que l'information circule ! Je crois que ça c'est important !

III. Discussion.

Notre thèse étudie une situation bien spécifique de l'exercice de la médecine générale. Cependant, tous les médecins généralistes peuvent être confrontés à un mineur en danger.

Il ne s'agit pas du premier travail relatif à l'enfance en danger, mais à notre connaissance, peu de travaux étudient la place du médecin généraliste dans le système de protection de l'enfance en France.

A. Choix de la méthode qualitative et des entretiens semi-dirigés.

Le choix d'une démarche qualitative s'explique par la volonté d'étudier la complexité des comportements des acteurs du système de protection de l'enfance, en l'occurrence des médecins généralistes. La recherche qualitative essaye de définir des critères et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances. A la différence de la recherche quantitative, elle cherche plutôt à savoir comment les professionnels de santé agissent dans une situation donnée et non combien se sont appropriés telle ou telle pratique. L'objectif de recherche de notre travail étant de recueillir un ressenti et un vécu, la démarche qualitative s'est donc imposée. Comme plusieurs médecins nous l'ont rappelé au cours des différents entretiens, la maltraitance infantile reste malheureusement encore aujourd'hui un sujet délicat à aborder. L'approche de cette thématique au moyen d'entretiens individuels nous a donc semblé la méthode la plus appropriée.

Par définition, l'approche qualitative va de l'observation à la proposition par une démarche inductive et interprétative ; il peut s'agir ici du premier biais de notre étude.

Nous devons rappeler que l'intervieweur est novice de ce genre d'étude, et mener une recherche au moyen d'entretiens semi-dirigés demande des compétences particulières. L'habileté de l'enquêteur est un des facteurs principaux limitant la recherche qualitative. Le style de conduite de l'entretien, les propres opinions du chercheur peuvent venir influencer les réponses des sujets interrogés.

Du côté des enquêtés, la qualité des informations recueillies dépend des éléments suivants (29) :

- Du niveau scolaire des enquêtés, ce qui ne pose pas de problème ici ;
- De la capacité de chacun à discourir (association d'idées…), dont dépendent les idées obtenues et la profondeur du discours ;

- De la propension de chacun à exprimer ses sentiments, ce qui n'est pas toujours facile lorsqu'on aborde un sujet qui a un impact émotionnel ;
- De la participation psychologique des propos ;
- De la valeur de généralisation de l'enquêté ;
- Des mécanismes de défense déployés par les enquêtés (oubli, refoulement, introversion, fuite…).

A notre sens, l'appréhension d'une évaluation des pratiques professionnelles des médecins était palpable, ce qui a eu pour effet de diminuer la profondeur du discours de certains interviewés.

L'entretien est une rencontre, un événement singulier qu'on ne peut moduler à souhait. Ainsi, l'interaction enquêteur-enquêté peut constituer un biais dans notre étude. En effet, une relation de confiance et de sympathie s'est progressivement mise en place au cours des différentes rencontres, mais ceci avec plus ou moins de facilité ; le recueil d'informations et le dialogue sont en effet facilités lorsqu'une entente mutuelle s'est installée entre les deux intervenants, le chercheur obtient ainsi plus aisément les informations déterminantes pour son étude.

Quelques-uns de ces biais auraient pu être contournés par le choix d'une autre méthode d'analyse qualitative, à savoir par la réalisation de focus-groups. Cette méthode a été demandée par deux des médecins interrogés. Elle est plus complexe à mettre en place dans sa réalisation pratique car elle nécessite une organisation spatiale et temporelle importante. En effet, organiser des réunions entre médecins généralistes venus de toute la Lorraine était difficilement faisable. Mais, en matière de sévices à enfants, elle serait effectivement intéressante car elle favorise l'émergence de nouvelles idées, fait rebondir les participants, permet le partage d'expériences et facilite peut-être également l'expression de médecins moins bavards. Bien que ce dernier point de vue soit discutable : en effet, la crainte d'être jugé et du regard des autres confrères peut venir entraver l'exposition de certains avis. De même, il peut être plus difficile de livrer ses émotions personnelles lorsque l'on est face à ses pairs.

La diffusion d'un questionnaire écrit n'avait pas lieu d'être dans notre travail, car il est difficile de saisir ainsi toutes les nuances des émotions décrites.

B. L'échantillon.

1. Constitution de l'échantillon.

La constitution de l'échantillon a représenté une part non négligeable de notre travail et a demandé un investissement temporel important. En effet, seulement 10% des médecins contactés par téléphone ont répondu favorablement. Comme nous l'avons déjà vu, les causes de refus sont multiples. Certains ont argumenté une contrainte de temps. Il est vrai que les médecins généralistes libéraux ont beaucoup été sollicités cet hiver accusant une charge de travail importante. Au cours des entretiens, le manque de temps est d'ailleurs également apparu comme un élément entravant le dépistage des sévices à enfants, et on sait que la consultation pédiatrique demande plus de temps et de disponibilité de la part du médecin. De plus, pour notre étude, il leur était nécessaire de se libérer pour un laps de temps plus ou moins long. Les entretiens ont duré, en moyenne, trente-cinq minutes, mais, une fois le dictaphone éteint, la discussion se prolongeait parfois bien au-delà. Ces moments, particulièrement propices aux confidences, ont d'ailleurs été très enrichissants d'un point de vue humain, car permettant parfois l'établissement d'une relation dépassant le cadre de la simple relation entre confrères.

D'autres médecins contactés par téléphone, malgré leur longue expérience, nous ont confié n'avoir jamais été confrontés à une situation d'enfant maltraité. Or, en France, le nombre d'enfants en danger ou en risque est en augmentation constante ces dernières années. A l'échelle mondiale, l'OMS et l'ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) estiment l'incidence des abus physiques à 250‰ et à 150‰ celle des abus sexuels (36). Comme nous l'avons déjà dit, lors d'une conférence de presse organisée par *The Lancet* en décembre 2008, après avoir analysé les conclusions d'études menées dans des pays à haut revenu, il est apparu que 10% des enfants seraient concernés par une forme de violence, et que seul un dixième d'entre eux serait reconnu (4). L'ampleur du problème est difficile à évaluer, mais, au niveau national, **deux enfants décèdent par jour** des conséquences d'une maltraitance (37). En 2002, l'OMS soulignait dans son « rapport sur la violence et la santé », le très grand nombre de décès de mineurs de moins de 15 ans par homicide dans le monde, la particulière vulnérabilité des enfants de moins de 1 an et le manque de fiabilité des données recueillies (38). La France n'échappe pas à cette règle, la fréquence de la maltraitance étant mal connue.

Les données chiffrées concernant les sévices sur mineurs proviennent de différents organismes :

- La mission de **l'ONED** (Observatoire National de l'Enfance en Danger) est d'améliorer la connaissance du champ de la protection de l'enfance. A ce titre, chaque année, il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport contenant notamment des données chiffrées permettant d'estimer l'enfance en danger en France.

Ainsi, au **31 décembre 2010**, l'ONED estime le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une mesure de prise en charge à **273 126** sur la France entière, ce qui représente **19‰ des moins de 18 ans**. Par ailleurs, dans son septième rapport remis au Gouvernement et au Parlement, l'ONED précise que le nombre d'informations préoccupantes reçues par les départements entre 2007 et 2010 est en hausse (67% des responsables des CRIP ont observé une hausse) (18)(25).

- **Le SNATED, le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger** (39, 93) communément appelé « Allo Enfance Maltraitée », a deux missions qui lui sont conférées par la loi du 10 juillet 1989 confortée par celle du 5 mars 2007. D'une part, il accueille tous les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être ou de toute personne confrontée à ce type de situation, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger ; ce service répond donc aussi bien aux particuliers qu'aux professionnels. D'autre part, il transmet toutes les informations préoccupantes concernant ces enfants aux cellules de recueil des informations préoccupantes de chaque département.

En 2011, 11 616 appels au SNATED ont fait l'objet d'une transmission aux Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes. L'évolution du nombre d'appels traités entre 2000 et 2011 est disponible en *annexe 5.*

- **L'ONDRP** (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) a comme activité principale la production, l'analyse et la diffusion de statistiques sur la criminalité et la délinquance en France (40).

- Jusqu'en 2006, **l'ODAS** réalisait une enquête annuelle sur les signalements d'enfants en danger. Au fil des années (entre 1998 et 2006), l'ODAS a observé une augmentation constante du nombre d'enfants en danger. Concrètement, le nombre de signalements pour enfants maltraités s'est stabilisé, quand le nombre d'enfants en risque a, lui, augmenté de 25% depuis 1998, puisque 79 000 enfants ont été recensés comme étant en risque en 2006, contre 64 000 en 1998. Ainsi, en 2006, les enfants maltraités représentent environ 20% de l'ensemble des signalements (41, 94) *(Annexe 6).*

Evolution du nombre d'enfants signalés en danger entre 1998 et 2006 :

	1998	2002	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	19 000
Enfants en risque	64 000	67 500	79 000
Total	83 000	86 000	98 000

- Concernant la mortalité infantile, en 2010, le **CépiDC** (Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM) a recensé, 24 homicides d'enfants de moins de 15 ans, la majorité des enfants ayant entre 1 et 4 ans.

D'après les chiffres du **Ministère de la Justice**, en 2011, le juge des enfants a été saisi pour 100 499 mineurs en danger. Les tranches d'âge « 0 – 6 ans » et « 7 – 12ans », représentent chacune un tiers de ces mineurs. Ces chiffres sont en légère baisse par rapport à 2010 (-0,5%). (42)

Cette tendance à l'augmentation s'observe en Lorraine, où les chiffres fournis par les Cellules de recueil des informations préoccupantes attestent également d'une élévation du nombre d'enfants en danger ou en risque ces dernières années. Ces chiffres sont récapitulés en *annexe 7.*

L'accroissement de la fréquence des violences faites aux enfants est dû à de multiples causes, parmi lesquelles : augmentation réelle du nombre d'enfants en danger, meilleur système de signalement, extension de la notion "d'enfant maltraité" à celle "d'enfant en risque". Ainsi, il semble peu probable qu'un médecin généraliste au terme de sa carrière, n'ait jamais eu à prendre en charge un seul enfant victime de sévices. Alors, si tel est le cas, plusieurs interrogations émergent : le manque d'expérience dans le domaine de la maltraitance infantile est-il lié au fait que le médecin n'a, heureusement, jamais eu au sein de sa patientèle un seul enfant maltraité ? Ou bien, le dépistage par certains médecins serait-il défaillant, laissant ainsi la situation se chroniciser ?

Nous pouvons d'autre part, nous demander si certains médecins ne nous ont pas dit qu'ils n'avaient aucune expérience simplement parce-que les sévices à enfants génèrent encore un véritable malaise chez eux. Ou bien, se pourrait-il que ces refus relèvent d'un souci d'autoprotection, voire d'un véritable déni ?

Notre étude comporte un biais de sélection des médecins. La participation étant nécessairement basée sur le volontariat de chacun, les médecins rencontrés sont obligatoirement ceux s'investissant en protection de l'enfance, ou en tous cas, ceux qui sont particulièrement sensibilisés par ce sujet. Ceci est très bien démontré par l'implication du médecin 13, qui, à un moment de sa carrière, a ressenti le besoin d'une formation supplémentaire (au MAN : Mouvement pour une Alternative Non violente). Celle-ci n'a rien de médical, mais lui a paru indispensable pour apprendre à gérer ses propres émotions et parvenir à prendre en charge au mieux ses petits patients ainsi que leur famille.

2. Présentation de l'échantillon.

A défaut d'être représentatif, l'échantillon s'est voulu le plus hétérogène possible afin de couvrir un maximum de situations. La petitesse de l'échantillon ne nous permet pas

d'extrapoler les résultats, mais a permis la faisabilité de notre travail. De plus, il s'agit, à notre connaissance, de la première étude de ce genre s'intéressant à l'ensemble des médecins de la région.

La moyenne d'âge des médecins interrogés, de 51 ans, correspond à la moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux lorrains qui est de 52 ans (43).

Les médecins interrogés sont, selon les conditions définies préalablement à notre travail, des médecins généralistes issus des quatre départements lorrains. Ils exercent leur activité dans toutes sortes de milieux : rural ou urbain, plutôt favorisé ou très défavorisé.
Il ressort de notre étude que la zone d'installation ne paraît pas jouer de rôle particulier dans la prise en charge de la maltraitance infantile, si ce n'est que les médecins exerçant en milieu rural ont moins facilement tendance à hospitaliser d'emblée l'enfant à l'inverse des médecins exerçant en milieu urbain.

Les médecins exerçant dans des milieux plutôt favorisés ont plus souvent été confrontés à des situations de maltraitance psychologique et très rarement à de la violence physique, à la différence des milieux dits plus "populaires".

Dans notre échantillon, les médecins qui sont installés depuis longtemps hésitent moins dans leurs démarches comparativement à ceux, plus jeunes, plus enclins aux doutes quant à la conduite à tenir, car ayant moins d'expérience dans le domaine de la protection de l'enfance. Le nombre d'expériences en maltraitance semble influencer le mode de conduite et limiter les hésitations.

Les différents modes d'exercice en médecine libérale ont été représentés dans notre travail afin de mettre en évidence des particularités liées aux conditions de travail. Cependant, le mode d'exercice des médecins interrogés ne semble pas avoir d'influence sur les modalités de prise en charge des enfants, car les médecins exerçant en groupe ne rencontrent pas moins de difficultés ou d'interrogations que ceux exerçant seuls.

Concernant l'activité de pédiatrie, la majorité des médecins a une activité non négligeable en pédiatrie, les enfants représentant environ un tiers de la patientèle. Mais même les médecins ayant une activité de pédiatrie plus faible (estimée à 10% environ, pour deux d'entre eux) ont rencontrés des enfants victimes de sévices. La part importante des activités de pédiatrie en médecine générale s'explique par une diminution progressive de la population de pédiatres libéraux lorrains, le suivi des enfants étant de plus en plus réalisé par les médecins généralistes. De plus, 54 bassins de vie en Lorraine ne recensent aucun pédiatre libéral et mixte (43). Ce qui positionne, très souvent, le médecin généraliste en tant que premier intervenant pour les enfants et confirme ainsi sa place importante en matière de protection de l'enfance. Le rôle des médecins généralistes dans le système de protection de l'enfance est donc loin d'être négligeable ; ainsi pour améliorer la prise en charge des enfants maltraités, il est indispensable de faire, du médecin généraliste, un maillon incontournable de ce système. Leurs difficultés doivent donc être écoutées afin de pouvoir y remédier. Actuellement, en France, 80% des enfants de plus de 2 ans sont suivis par des médecins libéraux principalement par des généralistes, et cette part ne cesse d'augmenter. Les médecins généralistes prennent en charge de plus en plus d'enfants. Ceci est confirmé

par leur rôle dans le remplissage des certificats des examens obligatoires des 9ème et 24ème mois : en effet, en 2003, 16% des examens du 9ème mois étaient réalisés en PMI et 80% en médecine libérale, principalement par des médecins généralistes (44).

Comme nous l'avons précisé, à l'exception d'un entretien, tous les autres se sont déroulés dans le bureau du médecin au sein du cabinet. Le choix du lieu n'est pas anodin et influence les réponses des interviewés. En effet, le cadre spatial modifie le contenu du discours. Le médecin 2 rencontré à son domicile est celui, qui sur un plan émotionnel, s'est le plus spontanément livré. A l'inverse, dans son bureau, l'interviewé s'inscrit davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé (29).

C. Les différentes formes de sévices sur mineurs rencontrées par les médecins généralistes lorrains.

De nombreuses formes de maltraitance infantile ont été rencontrées par les médecins généralistes lorrains même s'ils se remémorent plus volontiers et plus aisément les formes les plus marquantes de violences, comme les violences physiques ou les violences sexuelles. Les médecins nous ont fait part de leur expérience, certains n'ont eu que quelques enfants maltraités à prendre en charge, mais d'autres ont une expérience bien plus importante, comme notamment le médecin 13 qui, en douze ans de carrière, a pris en charge une dizaine d'enfants victimes de violences.

1. La maltraitance physique.

Des faits de maltraitance physique ont été rapportés par huit des médecins interrogés. Les principales lésions ayant alerté les médecins sont des lésions cutanées, comme les hématomes ou les ecchymoses. En effet, les lésions cutanées sont les signes les plus évocateurs de maltraitance infantile, ce sont aussi les plus fréquentes, elles sont signalées chez 90% des enfants battus (45). Elles sont suspectes en fonction de (46)(47) :

- leur type (hématome, brûlure, morsure, plage d'alopécie, plaies) (48),
- leur localisation (les lombes, les fesses, les oreilles, les joues, le cou, le tronc…),
- leur forme (reflétant parfois le type d'objet utilisé pour infliger les sévices),
- leur caractère unique ou multiple, leur symétrie,
- leur âge,
- leur incohérence avec l'anamnèse.

Les hématomes ou les ecchymoses constatés par les médecins de notre étude répondaient à ces caractéristiques. La présence d'ecchymoses ou d'hématomes est à interpréter en fonction de l'âge et du développement psychomoteur de l'enfant. En présence de ces lésions, le principal diagnostic différentiel envisagé par les médecins était l'origine accidentelle des lésions observées. Les ecchymoses accidentelles tendent plutôt à survenir chez un enfant actif, autonome, en âge de marcher. On les retrouve, en général, sur les proéminences osseuses comme le front, les tibias, les avant-bras, les genoux, les coudes, le menton. Elles surviennent au cours des jeux et sont peu nombreuses (moins de trois) et de petite taille (moins de 10 mm)(49)(50)(51). A l'inverse, la multiplicité des lésions, leur symétrie, leurs différentes natures, des âges différents et des localisations particulières doivent inquiéter. Lorsque des hématomes sont présents au niveau abdominal, cela témoigne de la violence des coups portés ; le risque est alors représenté par les lésions viscérales qui peuvent être associées et qui représentent la seconde cause de mortalité chez les enfants maltraités (52). Le médecin 2 donne l'exemple d'un enfant chez lequel il a découvert, au niveau des fesses, des stries linéaires et parallèles correspondant à des hématomes causés par des coups infligés à l'aide d'une règle.

D'autres types de lésions cutanées peuvent être retrouvés en cas de violences physiques. Les plaies peuvent prendre des aspects très polymorphes. La présence de morsure, par exemple, est toujours suspecte. Les morsures humaines sont typiquement superficielles alors que celles d'origine animale sont plus profondes (48).

Des violences par brûlure peuvent être infligées aux enfants (53)(54). Lorsqu'elles sont intentionnelles, les brûlures sont, en général, profondes, multiples et bien délimitées. Aucune localisation n'est spécifique de brûlure intentionnelle, mais certaines sont hautement suspectes : le visage, les pieds, les mains (notamment la face dorsale), les fesses, le périnée (55).

La brûlure par contact avec de l'eau bouillante est la forme la plus classique de brûlure par maltraitance. On retrouve ainsi classiquement, des lésions en gant ou en chaussette, des lésions zébrées du tronc (provoquées par l'immersion d'un corps fléchi, les brûlures respectant les plis de flexion) ou des lésions du siège résultant de l'immersion forcée de l'enfant dans l'eau bouillante. Les brûlures par immersion sont mieux limitées, plus régulières, souvent symétriques et circonférentielles. A l'inverse des brûlures par éclaboussement qui sont plus superficielles.

Les brûlures par cigarette représentent une modalité fréquente de maltraitance par brûlure (lésions circulaires de 7 à 10mm de diamètre, bien délimitées, profondes, très douloureuses et souvent groupées.)

Ces types de lésions, tout comme les troubles des phanères (plage d'alopécie, décollement des ongles), les strangulations des extrémités n'ont pas été observés par les médecins de notre étude.

D'après les données de la littérature, après les lésions tégumentaires, les fractures sont les lésions les plus fréquemment rencontrées (56)(57). Aucune fracture n'est vraiment pathognomonique des sévices à enfants, mais selon l'âge et les critères radiologiques, certaines sont suspectes (58). On retiendra essentiellement que toute fracture chez un nourrisson de moins de un an est hautement suspecte de maltraitance, et en cas de doute, un bilan radiologique doit être réalisé, conduisant parfois à la découverte de lésions osseuses multiples réalisant le syndrome de Silverman. Au cours de sa carrière, un seul des médecins de notre étude a soupçonné, sans jamais pouvoir l'affirmer, cette forme particulière de maltraitance chez une de ses petites patientes. Médecin 6 : « *J'ai soupçonné un syndrome de Silverman chez une petite fille, le milieu étant très très particulier. Mais je n'ai jamais pu le prouver et ça n'a pas nécessité, si vous voulez, d'hospitalisation. Je l'ai soupçonné, et encore maintenant, c'est devenu une dame avec ses enfants, et sur son dossier encore aujourd'hui c'est noté syndrome de Silverman, "point d'interrogation !" »*

Seulement deux médecins ont été confrontés à la problématique des traumatismes crâniens non accidentels et du syndrome du bébé secoué. Pourtant, un tiers des traumatismes crâniens de l'enfant est secondaire à des actes maltraitants (59). Les garçons en sont le plus souvent victime.

On distingue les lésions primaires : fractures, hématomes, contusions cérébrales, consécutives à un traumatisme direct ou à un mécanisme d'accélération-décélération (syndrome du bébé secoué), des lésions secondaires, agressions neuronales dues aux réponses systémiques physiologiques (60). Quel que soit le mécanisme lésionnel, les lésions primaires initient les lésions secondaires qui viennent aggraver le tableau.

Les traumatismes crâniens de l'enfant surviennent sur un cerveau en développement dont les réactions et les capacités de récupération diffèrent très largement de celles d'un cerveau mature (61).

Dans ses recommandations de mai 2011, la Haute Autorité de Santé a émis des critères diagnostics destinés aux professionnels de santé travaillant au contact d'enfants, afin de ne pas méconnaitre des cas d'enfants victimes de ce type violences (62).

2. La maltraitance sexuelle. (6)

On entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être victimes de violence sexuelle exercée à la fois par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime (63).

Neuf des médecins interrogés se sont retrouvés confrontés à un ou plusieurs enfants victimes de sévices sexuels. Dans la majorité des cas qui nous ont été rapportés, il s'agissait de violences sexuelles intrafamiliales et notamment d'inceste père-fille. En effet, dans plus de trois quart des cas d'abus sexuels, l'auteur fait partie des connaissances plus ou moins proches de l'enfant (64) : parent, ami de la famille, nourrice, enseignant, éducateur, prêtre… Les agresseurs sont plus généralement des hommes mais pas toujours. Les garçons comme les filles peuvent être victimes de ce genre de maltraitance. Les abus sexuels peuvent être isolés ou associés à une maltraitance physique. Il faut souligner que plusieurs médecins de notre étude ont également découvert, à l'âge adulte, des antécédents de violences sexuelles qui se sont déroulées pendant l'enfance, chez plusieurs de leurs patients.
Médecin 8 : *« enfin il n'y a pas un mois sans que quelqu'un me dise qu'il a été violé dans l'enfance ! »*
Conformément à la littérature, les éléments cliniques qui ont permis la découverte des sévices anciens sont essentiellement des troubles psychologiques, psychiatriques ou sociaux avec syndrome anxio-dépressif, des conduites à risque avec notamment des comportements addictifs ou même des difficultés relationnelles complexes avec les propres enfants de ces patients (65). Les dysfonctions sexuelles secondaires à des abus sexuels durant l'enfance sont bien connues, mais ceci n'a pas été observé par les médecins généralistes lorrains. De même pour les troubles digestifs fonctionnels : il y aurait trois à quatre fois plus d'antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance chez les patients présentant des troubles digestifs fonctionnels que chez ceux qui ont une pathologie organique (66).

Dans les récits de notre enquête, les circonstances de découverte sont variables, mais la plupart du temps, ce sont les allégations spontanées de l'enfant qui ont permis de mettre à jour les faits. En tant que médecin, tout récit de ce type devra être pris en considération, sans déni ni banalisation, les fausses allégations d'un enfant étant rares (67). Mais en pratique, pour certains des médecins de notre étude se pose le problème du crédit à apporter aux dires de ces enfants, en fonction du contexte socio-familial dans lequel il évolue. Pour autant, lors de révélations spontanées de l'enfant, le médecin devra avoir le souci de recueillir les informations données par l'enfant avec le plus d'exactitude possible, en veillant à ne pas lui suggérer ses propos, à ne pas les interpréter et à ne pas porter de jugement (68). Il est impératif de retranscrire tout ce que dit l'enfant, de noter ses propres mots, afin de les inclure, plus tard, dans la rédaction du signalement.

D'autres circonstances peuvent être évocatrices et doivent attirer l'attention du praticien : énurésie, encoprésie, anorexie, infections vaginales ou urinaires à répétition, interruption volontaire de grossesse ou infections sexuellement transmissibles chez l'adolescente, modification du comportement, dépression. Aucun signe clinique ou comportemental n'est spécifique de maltraitance sexuelle. Mais ils devront toujours être interprétés en fonction du contexte. Cependant, s'il n'existe pas de signe spécifique d'abus sexuel, il en est un auquel le praticien devra accorder une attention toute particulière: la modification plus ou moins brutale du comportement chez un enfant paraissant

antérieurement « sain » (68) est un signe hautement suspect d'abus sexuels. Ce qui a été le cas pour le médecin 4. Quant au médecin 9, c'est l'apparition d'une encoprésie secondaire qui a permis de soupçonner les faits.

3. La maltraitance psychologique ou cruauté mentale.

La violence psychologique, apparentée à la cruauté mentale, reste très répandue, quoique largement sous-estimée, car très difficile à repérer. Elle est à la fois le fait d'incidents isolés, mais avec un caractère répété et systématique, et le fait de priver un enfant d'un environnement sain et positif favorable à son développement physique et affectif. Ce type de sévices, très préjudiciable à un enfant, présente des conséquences immédiates et sur le long terme qui varient considérablement selon le contexte et l'âge de l'enfant. Le terme recouvre tous les actes de discrimination, humiliation, dévalorisation, vexation, méchanceté, mais peut correspondre également à des exigences éducatives disproportionnées ou en tout cas excessives dans un contexte donné (69)(70). Ainsi, dans notre étude, cette forme a été observée à plusieurs reprises notamment par les médecins exerçant dans des zones plutôt aisées. Au total, la problématique des violences psychologiques a été évoquée par sept médecins et quatre autres médecins ont évoqué les enfants victimes de violences car soumis aux conflits conjugaux.

La maltraitance psychologique reste la forme de sévices sur mineurs la plus complexe à diagnostiquer. Le repérage peut être facilité par l'association avec d'autres formes de maltraitance notamment physique ou sexuelle, mais elle peut être plus silencieuse et être isolée. Comme dans notre étude, lorsqu'elle est associée à une autre forme de sévices, la maltraitance psychologique est bien souvent relayée au second plan. Même si les autres formes de maltraitance ont un retentissement psychologique non négligeable, la répétition de sévices psychologiques, même isolés, est dramatique et destructrice pour un enfant, entrainant sentiment d'autodépréciation, infériorité et perte du respect de soi. Le diagnostic peut être suggéré soit directement par l'observation – et l'écoute – de l'enfant et de ses interactions avec ses parents, soit par les conséquences sur sa santé et son développement, soit par les deux (71).

La maltraitance psychologique peut s'exprimer de différentes manières : rejet, terroriser l'enfant, isoler l'enfant, exploiter ou corrompre l'enfant, refus de réponses affectives ou encore exposer l'enfant à la violence conjugale (72).

4. La négligence lourde.

Dix médecins interrogés ont abordé la maltraitance par négligence lourde. La négligence peut se définir comme le fait de ne pas satisfaire les besoins primaires de

l'enfant. La frontière avec la maltraitance psychologique est mince, elle s'en distingue surtout par son caractère passif. On distingue les négligences non-intentionnelles, lorsque les parents ne peuvent faire face aux besoins de leur enfant par insuffisance ou inexpérience, et ce alors que leurs moyens leur permettraient d'y répondre (ce qui les différencie de la pauvreté), des négligences intentionnelles beaucoup plus sévères (56).

La négligence peut s'exprimer dans divers domaines : négligence éducative, émotionnelle, alimentaire, vestimentaire (vêtements toujours trop grands ou trop petits), domaine de l'hygiène (enfant sale, excoriations variées…), la santé (absence de suivi régulier, enfant non vacciné…), la sécurité… De multiples formes de négligence ont été constatées par les médecins de notre étude, parmi lesquelles : absence de suivi, absence de vaccinations, manquement à la sécurité de l'enfant, carences alimentaires, toutes avec des conséquences plus ou moins sévères. Les conséquences pour les patients des médecins interrogés étaient variables allant du nourrisson triste, passif, ne souriant jamais à des retentissements bien plus sévères.
En effet, la négligence et les carences graves peuvent avoir un retentissement majeur : troubles de l'état général avec dénutrition, hypotrophies staturo-pondérales non organiques (trouble ayant conduit à l'hospitalisation d'un enfant de notre enquête), nanisme d'origine psycho-sociale par défaut de production de l'hormone de croissance et de somatomédine, voire, à l'extrême, si le repérage est tardif, un retard psychomoteur (56). Plusieurs bébés victimes de ce type de sévices présentaient des troubles du comportement, un retard psychomoteur ou un retard des acquisitions comme le langage ou acquisition de la propreté (exemple d'une maman qui laissait volontairement des couches à son enfant, qu'elle laissait seul le soir pour pouvoir sortir).

Il s'agit du type de maltraitance le plus répandu, mais malgré cela, certains médecins ne considèrent encore pas la négligence lourde comme une réelle forme de maltraitance : *« ce n'était d'ailleurs pas un enfant à proprement maltraité, il était plutôt négligé, laissé, mais pas maltraité. »*

5. Le syndrome de Münchhausen par procuration.

C'est R. Asher qui, en 1951, utilise le premier le terme de syndrome de Münchhausen pour décrire le comportement de certains adultes qui allèguent ou feignent de manière intentionnelle des signes ou des symptômes riches et variés. La crédibilité de leurs histoires amène les médecins à de multiples investigations parfaitement injustifiées. Puis, en 1977, S.R. Meadow, décrit des situations analogues chez les enfants : il s'agit de signes ou symptômes présentés par un enfant et allégués par un adulte dans le but de jouer indirectement le rôle du malade (73).

Les critères suivants doivent être réunis pour affirmer le diagnostic (Rosenberg, 1987)(67) :

- La maladie est produite ou alléguée, ou les deux, par un parent ;
- il existe des demandes répétées de prise en charge médicale de l'enfant, aboutissant à des procédures médicales multiples ;
- les parents nient connaître la cause des symptômes ;
- les symptômes régressent quand l'enfant est séparé du responsable du syndrome.

Cette entité particulière de violences sur mineurs n'a pas été évoquée au cours de notre travail, en effet aucun des médecins n'a soupçonné ce type de maltraitance. Il faut dire que le diagnostic de syndrome de Münchhausen est souvent tardif car très difficile (74). La connaissance des antécédents de l'enfant, notamment la notion de consultations répétées pour des symptômes qui ne trouvent pas d'explication, et surtout la connaissance des antécédents des autres enfants de la fratrie aidera au diagnostic. En cela, la position du médecin traitant est très intéressante car lui seul a parfois connaissance des consultations multiples et variées auprès de différents spécialistes. Dans cette pathologie psychiatrique de la mère, les recours à d'autres praticiens sont fréquents, les hospitalisations et les investigations paracliniques sont en général multiples.

Ainsi, il est indispensable de prendre en compte les antécédents de la fratrie. En effet, le syndrome de Münchhausen est rarement exercé sur un seul enfant (75) :

- dans 11% des cas, on retrouve un décès inexpliqué,
- dans 39% des cas, on retrouve un antécédent de ce même syndrome,
- dans 15 à 35% des cas, on retrouve d'autres formes de maltraitance.

On distingue deux formes de ce syndrome : la forme active, dans laquelle le parent provoque les symptômes (exemple : par l'administration volontaire de médicaments ou de toxiques) ; et la forme passive dans laquelle le parent ne fait qu'alléguer des symptômes inexistants.

L'enfant, la plupart du temps âgé de moins de trois ans, est amené en consultation pour des symptômes divers et variés qui ne trouvent pas d'explication. Les symptômes peuvent être allégués ou fabriqués. En premier lieu il s'agit de saignements. Si des traces de sang sont retrouvées, leur analyse permet d'affirmer qu'il n'appartient pas à l'enfant (sang d'origine animale ou maternelle – par les menstruations). Viennent ensuite, les demandes de consultation pour convulsions et apnées ou malaise, mais tous les symptômes peuvent se voir (fièvre, éruption cutanée, diarrhée, vomissements…) Les victimes de ces sévices sont plus souvent des garçons que des filles (76).

6. Les autres formes de maltraitance.

De nombreuses autres formes de maltraitance existent encore. Toutes n'ont pas été décrites dans notre travail :

- Maltraitance institutionnelle : Les violences institutionnelles peuvent être définies comme « toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure. » (Stanislaw Tomkiewicz) (77). Elles existent également sous différentes formes, physiques, psychologiques surtout, sexuelles parfois, ou bien encore de négligences, mais elles s'expriment aussi par l'absence de prise en charge thérapeutique adaptée à l'enfant parce qu'un enfant placé en institution est avant tout, un enfant en souffrance.
  Les médecins 2 et 13 nous ont largement évoqué des récits de ce type.
- Maltraitance entre enfants : la maltraitance d'un enfant envers un autre enfant existe. Elle s'exerce le plus souvent entre adolescents. Elle peut se voir dans le milieu scolaire sous la forme de :
  - Racket : forme de maltraitance physique et psychologique ;
  - Le bullying : qui correspond à un harcèlement constant et agressif d'un élève sur un autre sous le regard d'autres enfants ;
  - Le happy slapping : fait de frapper un élève, tout en filmant la scène à l'aide d'un téléphone portable, pour la diffuser par la suite ;
  - Cyber maltraitance : fait de diffuser une vidéo dégradante sur les réseaux sociaux, dans le but d'humilier l'autre ;
  - Véritable maltraitance physique voire sexuelle (viol) ;
  - Violence verbale ;
  - Bizutage.

  Rappelons que d'autres « jeux » pratiqués par les enfants peuvent s'apparenter à une forme de maltraitance (78) (exemple du jeu de la mort subite : un groupe d'enfant choisit une couleur au hasard le matin, l'enfant qui porte le plus cette couleur sera frappé et humilié toute la journée).

  Un exemple de maltraitance entre enfants a été donné par le médecin 13 : il s'agissait de violences sexuelles.

- Mauvais traitements à début anténatal (56): deux formes existent : le syndrome d'alcoolisation materno-fœtale et les nouveau-nés de mère toxicomane.
- Mort subite du nourrisson suspecte : la dénomination actuelle parle plutôt de « mort inattendue du nourrisson ». Le terme anglo-saxon utilisé est « sudden unexpected death in infancy ». La mort inattendue d'un nourrisson se définit par le décès brutal d'un nourrisson, de moins de deux ans, alors que rien dans ses antécédents connus

ne pouvait permettre de l'anticiper (79). La « mort subite du nourrisson » avant un an constitue donc une part des « morts inattendues du nourrisson » avant deux ans.

Selon la littérature actuelle, la part des homicides dans la mortalité infantile est certainement sous-estimée en raison de la confusion des diagnostics. Le diagnostic de MSN a été trop souvent retenu malgré l'absence d'explorations et notamment sans autopsie (50 % des cas hospitaliers et 40 % des cas judiciaires) (80).

- Intoxications : les intoxications sont fréquentes chez l'enfant, notamment chez les moins de 5 ans. Les intoxications accidentelles représentent la forme la plus courante d'intoxications de l'enfant, elles sont souvent liées à une négligence parentale. Les empoisonnements intentionnels par maltraitance sont rares, mais, encore une fois, il s'agit d'une forme de maltraitance difficile à mettre en évidence, et leur fréquence est probablement sous-estimée. La médiane d'âge est de deux ans, mais tous les enfants maltraités peuvent en être victime.

  L'intoxication volontaire d'un enfant, dans 70% des cas, est un événement unique, (exemple de l'administration de médicaments à l'enfant pour le calmer ou encore le faire dormir) mais, ce phénomène peut également être chronique (81). Les toxiques les plus fréquemment utilisés sont : les médicaments (souvent neurotropes), les produits ménagers, agricoles ou alimentaires (sel, poivre, eau, piment) (82).
- Noyades (83): les noyades accidentelles, secondaires à une négligence sont de loin la première cause de noyade. L'immersion volontaire d'un enfant sous l'eau, particulièrement dans la baignoire du domicile, peut être une forme de sévices infligés à un enfant maltraité. Certains auteurs estiment que 10% des noyades en baignoire seraient d'origine volontaire (84).
- Asphyxie : La suffocation intentionnelle est une forme moins connue de sévices à enfant. Elle est généralement le fait de la mère. Diverses méthodes sont employées : les mains, un oreiller, des vêtements, un sac en plastique, de façon moins fréquente, elles pressent l'enfant contre leur poitrine, ou lui bouchent le nez de manière à obstruer les voies respiratoires supérieures.

  Les enfants qui en sont victimes ont généralement moins de trois ans, le plus souvent, moins d'un an. Certains auteurs estiment que 2 à 10% des « morts subites du nourrisson » pourraient en réalité être secondaires à ce type de maltraitance. Ces enfants sont parfois amenés en consultation, pour « malaise », ou « apnée », ou cyanose (85).

D. Clignotants, limites du diagnostic et difficultés ressenties par les médecins.

1. Indicateurs et facteurs de risque de maltraitance infantile.

La maltraitance infantile s'insinue progressivement au sein des familles. Ce n'est que très rarement que les faits surviennent brutalement sans signes "annonciateurs". Les indicateurs de maltraitance infantile sont à distinguer des facteurs de risque de maltraitance. Le diagnostic de maltraitance est très difficile car il ne repose sur aucun signe spécifique. Mais il s'agit de savoir repérer, d'une part, les situations à risque correspondant aux facteurs de risque, et d'autre part, les signes, aussi minimes soient-ils, qui dans un contexte donné, peuvent être révélateurs d'une maltraitance. C'est l'ensemble de tous ces arguments et clignotants qui va permettre au médecin d'évoquer une maltraitance (20)(86). Conformément aux données de la littérature (86)(87)(88), les clignotants que les médecins de notre étude ont spontanément évoqués sont les suivants :

- La verbalisation de l'enfant, un enfant qui explique, spontanément ou à l'occasion d'un questionnaire non suggestif, avoir été victime de sévices, dit habituellement la vérité ;
- L'observation attentive de l'attitude générale des parents lors du recours aux soins. La réaction habituelle d'un parent qui constate une blessure significative chez son enfant est de consulter un médecin au plus vite. Le parent maltraitant, lui, peut retarder une consultation pendant plusieurs jours, de crainte que l'origine réelle des lésions ne soit découverte. Ce délai atteint 24 heures dans 80% des cas d'abus physiques et dépasse quatre à cinq jours dans 40% des cas. Ce sont souvent les complications de ces lésions qui amènent finalement les parents à consulter. Deux médecins interrogés ont été alertés par le retard de consultation ;
- L'analyse de l'attitude de l'enfant en fonction de son âge et de la manière dont il interagit avec son entourage ;
- Les antécédents de l'enfant, et notamment la notion de traumatismes ou « d'accidents » dont la répétition peut être suspecte. Il est intéressant de s'enquérir des antécédents des autres enfants de la fratrie ;
- Le nomadisme médical : problématique récurrente dans notre étude. Le travail des médecins généralistes est largement compliqué par le fait que, la plupart du temps, ils prennent en charge de manière ponctuelle les enfants en danger. Ces enfants sont souvent peu vus en consultation, appartenant à des familles non connues du médecin. Lorsque des violences, quelles qu'elles soient, sont mises en évidence, les familles ne coopèrent que très rarement avec le médecin compliquant son travail et dans les cas les plus extrêmes, elles disparaissent. L'enfant reste alors exposé aux

sévices jusqu'à ce qu'enfin, les faits puissent heureusement être dénoncés. Une des solutions évoquées par les médecins de notre étude, pour pallier au nomadisme médical, est d'obliger les familles à avoir un médecin référent pour leurs enfants.

- Bien d'autres signes peuvent être évocateurs d'une maltraitance infantile : troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, troubles sphinctériens, baisse des performances scolaires, changement de comportement plus ou moins brutal… Dans la majorité des cas d'enfants maltraités qui nous ont été racontés lors de notre travail, les sévices étaient découverts par le médecin généraliste grâce aux révélations d'un membre de la famille plus ou moins proche ou plus rarement d'une personne extérieure mais qui avait constaté les faits. Dans les autres situations, c'est les capacités d'observation du médecin qui ont permis la suspicion des violences. Dans ces cas-là, c'est le changement plus ou moins brutal de comportement de l'enfant qui les a alertés.

Tous ces clignotants sont parfaitement connus. Les facteurs de risque sont aussi bien appréhendés par les médecins généralistes et leur position en tant que médecin traitant leur permet de les identifier facilement au sein des familles qu'ils sont amenés à suivre. Connaissant l'enfant, le médecin identifie les facteurs de risque liés à l'enfant, comme un handicap, une prématurité, une gémellité, un enfant adultérin ou illégitime, ou encore de par la non-acceptation du sexe de l'enfant. Il connait également souvent l'entourage de l'enfant et peut ainsi identifier les facteurs de risque inhérents aux parents et à la famille comme des difficultés économiques, sociales ou familiales (chômage, précarisation, deuil, divorce…), des pathologies psychiatriques, des troubles addictifs, l'existence de violences intraconjugales ou intrafamiliales (36)(20)(86).

2. Définitions et limites, en pratique.

Comme l'ont précisé plusieurs médecins, les violences infantiles ne relèvent pas de leur quotidien, pour cette raison, il peut être difficile pour un médecin d'envisager même le diagnostic de maltraitance. En pratique, ils constatent parfois des faits qui attirent leur attention, mais, dans la mesure où il est impossible de définir un seuil de tolérance, le moment à partir duquel ils se doivent d'intervenir est impossible à standardiser. En effet, la frontière entre risque et maltraitance est parfois ténue. En 1999, l'OMS a défini la maltraitance infantile de la manière suivante (89) :

> *« la maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou*

potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Ces dernières décennies, la notion d'enfance maltraitée a progressivement évolué. La loi du 5 mars 2007 a profondément réformé notre système de protection de l'enfance. Et, à la notion de « maltraitance infantile », s'est substituée celle « d'enfant en danger ». Les enfants en danger sont soit maltraités, soit en risque. L'ODAS, dans son rapport de protection de l'enfance de 2005, décrit l'enfant en risque comme *« celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. »*(90, 94)

Malgré l'évolution de la notion de maltraitance, en pratique, les limites paraissent un peu floues pour les médecins généralistes lorrains.

Tout ceci se complique lorsque l'on intègre un facteur supplémentaire : en fonction des origines de chacun, les normes éducatives ne sont pas les mêmes. Tout en respectant la culture de leurs patients, les médecins décident en leur âme et conscience d'intervenir lorsque, selon eux, le "seuil de tolérance" est dépassé. En effet, la loi est la même pour toutes les personnes vivant sur un même territoire et la maltraitance est condamnable quelle que soit l'origine ethnique ou culturelle des parents. Malheureusement, dans l'esprit de certains praticiens, des idées préconçues sont encore ancrées : la maltraitance infantile serait encore plus fréquente dans les milieux socio-économiques défavorisés, en tous cas, dans ces milieux, le dépistage semble poser moins de problème et la mise en route de mesures de protection n'y est pas seulement déterminée par la gravité des sévices mais aussi par l'appréciation d'une situation familiale jugée "précaire" (91).

Certains médecins de notre étude soulignent une difficulté non négligeable : le vécu personnel du médecin, et notamment son enfance, le prédispose plus ou moins facilement à repérer les enfants maltraités. A ce sujet, le médecin 8 nous confie donc sa propre expérience : « *je fais partie des enfants, par exemple, moi qui ai fait de la pension, c'est-à-dire, que dès je suis arrivé en 6ème je suis resté pendant un mois sans voir mes parents. A l'âge de 10 ans, rester un mois sans voir ses parents, c'est violent !!* (En haussant le ton) *Je n'en aurais rien à faire que mon père me mette une taloche tous les jours du moment que j'étais avec eux !! Pour moi à ce moment-là c'était certainement plus violent que se prendre une claque tous les jours !! Alors peut-être que mes parents étaient maltraitants ? Finalement ? Mais j'en ai souffert, ça m'a rendu plus fort parce qu'on dit bien que tout ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort ! Et je n'en veux absolument pas à mes parents mais quelque part j'ai quand même souffert ! »*

Les présupposés sur le contexte social peuvent avoir des conséquences dramatiques, en laissant se pérenniser des situations de maltraitance infantile dans des milieux dits favorisés entrainant toutes les conséquences néfastes que l'on connait, et notamment la reproduction transgénérationnelle de la maltraitance. D'autre part, il est nécessaire de rappeler que les facteurs psycho-affectifs jouent un rôle bien plus important, en tant que

facteurs de risque de la maltraitance, que les facteurs socio-économiques. Toutes les situations qui empêchent l'attachement et le lien précoce du bébé à ses parents sont potentiellement délétères.

3. Formation des médecins généralistes libéraux.

Une meilleure connaissance du problème pourrait-elle empêcher cette situation ? Les professionnels de santé ont un besoin indéniable de formation sur le thème de la protection de l'enfance. Tous les aspects de ce problème méritent d'être évoqués. Plusieurs médecins de notre enquête ont évoqué le manque de formation dans ce domaine, tant lors de la formation initiale que continue. En France, la formation des professionnels de santé privilégie la formation clinique. La culture en santé publique reste faible. Les médecins ont donc peut-être tendance à avoir une vision un peu parcellaire de la maltraitance infantile, vision d'ailleurs conçue au travers des cas auxquels ils ont été confrontés au cours de leur expérience personnelle. L'amélioration de la formation professionnelle initiale et continue des médecins généralistes pourrait également être une alternative ou une solution aux multiples interrogations qui se posent pour ces médecins, comme le questionnement lié aux modalités du secret professionnel, ou encore tous les doutes concernant la conduite à tenir ou les démarches à effectuer.

De plus, le nombre de pédiatres étant en baisse, les médecins généralistes se retrouvent en première ligne pour le suivi des enfants ; notre étude a montré que, pour nombre d'entre eux, l'activité de pédiatrie représentait une part importante de leur exercice. Ainsi, il semble que l'enseignement de pédiatrie générale au cours du cursus de médecine générale soit capital. Il est donc indispensable de le maintenir voire de le développer encore.

4. Environnement de l'enfant.

Comme nous le disions au début de ce chapitre, le médecin généraliste, en tant que médecin traitant dispose d'une position centrale lui permettant d'avoir, à l'inverse d'un médecin hospitalier, une vision plus globale et plus juste de la situation de l'enfant et de sa famille. Ceci n'est pas toujours vrai. La maltraitance cachée existe toujours et plusieurs médecins ont souligné les facilités aves lesquelles les familles parviennent à masquer les signes. Elles connaissent les habitudes du médecin et peuvent ainsi déjouer son attention et sa vigilance.

Cependant, certains médecins rappellent que la diminution de la fréquence des visites à domicile, ne leur permet pas d'évaluer concrètement les conditions de vie de leurs petits patients et de leur famille limitant donc les possibilités de dépistage.

Le médecin traitant, aussi privilégié soit-il dans sa relation avec les familles, peut aussi se retrouver dans des situations délicates. Sa promiscuité avec les différents membres

des familles peut parfois avoir des effets plus pervers avec tentative de manipulation dans le but d'obtenir des faveurs de sa part. L'empathie envers les familles peut donc se révéler dangereuse, car certains parents pervers sont manipulateurs et séducteurs, ce qui a bien été démontré dans notre travail.

Dans notre étude, certains médecins proposent, à juste titre, une meilleure collaboration entre la médecine scolaire et la médecine libérale. Le rôle des deux parties apparait complémentaire. D'un côté, le médecin scolaire qui a accès à des informations plutôt "sociales" concernant le comportement quotidien de l'enfant, son évolution scolaire, les conditions de vie de l'enfant et de sa famille, informations connues via les enseignants ; de l'autre le médecin généraliste qui, en plus, dispose d'informations plus cliniques, mais qui ne connait pas forcément le statut scolaire de l'enfant.

L'Education nationale a une double mission : repérer et signaler les enfants en danger ou maltraités d'une part et participer au relevé épidémiologique d'autre part. Pour repérer les enfants en danger ou maltraités, les professionnels de l'Education nationale disposent des bilans de santé obligatoires à des âges clés du développement de l'enfant. Parmi lesquels le plus important est le bilan de la 6ème année. Rappelons que la loi du 5 mars 2007 prévoit la réalisation de trois autres bilans obligatoires dans les 9ème, 12ème et 15ème années. Un des médecins de notre étude a fait une proposition assez semblable : la réalisation d'examens obligatoires, après l'âge de 24 mois, en cabinet médical, afin de ne pas perdre de vue les enfants, ces examens conduisant également à la rédaction d'un certificat obligatoire. Comme le médecin 10 nous l'a bien fait remarquer, les enseignants sont tous les jours au contact des élèves, dans un milieu qui leur est familier, à l'inverse du cabinet médical, moins connu et surtout moins fréquenté. Pour ce médecin, l'interaction avec une institutrice, inquiète au sujet d'un enfant, a permis de lever ses doutes et l'a inciter à agir. Sans cela, son délai de réflexion aurait peut-être été plus grand, laissant l'enfant exposé aux violences.

Cependant, à la rentrée scolaire 2010-2011, en France, il y avait un médecin scolaire titulaire ou vacataire pour environ 7 500 à 12 000 élèves selon les secteurs. Cette proportion n'a d'ailleurs pas tendance à augmenter. Alors, comment mettre en place de telles mesures de collaboration?

5. Mode d'action et partenariat des médecins généralistes.

Dans notre étude, nous pouvons résumer comme suit les modes d'action des médecins généralistes : en cas de découverte d'une maltraitance infantile, trois médecins choisissent de saisir d'emblée le Procureur de la République, quelle que soit la situation de l'enfant. Quatre autres médecins ne le saisissent que lorsque la situation le justifie, c'est-à-dire lorsque celle-ci correspond à la définition du signalement judiciaire.

Un médecin contacte en parallèle, le CMP pour mettre en place un suivi psychologique le plus précocement possible.

Seulement deux médecins généralistes travaillent avec les assistantes sociales de secteur quand les circonstances le leur permettent, si celles-ci ne nécessitent pas un signalement au Procureur sans délai.

En cas de découverte d'un cas de maltraitance infantile, le partenaire privilégié de trois médecins reste la PMI.

Pour six autres médecins, il s'agit de l'hôpital : service d'urgences pédiatriques ou service de pédiatrie le plus proche.

Deux médecins font appel à une personne de leur connaissance personnelle pour les orienter dans leurs démarches.

Enfin, deux autres médecins ne savent pas vers qui se tourner dans ce genre de situation.

Une autre problématique, largement évoquée par les médecins de notre étude est le manque voire l'absence de coordination entre eux et les secteurs administratifs ou judiciaires. La prise en charge des enfants en danger se trouve compromise par des carences de transmission des informations susceptibles de faire évoluer les avis concernant ces enfants. D'une manière plus générale, notre étude permet de montrer que les médecins généralistes se sentent exclus de la prise en charge de l'enfant alors qu'ils représentent un des principaux maillons de la chaîne. Ils estiment que la communication à leur égard est insuffisante, cela entravant grandement les chances de dépistage des enfants en danger. Afin de rompre l'isolement ressenti par la quasi-totalité des médecins interrogés, plusieurs propositions ont été faites allant de la constitution d'un réseau à l'obligation pour les enfants d'avoir un médecin référent, à l'image de ce qui est fait chez les adultes. Dans l'ensemble, les médecins se plaignent de l'absence de retour des informations au sujet des décisions prises concernant les enfants en danger qui appartiennent à leur patientèle. Ceci est parfaitement bien expliqué par le médecin 2 : « *En fait je ne pense pas avoir besoin d' "outils" supplémentaires mais plutôt d'une modification réglementaire qui fasse que le médecin qui signale puisse être tenu au courant de la suite qui est donnée à son signalement. Il est très frustrant de signaler une maltraitance et de voir ensuite l'enfant dans le même contexte, avec les mêmes risques et de n'avoir aucune idée des raisons pour lesquelles le juge n'a pas estimé utile de prendre une mesure de protection suite au signalement.*
Il n'est pas question dans mon esprit de demander au juge de "rendre des comptes", il est souverain et "juge" de sa décision, mais il n'est pas pour autant infaillible et le regard de celui qui signale peut être autant utile "avant" qu'" après" !
Je crois que si le juge devait signaler la suite qu'il donne à un signalement, ceci ne le rendrait que plus prudent et plus circonspect dans ses décisions. »
Les "signalants" ont besoin d'être encouragés dans leur prise en charge en mesurant le retentissement de leur signalement dans la vie quotidienne de l'enfant en danger, même si la discordance entre leurs opinions et les mesures qui sont prises peuvent être grandes. L'observation de ces mesures permet aussi au médecin de s'autoévaluer.

Mais il est important de souligner que, lors de notre étude, aucun des médecins interrogés n'est à l'origine d'une information préoccupante, aucun n'a saisi la cellule départementale de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes. Le mot même de "cellule" n'a jamais été énoncé une seule fois en quinze entretiens. Malgré la loi du 5 mars 2007, il semble encore exister, dans l'esprit des médecins généralistes, une confusion entre "signalement" et "information préoccupante". En conséquence, ils ne font pas recourt à la CRIP. Lorsqu'ils ont eu à faire un signalement, les médecins s'adressaient directement au Procureur de la République, même dans les cas où cela n'était pas parfaitement justifié, c'est-à-dire quand la situation ne correspondait pas de manière formelle à la définition du signalement judiciaire. Dans les autres cas, l'enfant était hospitalisé ou le signalement fait par une autre personne que le médecin généraliste. De même, deux médecins font appel à une relation personnelle pour la prise en charge de l'enfant. L'identification d'une personne physique a un côté rassurant pour les médecins, il est plus facile de s'adresser au Procureur dont les coordonnées sont connues de longue date ou à un ami, plutôt qu'à une cellule dont la structure leur est inconnue. Or, comme nous l'avons démontré au cours de notre travail, la cellule départementale centralise les informations préoccupantes et les signalements, mais elle a également d'autres rôles, comme celui non négligeable, mais visiblement inconnu de la plupart des médecins libéraux, de conseiller technique. Quelques médecins nous ont proposé l'idée d'une structure qu'ils pourraient contacter en cas de doutes pour obtenir des conseils, cette structure existe déjà, il s'agit de la CRIP, elle représente une autre solution pour vaincre l'isolement dont souffrent les médecins généralistes libéraux.

Au cours de notre travail nous avons été amenés à contacter, par téléphone, les responsables des cellules des quatre départements lorrains. La recherche d'informations nous a conduits à rencontrer la personne, expert en protection de l'enfance au sein de la CDIP en Moselle. Cette rencontre a été très intéressante, permettant de créer une sorte "d'intermédiaire" entre le monde médical et son vécu et ressenti, et le monde social.

De ces dialogues, il ressort que les médecins généralistes ne sont rarement voire qu'exceptionnellement les interlocuteurs des cellules, ce sont essentiellement l'autorité judiciaire, les médecins hospitaliers, les professionnels de l'Education nationale et les services de police et de gendarmerie qui la contactent.

Selon sa responsable, la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes de la Moselle n'est que trop rarement contactée par les médecins généralistes, ce qui nous parait surprenant, quand on sait que la plupart de ces enfants ont, à un moment donné, été vus en consultation par un médecin généraliste.

Nos recherches nous ont également permis de rencontrer Monsieur Le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de Metz, auquel nous avons exposé les résultats de notre travail. Intéressé par notre travail, il nous a ainsi confirmé que la majorité des signalements qui lui parviennent sont *« inadaptés »,* mais surtout que les signalements émanant de médecins généralistes sont *« rarissimes »*. Il estime également que la

« *faiblesse* » du médecin généraliste réside dans sa solitude, *« je me tourne vers qui ? », « il faut pouvoir se référer à une instance de réflexion constituée de gens expérimentés. »*

6. Réticences et craintes des médecins généralistes.

Le travail des médecins libéraux s'exerce dans une grande solitude, à la différence des médecins hospitaliers qui peuvent s'appuyer sur d'autres professionnels. De surcroît, ils appréhendent parfois les conséquences de leur signalement, craignant d'être marginalisés par leur clientèle en cas de signalement.

Les généralistes de notre étude exposent également d'autres craintes, comme, par exemple, la crainte de représailles physiques. Quelques-uns ne se sentent pas forcément en sécurité dans leur cabinet. En général, il ne semble pas que ces peurs affectent leurs démarches et les empêchent d'agir ; d'ailleurs, la majorité d'entre eux nous a confié, ne jamais avoir envisagé cette hypothèse.

Une autre raison de la réticence des médecins à signaler est la peur du signalement abusif. Abusif parce qu'il serait considéré comme infondé par les secteurs administratifs et judiciaires et puis par l'Ordre des médecins, devenant alors passible de sanctions. Les nombreux textes législatifs entretiennent la confusion des médecins, mais la consigne est bien que le médecin doit signaler, et rappelons que l'article 226-14 du code pénal confirme clairement que le signalement aux autorités compétentes ne peut faire l'objet de sanctions et que l'article 226-10 précise que même si, après évaluation, un signalement s'avère infondé, il ne pourra être considéré comme "dénonciation calomnieuse" que s'il est prouvé que son rédacteur a agi avec l'intention de nuire. Abusif aussi parce qu'il serait considéré comme infondé par les familles. Et là, les médecins s'inquiètent des conséquences que cela peut avoir au sein même de la famille, pour le fonctionnement interne de la cellule familiale.

7. Autres difficultés.

Ce qui ressort également de notre travail et qui semble inquiétant, est l'évocation par plusieurs médecins de cas de maltraitance infantile qui sont complètement passés inaperçus pendant l'enfance, mais qui sont découverts bien plus tard à l'âge adulte. Ceci prouve bien l'insuffisance du système de protection de l'enfance, puisque l'idéal serait de renforcer la prévention des sévices plutôt que d'avoir à prendre en charge les conséquences médicales parfois désastreuses. Ceci entraîne une remise en question de la part de certains médecins, comme nous l'exprime le médecin 8 : « *Mais alors ce qui est inquiétant, c'est que je sais que ça existe, que j'arrive à les trouver quand on est à l'âge adulte mais pas enfant ! Alors je pense qu'on a des blocages ! Vis-à-vis d'un enfant.* »

Enfin, il est mis en évidence une autre source de difficulté, celle du crédit à apporter aux dires de l'enfant ou de l'un de ses parents, en particulier dans le cadre d'une séparation des parents. En effet, en cas d'allégations par un parent d'abus sexuels sur un enfant, les difficultés doivent tenir compte du fait que la séparation peut être conflictuelle et que l'enfant se retrouve ainsi au centre du conflit opposant son père et sa mère. Les allégations d'abus peuvent donc être utilisées pour obtenir la garde de l'enfant. Mais il se peut aussi que, dans ce contexte, l'interprétation par le parent de faits anodins soit erronée et faussée par ses propres souffrances.

Le seul médecin auquel la maltraitance infantile n'a véritablement posé aucun problème est le médecin 15 ; le seul de notre étude à réaliser des vacations de PMI. Est-ce dû à une meilleure information et formation ? Ou bien est-ce dû au fait que comparativement aux autres médecins, il dispose d'un accès facilité à d'autres partenaires ?

Finalement, la maltraitance infantile n'est pas dénuée de conséquences émotionnelles personnelles. La plupart des médecins s'investit beaucoup et les expériences de chacun laissent toujours des traces. Divers sentiments sont décrits par les médecins de notre étude, le premier dont ils font état est la colère. C'est la situation en elle-même qui la provoque. Les effets produits sur le médecin 2 sont même physiques. D'autres évoquent un sentiment de culpabilité, parfois parce qu'ils n'ont pas la sensation d'avoir vraiment pu venir en aide à l'enfant. Beaucoup s'interrogent sur leur place réelle au sein du système de protection de l'enfance car ils n'ont pas l'impression d'être reconnus ou considérés. Mais malgré tout, ils restent déterminés car l'intérêt de l'enfant passe avant tout.

F. Implications pratiques de notre thèse.

Pour pallier aux diverses difficultés rencontrées par les médecins généralistes, nous proposons plusieurs axes de réflexion, qui sont plus ou moins faciles à mettre en œuvre. L'idée, proposée par un des médecins de notre étude, d'instaurer un médecin référent en pédiatrie nous semble particulièrement intéressante. En effet, de cette manière, tout comme pour les adultes, le médecin traitant serait le référent pour l'enfant. Il nous parait indispensable que le médecin traitant dispose du plus grand nombre d'informations concernant ses patients.

Pour lutter contre le nomadisme médical, typique en maltraitance infantile, la loi de 2007 prévoit maintenant, en cas de déménagement et pour ne pas perdre de vue des enfants en danger, la possibilité pour le Président du conseil général du département d'origine de transmettre les informations concernant l'enfant et sa famille au Président du conseil général du département d'accueil. Pourquoi ne pas permettre aux médecins généralistes d'accéder à la précision de ces données ? Il pourrait être intéressant que les caisses primaires d'assurance maladie mettent à disposition des médecins la liste des praticiens que l'enfant a consultés sur une période donnée, afin d'alerter le médecin si celui-ci constate un nomadisme médical important lui paraissant injustifié. Dans le même ordre d'idée, il pourrait être intéressant que lorsque les caisses primaires d'assurance maladie constatent un nomadisme médical conséquent, elles puissent en avertir la cellule départementale ou envoyer un avertissement écrit à tous les médecins qui ont été amenés à voir l'enfant en consultation. Comme nous le disions, les cellules départementales ne sont que trop rarement contactées par les médecins généralistes, et à ce titre, la CDIP de Moselle a prévu de mettre en place un partenariat avec le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Moselle. Une première réunion doit avoir lieu à la fin de l'année 2013, elle doit notamment permettre de faire connaitre la cellule auprès du plus grand nombre de médecins. Dans ce cadre, suite à notre entretien avec l'expert en protection de l'enfance de la CDIP en Moselle, les résultats de notre travail vont servir de base de réflexion pour améliorer le partenariat avec les médecins et avec les assistantes sociales de secteur. Nous serons donc amenées à nous rencontrer de nouveau. En effet, en Moselle, il existe déjà des protocoles entre la CDIP et le Préfet, l'Education nationale et les parquets, mais rien n'a encore été fait avec l'Ordre des médecins.

Nous proposons donc de replacer le médecin généraliste en tant que véritable acteur de la protection de l'enfance. Ainsi, comme nous l'avons vu, au même titre que la cellule départementale qui centralise toutes les informations préoccupantes et tous les signalements de tous les enfants du département, il pourrait être intéressant que le médecin généraliste soit informé de ces mêmes données émanant de tout autre organisme ou personne ou service hospitalier. En pratique, cela parait compliqué à mettre en place.

De même, il pourrait être utile que les assistantes sociales transmettent au médecin généraliste, de manière systématique, toutes les informations parvenues à leur connaissance concernant une famille ou un enfant et susceptibles de faire évoluer le point de vue du médecin. Cela suppose de les sensibiliser au rôle du médecin généraliste.

Comme nous l'avons énoncé, la coordination entre la médecine scolaire, infirmières scolaires ou médecins scolaires, est importante. L'amélioration de ces échanges pourrait être envisagée, cependant, les possibilités de réalisation sont compromises par le manque d'effectifs en médecine scolaire.

Enfin, il nous parait indispensable de faire connaître la cellule auprès du plus grand nombre de médecins généralistes. Elle n'a pas qu'un rôle de recueil, elle est aussi disponible pour entendre, conseiller et proposer des alternatives aux médecins généralistes, sur des points aussi bien médicaux que sociaux. Elle peut également les mettre en contact avec les médecins de PMI ou avec d'autres professionnels selon la situation. Elle doit par exemple être contactée en cas d'enfant perdu du vue, car elle dispose de moyens permettant que ces enfants soient suivis malgré tout. La loi de mars 2007, prévoit en effet le partage des informations entre départements. Par exemple, en Moselle, lorsque la CDIP est avertie qu'un enfant pour lequel un professionnel avait des doutes est perdu de vue, elle transmet les coordonnées de l'enfant à toutes les cellules au niveau national, afin que le suivi de l'enfant se poursuive, même en cas de déménagement de la famille. Il nous parait indispensable, que chaque cabinet médical dispose des coordonnées de la cellule, du Procureur de la République, de la gendarmerie et des services de PMI. Ainsi, à l'image de la fiche pratique diffusée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins de Meurthe-et-Moselle et consignée en *annexe8* (disponible sur le site internet de l'Ordre des médecins 54, 95), nous proposons, en *annexe 9*, une fiche récapitulant les numéros de téléphone utiles en maltraitance infantile en Lorraine.

IV. Conclusion

Les sévices sur mineurs ne font certes pas partie du quotidien des médecins généralistes, mais, malheureusement, ces faits ne sont pas rares. La maltraitance envers les enfants revêt des formes variées, touche toutes les classes de la population et est à l'origine de conséquences sévères, la plus redoutable étant sa répétition de génération en génération. Encore aujourd'hui, bien des situations d'enfants maltraités restent cachées, ce qui laisse l'enfant exposé aux violences et pérennise des situations dramatiques. Les médecins et, en particulier les médecins généralistes, jouent un rôle primordial dans la protection de ces enfants ; pour certains d'entre eux, ils représentent leur seule chance de rompre le silence. C'est pourquoi, ils se doivent de garder à l'esprit que près de un enfant sur dix est un enfant en risque, et qu'il est donc fort probable qu'ils rencontreront ces enfants au cours de leur carrière. Cependant, leur tâche n'est pas si facile. Le dépistage et la prise en charge d'un enfant victime de violences confrontent le médecin à de multiples difficultés et interrogations. A l'inverse des médecins hospitaliers, les médecins généralistes libéraux n'exercent pas leur activité en équipe. Le manque de coordination entre les différents acteurs en protection de l'enfance, ayant comme conséquence le développement d'un véritable sentiment de solitude des médecins traitants, apparait comme le plus important facteur entravant le dépistage de ces enfants. Actuellement, en France, c'est maintenant « l'information préoccupante » qui déclenche l'alerte de la protection de l'enfance, mais la loi de 2007 ne définit pas cette notion. Les limites de la « maltraitance », des « risques » sont donc floues, la définition de ces notions n'est pas consensuelle et ne permet pas d'établir un seuil d'intervention commun à tous les médecins. L'école est le seul lieu de passage de tous les enfants. Les équipes pédagogiques savent repérer les enfants en souffrance, les infirmières et les médecins scolaires bénéficient d'une formation adéquate pour faire face aux cas de maltraitance. Un meilleur partenariat entre ces intervenants et les médecins libéraux nous parait largement souhaitable, mais comme nous l'avons démontré, ceci est très compliqué à mettre en œuvre. Des solutions pour pallier à quelques une des difficultés rencontrées par les médecins existent déjà. La création des cellules départementales de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes y concourt largement. Un travail complémentaire s'impose, notamment pour les faire connaître auprès du plus grand nombre de médecins généralistes. Dans cette optique, notre étude va servir de base de réflexion à la CDIP de Moselle pour instaurer très prochainement, un partenariat avec les médecins du département.

Bibliographie.

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA J Am Med Assoc. 7 juill 1962;181:17‑24.

2. Cheymol J. Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant? Rev Prat. 16 mai 2011;(5):660.

3. Tursz A. La maltraitance envers les jeunes enfants: 12 règles d'or pour savoir y penser et agir. Rev Prat. 16 mai 2011;61(5):664.

4. The Lancet series on child maltreatment. Press conference; 2008.

5. Vandevoorde J. Aide-mémoire pour l'évaluation des enfants et des adolescents en danger de maltraitance. Neuropsychiatr Enfance Adolesc; juin 2013.

6. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins: reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. HAS; 2011 mai.

7. Protection de l'enfance: les devoirs des médecins. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. avr 2013;(28):14‑15.

8. Pernot-Masson A. Maltraitance: partager doutes et incertitudes. Maltraitance Enfance. mai 2007;219.

9. Tursz A. Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Editions du Seuil. Paris; 2010.

10. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Quatrième rapport annuel au gouvernement et au parlement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger. Etat des lieux de la mise en place des cellules de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes. Nouvelle estimation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure. 2008 déc.

11. LOI n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. 2004-1 janv 2, 2004.

12. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. HAS; 2011 oct.

13. Heyries F. Améliorer la transmission d'informations relatives aux enfants en danger ou risque de danger entre les acteurs de la protection de l'enfance. Etats généraux de l'enfance; 2010 mai.

14. Code de déontologie médicale - Article 44. Code Déontologie Médicale.

15. Code civil - Article 375. Code Civ.

16. Code pénal - Article 226-13. Code Pénal.

17. Code pénal - Article 226-14. Code Pénal.

18. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de L'Enfance en Danger , ONED. Disponible sur: http://www.oned.gouv.fr

19. Conseil général de Meurthe-et-Moselle. Le dispositif ASE 54. Sens et méthode. 2013.

20. Lapp L. Synthèse de la maltraitance infantile en France en 2008. Expérience de l'Unité de prise en charge des enfants victimes de maltraitance à l'Hôpital d'enfants de Nancy de janvier à décembre 2008. Thèse de Médecine spécialisée en Pédiatrie. Nancy: Université Henri Poincaré, Faculté de Médecine; 2009.

21. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.

22. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux Droits de l'Enfant. 1989.

23. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Guide pratique de la protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. 2011.

24. Décret n° 2011-222 du 28 février 2011 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de l'enfance en danger. 2011-222 févr 28, 2011.

25. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Septième rapport annuel de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger remis au Gouvernement et au Parlement. 2012.

26. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Guide pratique, Protection de l'Enfance. L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance.

27. Juge des enfants. Disponible sur http://vosdroits.service-public.fr

28. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142‑5.

29. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Rev Médicale Assur Mal. 2001;32(2):117‑21.

30. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Nathan: Université. Paris; 1992.

31. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale. Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. Mémoire Médecine.< Lyon Nord; 2004.

32. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques. Presses Universitaires de France. Paris; 1999.

33. Combessie J-C. La méthode en sociologie. 4ème éd. Paris: La Découverte; 2003.

34. Grawitz M. Méthodes des sciences sociales. Dalloz. Paris; 1972.

35. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1 juill 1995;311(6996):42‑45.

36. Krug E. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. Rapport Mondial sur la Violence et la Santé. 2002.

37. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. Arch Pédiatrie. juin 2009;16(6):936‑939.

38. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002.

39. Rapport d'activité du GIP Enfance en Danger. 2011.

40. Bulletin pour l'année 2012 de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice; 2013.

41. Avenard G, Dottori S, Padieu C. Lettre de l'ODAS. Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée; 2007 nov.

42. Ministères de la Justice. Les chiffres-clés de la Justice 2012. 2012.

43. Ordre National des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine. Situation au 1er Juin 2011.

44. Gerbouin-Rérolle P, Tursz A, Bailly D, Biette S, Billard C, Bothorel C, et al. Recueil des données lors des examens de santé et activité de dépistage. Dans: Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle. Inserm Editions. Paris; 2009. p. 177‑195.

45. Bade-Meunier B, Nouyrigat V. Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. EMC-Médecine Urgence. 2007;(Article 25-210-B-20):1‑9.

46. Rey-Salmon C, Messerschmitt P. Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile. Rev Prat. 2003;(53):1121‑27.

47. Nathanson M. Maltraitance à enfants et adolescents. EMC - Traité Médecine AKOS. avr 2012;7(2):1‑8.

48. Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. La Société française de dermopédiatrie. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). Ann Dermatol Vénéréologie. 2009;(136):838‑844.

49. Doutaz M, Spalinger J. Maltraitance infantile - quelque chose m'échappe-t'il? Forum Med Suisse. 2003;(20):469‑474.

50. Rebuffat E. Medical aspects of child abuse. Rev Médicale Brux. sept 2005;26(4):S323‑325.

51. Gosset D, Desurmont M, Hedouin V, Revuelta E. Maltraitance à enfants. Masson. 1997.

52. Herr S, Fallat ME. Abusive Abdominal and Thoracic Trauma. Clin Pediatr Emerg Med. sept 2006;7(3):149‑152.

53. Hobbs CJ. ABC of child abuse. Burns and scalds. BMJ. 13 mai 1989;298(6683):1302‑1305.

54. Van Ewijk R, op de Coul ME, Teeuw AHR, Wolf BHM. Burns in children: child abuse or another cause?. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156(47):A5026.

55. Lips U. Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical. Fondation Suisse pour le protection de l'Enfant; 2011 mars.

56. Straus P, Manciaux M, Gabel M, Girodet D, Mignot C, Rouyer M. L'enfant maltraité. Fleurus. Paris; 1993.

57. Devred P. Caractéristiques des traumatismes du squelette chez l'enfant. Hôpital de la Timone. Marseille;

58. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. The Lancet. 2;369(9576):1891‑1899.

59. Vinchon M, Defoort-Dhellemmes S, Noulé N, Duhem R, Dhellemmes P. Traumatismes crâniens accidentels ou non du nourrisson. Presse Médicale. oct 2004;33(17):1174‑79.

60. Cojocaru B, Faesch S, Chalouhi C, Chappuy H, Wille C, Bocquet N, et al. Conduite à tenir devant un traumatisme crânien chez l'enfant. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2006;1(3):1‑8.

61. Meyer P, Ducrocq S, Baugnon T, Thelot B, Orliaguet G, Carli P, et al. Traumatismes crâniens de l'enfant de moins de 2 ans : négligence ou maltraitance ? Arch Pédiatrie. juin 2006;13(6):737‑740.

62. Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations. HAS; 2011 mai.

63. Neglect C on CA and. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Pediatrics. 1 janv 1999;103(1):186‑191.

64. Nathanson M, Muller M, Belasco C, Dieu-Osika S, Camard O, Gaudelus J. Les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels. Diagnostic et prise en charge. Arch Pédiatrie. janv 1998;5(1):84‑89.

65. Conséquences des maltraitances sexuelles les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de Consensus. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mai 2004;52(3):182‑189.

66. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. Progrès En Urol. juill 2013;23(9):780‑792.

67. Nathanson M, Oxley J, Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. J Pédiatrie Puériculture. déc 2011;24(6):295‑305.

68. Balençon M, Roussey M. Examen et conduite à tenir chez un jeune enfant victime d'abus sexuels. J Pédiatrie Puériculture. févr 2000;13(1):36‑42.

69. Stheneur C, Mignot C. Repérage des situations de maltraitance psychologiques à l'adolescence. Arch Pédiatrie. juin 2012;19(6, Supplement 1):H213‑H214.

70. Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Maltraitance psychologique. Fleurus. 1996.

71. Nathanson M. Mauvais traitements psychologiques. Fleurus. Paris; 1996.

72. De Becker E. L'impact des violences conjugales sur les mineurs d'âge. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. févr 2008;56(1):21‑26.

73. Le Heuzey M-F, Mouren M-C. Syndrome de Münchhausen par procuration. Arch Pédiatrie. janv 2008;15(1):85‑88.

74. Rosenberg DA. Munchhausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. Child Abuse Negl. 2003;(27):421‑430.

75. Jousselme C. Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels). EMC - Psychiatr. janv 2010;7(2):1‑13.

76. Body-Lawson F. Une forme particulière de sévices à enfants: le syndrome de Münchhausen par procuration (Syndrome de Meadow). Thèse de Médecine Spécialisée. Nancy: Université Henri Poincaré, Faculté de Médecine; 1997.

77. Tomkiewicz S, Vivet P. « Aimer mal, châtier bien », Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents. Seuil. Paris; 1991.

78. Bernadet S, Purper-Ouakil D, Michel G. Typologie des jeux dangereux chez des collégiens : vers une étude des profils psychologiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2012;170(9):654‑658.

79. Bloch J, Denis P, Serra D. Enquête nationale sur les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Arch Pédiatrie. mai 2011;18(5, Supplement 1):H178‑H179.

80. Briand-Huchet E. Mort inattendue du nourrisson. EMC - Pédiatrie - Maladies Infectieuses. 2011;(4-002-T-06):1‑12.

81. Cremer R, Mathieu-Nolf M. Épidémiologie des intoxications de l'enfant. Arch Pédiatrie. juin 2004;11(6):677‑679.

82. Meadow R. Non-accidental salt poisoning. Arch Dis Child. 4 janv 1993;68(4):448‑452.

83. Schmidt P, Madea B. Death in the bathtub involving children Forensic. Sci Int. 1995;(72):147‑155.

84. Kemp AM, Mott AM, Sibert JR. Accidents and child abuse in bathtub submersions. Arch Dis Child. 5 janv 1994;70(5):435‑438.

85. Meadow R. ABC of child abuse. Suffocation. BMJ. 10 juin 1989;298(6687):1572‑1573.

86. Sibertin-Blanc D, Vidailhet C. Maltraitance et enfant en danger. Examen Classant National: Question(s) 37- Module(s) 3. Collège national universitaire de pédopsychiatrie;

87. Carpentier F, Ficarelli A, Jehle E, Lambert H, Lebrin P, Lestavel P. Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitance sexuelles). Nantes; 2004 déc.

88. Guigné C. Maltraitance et violence. Service de Promotion de la Santé et d'Action Sociale en faveur des Elèves; 2012.

89. Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1999 mars.

90. ODAS. Protection de l'Enfance: observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. 2005.

91. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. Child Abuse Negl. avr 2005;29(4):307‑309.

92. www.conseil-national.medecin.fr.

93. www.giped.gouv.fr.

94. www.odas.net.

95. www.odm54.com.

96. Vergnes P. Maltraitance à enfants. 1998.

97. Tursz A, Briand-Huchet E, Revel C. De la mort subite du nourrisson à la mort inattendue du nourrisson. Arch Pédiatrie. mai 2007;14(5):417‑420.

98. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RR, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. Pediatrics. janv 1998;101(1 Pt 1):12‑18.

ANNEXES.

Annexe 1 : HAS, modèle de certificat médical descriptif.

Modèle de certificat médical initial

sur demande spontanée de la victime

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____
Adresse : _____
Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné l'enfant _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____[1], le _____ (date) ____, à _____ (heure) ____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) ____[2],

en présence de son représentant légal [3], Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____[1].

[Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____[1].]

Il/Elle déclare [4] « avoir été victime d'une agression _____, le ____ (date) ____, à _____ (heure) ____, à _____ (lieu) ____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____) [5] ont été prescrits et ont révélé _____[6].

Un avis spécialisé complémentaire (_____) [7] a été sollicité et a révélé _____[8].

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi [9].

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »[10].

La durée d'incapacité totale de travail est de ____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications [11].

Certificat établi, le _____ (date) ____, à _____ (heure) ____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) ____[2], à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____[1] et remis en main propre.

Signature [12] et
cachet
d'authentification

<u>Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.</u>

<u>Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.</u>

<u>Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.</u>

[1] En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer…, et être né(e) le… ».
[2] La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.
[3] Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.
[4] Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.
[5] Mentionner les examens complémentaires réalisés.
[6] Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.
[7] Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.
[8] Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.
[9] À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.
[10] Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.
[11] La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.
[12] Signature à la main obligatoire.

Annexe 2 : CEMMA (54), modèle d'information préoccupante :

INFORMATION PRÉOCCUPANTE CEMMA

Enfant(s) Concerné(s) :

- Synthèse de la situation :

Voir information préoccupante arrivée directement sur le territoire ou recueil de la cellule

.....
.....
.....

- Observations de la cellule :

Famille non connue de l'ASE (dont cellule depuis le ...../...../.....)

.....
.....
.....

- Auteur(s) des difficultés vécues par l'(les) enfant (s) :

.....
.....
.....

- Situation de l' (des) enfant(s) : santé de l'enfant - problème d'hygiène

.....
.....
.....

- Traitement de l'information :

Médecin départemental de la PMI pour information
Territoire ASE pour information ou évaluation
Territoire PMI pour information ou évaluation
Territoire SSD pour information ou évaluation
SSFE pour information ou évaluation

Annexe 3 : CNOM, modèle de signalement.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

L'enfant :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

_____
_____
_____
_____
_____
_____ »

- l'enfant nous a dit que : «

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ »

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(Rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)
  -
  -
  -
  -
  -
  -
  -

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

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le

<u>Signature du médecin ayant examiné l'enfant :</u>

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés :

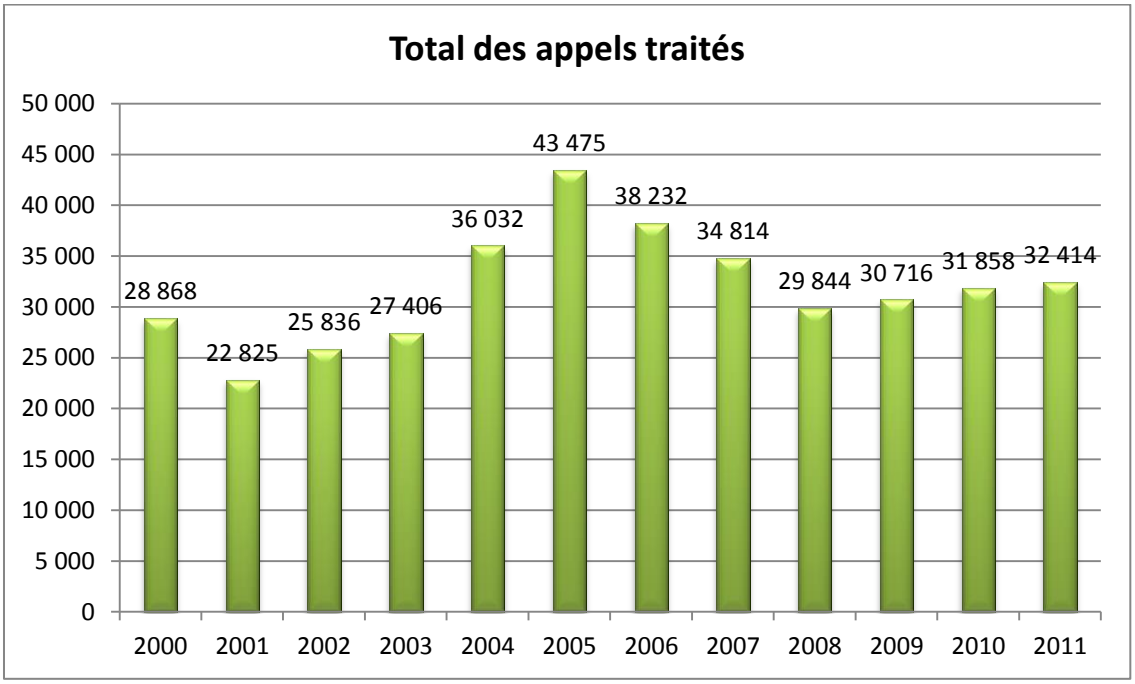
Médecins	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Département	57	55	55	54	88
Sexe	F	H	F	F	F
Age	59 ans	63 ans	58 ans	46 ans	38 ans
Année d'installation	1984	1981	1985	1998	2006
Mode d'exercice	Cabinet de groupe	2	2	Seul	Seul
Estimation de la part d'enfants	Un peu plus de 30%	Un peu plus de 30%	Inférieure à 20%	30%	20%
Catégories socioprofessionnelles	Toutes CSP	Moyenne en général mais très diversifiée	Toutes CSP (sauf enseignants)	Défavorisées	Toutes CSP
Investissements professionnels hors cabinet	Non	Conseiller général et maire de sa commune	Non	Capacité de gérontologie, coordonnateur de maison de retraite	Non
Lieu d'exercice	Semi-rural	Rural	Semi-rural	Urbain, ZEP	Semi-rural

Médecins	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Département	57	57	55	57	54
Sexe	H	H	H	F	H
Age	69 ans	61 ans	58 ans	38ans	40 ans
Année d'installation	1972	1980	1983	2009	2010
Mode d'exercice	seul	Cabinet de groupe	Seul	Maison médicale	Maison médicale
Estimation de la part d'enfants	30%	15%, en augmentation	30%	30%	20%
Catégories socioprofessionnelles	Très défavorisées	Ouvrière	Diversifiées	favorisées	Plutôt moyennes voire aisées
Investissements professionnels hors cabinet	Médecine légale, dermatologie, DIU d'échographie	Maître de stage	Maison de l'enfance	Médecin régulateur pour médigarde	Non
Lieu d'exercice	Urbain type ZEP	Semi-rural	Rural	Urbain	Urbain

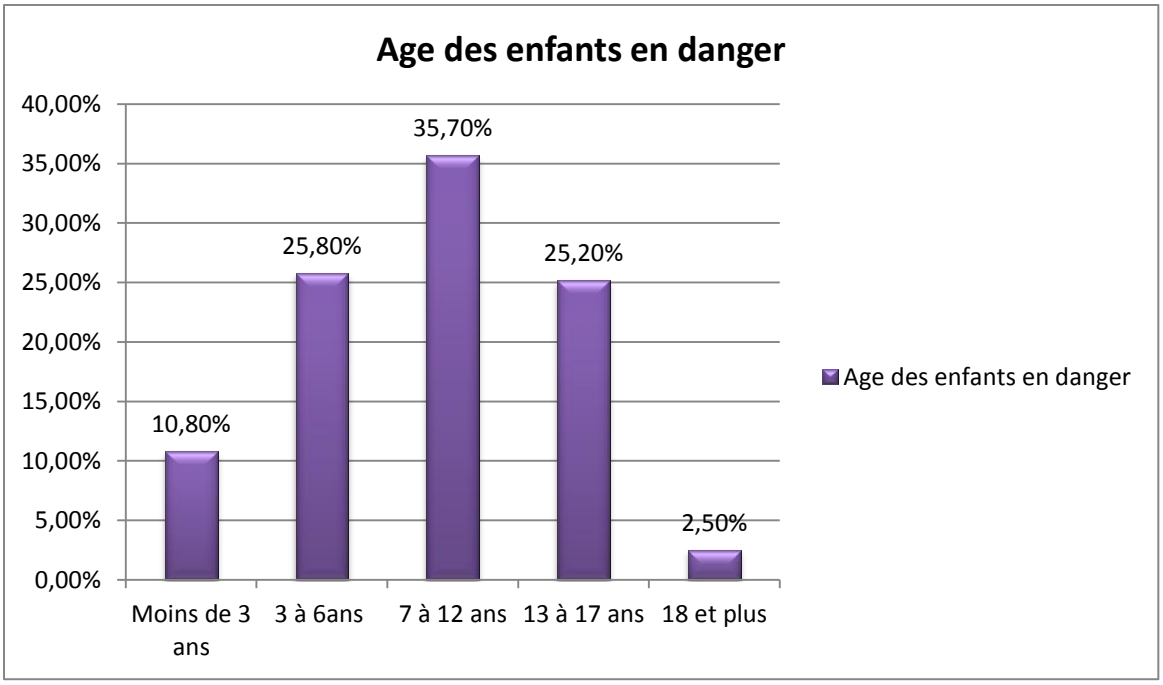
Médecins	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
Département	88	88	88	54	57
Sexe	F	F	F	H	H
Age	54 ans	34 ans	43 ans	53 ans	56 ans
Année d'installation	1990	2011	2001	1990	1987
Mode d'exercice	Maison médicale	Maison médicale	Cabinet de groupe	Maison médicale	Maison médicale
Estimation de la part d'enfants	10% maintenant, 30% avant nouvel associé	Entre 25% et 30%	Plus de 30%	12%	30%
Catégories socioprofessionnelles	Favorisées	Diversifiée mais plutôt moyennes haute	Diversifiées	Moyennes	Favorisées
Investissements professionnels hors cabinet	Prochainement maître de stage	Non	Non	Maître de stage, urodynamique, médecine du sport	Médecin vacataire de PMI, coordonnateur de maison de retraite
Lieu d'exercice	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural	Urbain

Annexe 5: Données du SNATED.

Total des appels traités, évolution entre 2000 et 2011 :



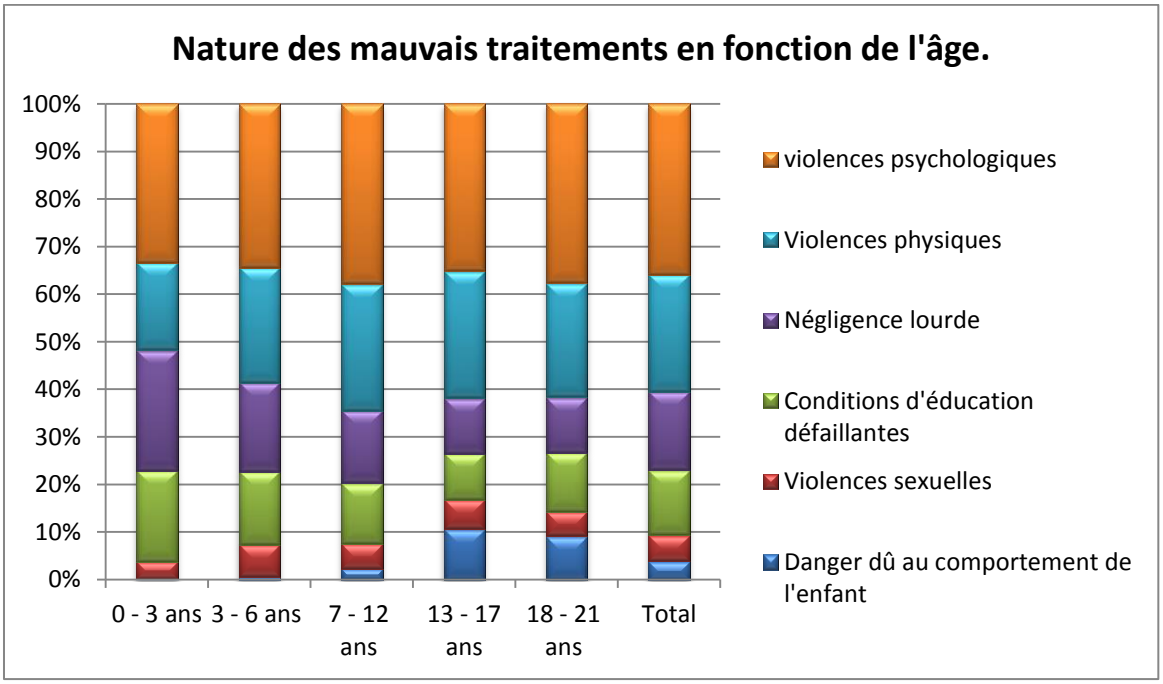
Age des enfants en danger signalés au SNATED :



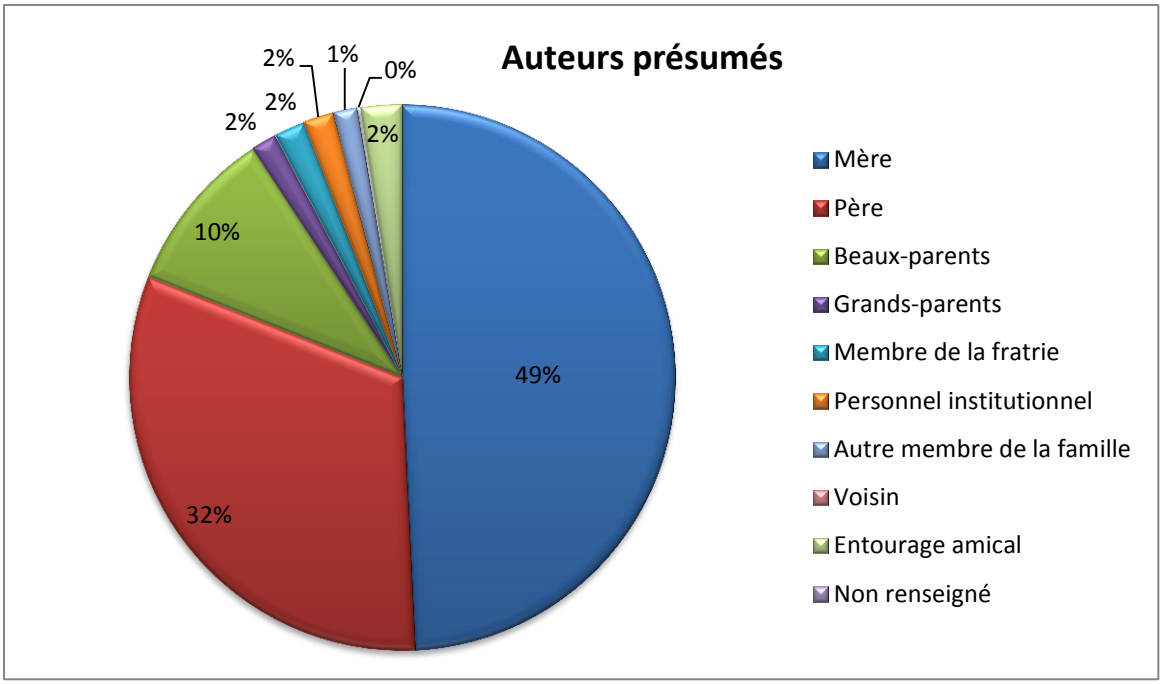
Les enfants en danger signalés au SNATED ont majoritairement entre 7 et 12 ans. Mais les enfants d'âge préscolaire et les adolescents représentent chacun une proportion non négligeable, en effet, environ un quart des enfants en danger est situé dans ces tranches d'âge.

48,2% des appels signalant des enfants en danger concernent les filles et 46% des garçons. Entre 0 et 10 ans, le nombre de garçons en danger est globalement supérieur à celui des filles. A partir de 11 ans cette tendance s'inverse. En 2011, 15 944 enfants sont concernés par une transmission d'information préoccupante (46 % de garçons et 48,2 % de filles - sexe non précisé dans 5,8 % des cas).

Plus d'un tiers des dangers est représenté par les violences psychologiques, et ce, toutes tranches d'âge confondues ; Viennent ensuite les violences physiques qui concernent environ un quart des enfants. La maltraitance par négligence a, quant à elle, tendance à diminuer progressivement avec l'avancée en âge des enfants. La nature des dangers affectant les enfants est variable selon l'âge de l'enfant :



Les auteurs présumés des sévices sont, dans 80,4%, les parents : il s'agit de la mère dans 48,9% et du père dans 31,5%. Les autres auteurs présumés sont principalement : les beaux-parents, grands-parents, membre de la fratrie, relation amicale, personnel institutionnel. La répartition peut se représenter comme le schéma suivant :



Parmi les 47 784 auteurs présumés en 2011 :

- Près de 95 % proviennent de la famille proche (parents, beaux-parents, membre de la fratrie, grands-parents).
- 91,8 % sont des adultes.
- 54,5 % sont des femmes (à noter que 47,2 % des enfants concernés vivent avec leur mère).
- 2 % sont des mineurs.

Ainsi, si les violences psychologiques, les négligences lourdes et les conditions d'éducation défaillantes sont principalement infligées par des femmes, les violences physiques et sexuelles sont davantage attribuées à des hommes, aux pères notamment. D'autre part, les violences psychologiques et sexuelles sont davantage infligées aux filles à l'inverse des violences physiques.

Annexe 6 : Données épidémiologiques de l'ODAS :

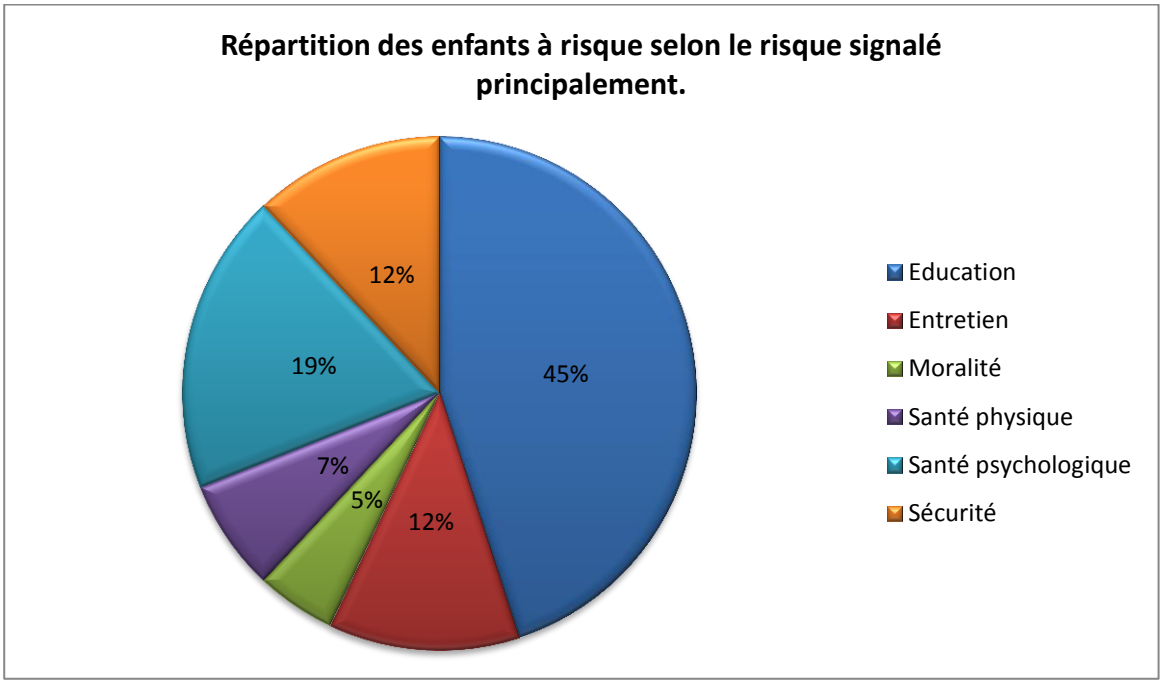
Les facteurs de danger les plus fréquemment rencontrés sont : « les carences éducatives des parents », « les conflits de couple et de séparation », « chômage, précarité, difficultés financières » (facteur en augmentation entre 2005 et 2006), « dépendance à l'alcool ou à la drogue », « problème psycho pathologique des parents », « violences conjugales ». Ainsi pour 98 000 enfants signalés en danger en 2006, on comptabilise 1,5 facteurs cités/enfant.

Parmi les enfants maltraités, on comptait :

- 6 300 cas de violences physiques ;
- 4 300 cas de violences sexuelles ;
- 5 000 cas de négligences lourdes ;
- 3 400 cas de violences psychologiques.

Les violences psychologiques n'ont cessé d'augmenter depuis 1998 (leur nombre a presque doublé), en revanche, les signalements pour violences physiques se sont stabilisés quand ceux pour violences sexuelles et négligences lourdes ont tendance à diminuer.

Les risques les plus fréquents sont :



Annexe 7 : Epidémiologie en Lorraine :

Selon la CEMMA, en Meurthe-et-Moselle, *en 2012 :*

- 2063 enfants ont fait l'objet d'une information préoccupante ;
- 595 ont fait l'objet d'un signalement au Parquet.

Les médecins généralistes ne sont pas les principaux interlocuteurs de la CEMMA, puisque qu'ils ne la saisissent que de manière exceptionnelle.

Selon la CRIP 55, *en 2012 :*

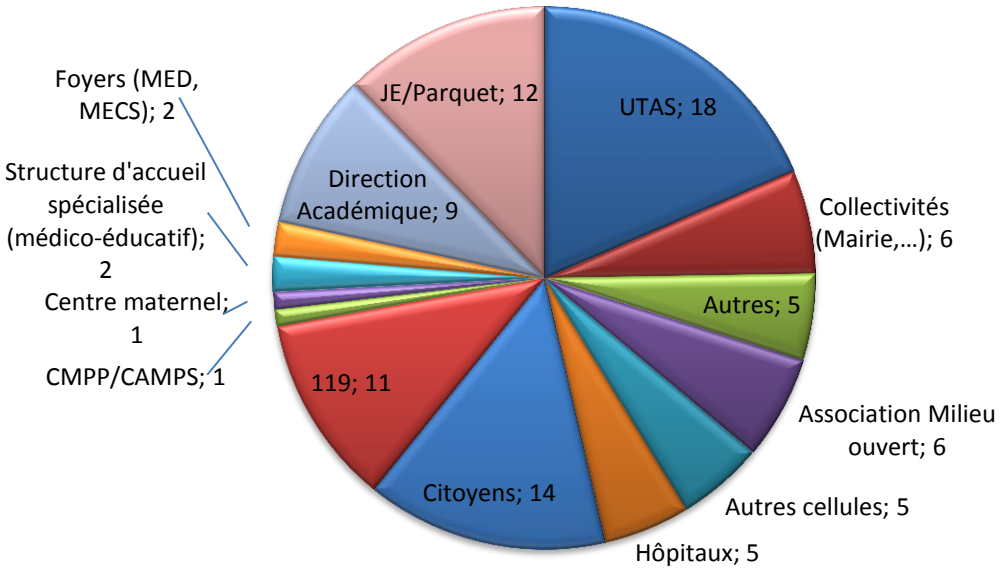
- La CRIP 55 a reçu 950 informations préoccupantes.
- 577 enfants étaient confiés à l'aide sociale à l'enfance.

Le nombre d'informations préoccupantes gérées par la cellule n'a cessé d'augmenter depuis 2009, année de sa création.

Les interlocuteurs de la cellule sont essentiellement les UTAS, les professionnels de l'éducation nationale et les médecins hospitaliers.

En 2011, 602 informations préoccupantes sont parvenues à la CRIP 55 se répartissent ainsi :

Origines des IP en %



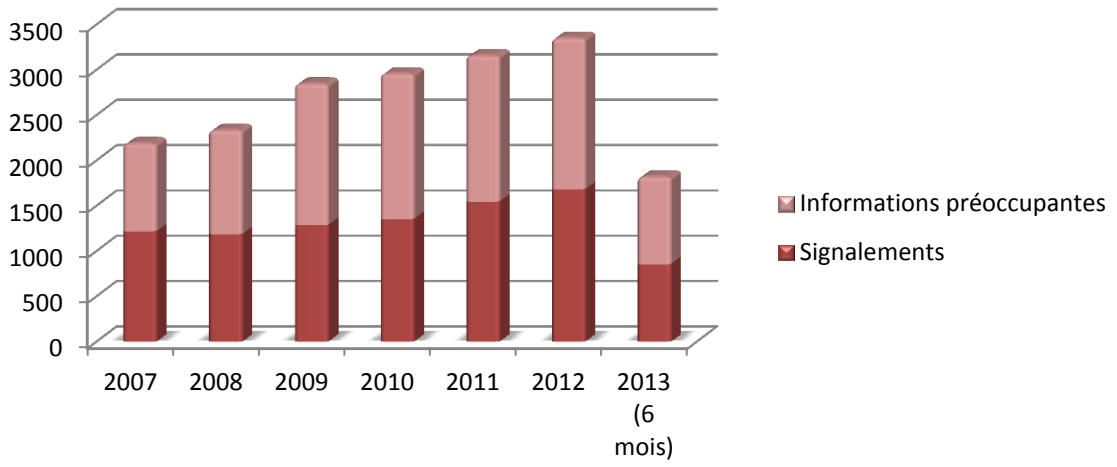
Depuis sa création le CRIP 55 n'a jamais été saisie par un médecin généraliste.

Selon la CDIP de la Moselle, *en 2011 :*

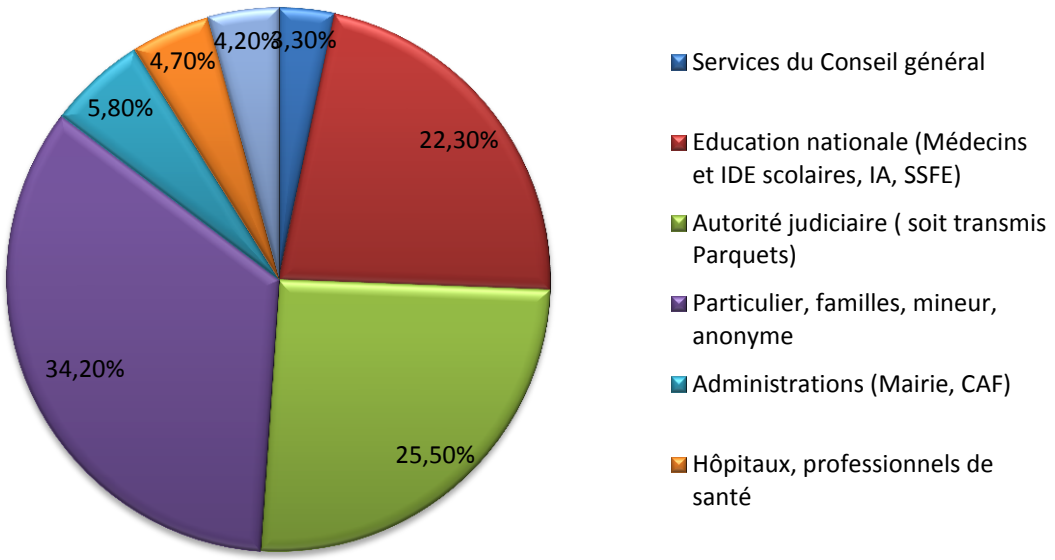
- 1050 signalements écrits ont été transmis à l'autorité judiciaire
- 1239 informations préoccupantes ont été recueillies et traitées.

En 2012, environ 3500 situations de mineurs en danger ont été traitées par la CDIP de Moselle (informations préoccupantes et signalements confondus), dont un peu plus de la moitié ont fait l'objet d'une mesure administrative et un peu moins de la moitié ont été transmises aux autorités judiciaires. Les chiffres de ces dernières années explosent en Moselle, le nombre d'informations préoccupantes passant de 400 en 2008 à 1700 en 2012 et probablement 2500 en 2013 (témoignant d'une augmentation de 30% par rapport à 2012). Ceci s'explique probablement, en partie, par le fait que la loi de 2007 a décuplé le champ d'action en étendant la notion d'enfants maltraités à celle d'enfant en danger ou en risque de l'être.

Nombre d'enfants concernés par un signalement ou une information préoccupante entre 2007 et les six premiers mois de 2013 :



Origine des informations préoccupantes en 2012 en Moselle, gérées par la CDIP :



La CRIP 88, en 2012, a reçu environ 400 informations préoccupantes, le nombre de signalements n'est pas connu avec exactitude. Les informations préoccupantes émanent principalement du parquet, puis du 119, des services de gendarmerie et de police, de l'éducation nationale, des services hospitaliers et enfin de personnes anonymes. Les informations préoccupantes provenant de médecins généralistes libéraux sont anecdotiques.

Annexe 8 :

> Recommandations générales

Tenir compte des principes du Code de déontologie et de ce que permet, impose et interdit le Code pénal.

Le Code de déontologie
Article 4 "le secret professionnel..." et article 51 "ne pas s'immiscer dans les affaires de famille..."
Par contre, le médecin est le défenseur de l'enfant (article 43) et "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 15 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" (article 44).

Le Code pénal
Article 226-13 "pas de révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire", mais article 226-14 "la loi impose ou autorise la révélation du secret".

Article 226-14 (extrait)
"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 :
1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur 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 un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire."

Article 223-6 concernant le péril imminent
"Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour un tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours."

Si la règle du secret professionnel place le médecin face à une option de conscience et l'autorise à se dispenser d'un signalement, elle n'est pas de nature à légitimer l'abstention de porter secours à une personne en péril.
Le secours prime sur le secret.

www.odm54.com

www.traitdunion-com.fr

Fiche n° 6

Ordre national des Médecins

Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle

Le rôle du médecin dans la maltraitance

Maltraitance sur mineurs
Maltraitance sur personnes âgées et/ou handicapées
Violences conjugales et/ou sexuelles

> Maltraitance sur mineurs

Quand doit-on y penser ?
Savoir identifier une situation de danger ou de maltraitance confirmée : des perturbations dans le développement, des états de stress post-traumatiques associant symptômes d'anxiété et comportement d'évitement.
Attention, ces signes pris isolément ne peuvent être évocateurs de maltraitance. C'est leur association en un faisceau complexe d'indices qui permet d'évoquer une situation d'enfant en danger.

Quand doit-on intervenir ?
Quand l'enfant est en danger. Pour protéger l'enfant. Pour accompagner l'enfant. Pour aider, quand c'est possible, la famille à reconstituer ses ressources propres, à restaurer son équilibre, ses rôles et ses fonctions.

Quelle conduite adopter ?
- S'il y a urgence (s'il y a péril) : hospitalisation.
  Saisir le procureur de la République (police 17 ou gendarmerie locale).
- S'il n'y a pas urgence : rapport aux services de protection de l'enfance du Conseil Général.
  Signalement au procureur de la République.

Quatre numéros à retenir
- Procureur de la République de Nancy : 03 83 90 85 00
  ou procureur de la République de Briey : 03 82 47 56 00
- La Cellule Enfance Maltraitée Accueil : 0 810 27 69 12 ou 119 (n° national)
- PMI 03 83 94 52 46
- Médecin de PMI du TAMS (contacts ci-dessous)

Territoire	Adresse	Téléphone
Longwy	16, avenue de Lattre de Tassigny 54400 Longwy	03 82 39 59 56
Briey **Maison du Département**	3, place de l'Hôtel des Ouvriers 54310 Homécourt	03 82 46 50 08
Terres de Lorraine	5, avenue Victor Hugo 54200 Toul	03 83 64 88 42
Val de Lorraine	9200, route de Blénod - BP 20 117 54700 Maidières	03 83 80 01 72
Lunévillois **Maison du Département**	28, rue de la République 54300 Lunéville	03 83 74 44 22
Territoire Nancy - Ville	4, rue de la Foucotte 54100 Nancy	03 83 98 91 74
Territoire Nancy - Pôle Est	2, rue J.P. Rameau - BP 97 54140 Jarville	03 83 56 90 13 03 83 68 85 29
Territoire Nancy - Pôle Ouest	80, boulevard Foch 54520 Laxou	03 83 67 81 76

Le rôle du médecin dans la maltraitance

> Maltraitance sur personnes âgées et/ou handicapées

Quand doit-on y penser ?
En dehors de tout traumatisme physique évident, les traumatismes d'origine psychique sont les plus fréquents : repli sur soi, anorexie, état dépressif...

Quand doit-on intervenir ?
En cas de péril imminent ou quand le patient est incapable de donner son consentement. Avec accord strict en cas de maltraitance avérée.

Quelle conduite adopter ?
- S'il y a urgence : hospitalisation.
- Dans les autres situations : ALMA 3977 ou 03 83 32 12 44.
  Signalement au procureur de la République de Nancy 03 83 90 85 00 ou substitut du procureur à Briey 03 82 47 56 00 ou le 17.

Attention : toute maltraitance n'est pas forcément un délit, sauf les maltraitances physiques, financières et parfois morales.

> Violences conjugales et/ou sexuelles

Violences dans le couple

Quand doit-on y penser ?
En dehors des situations évidentes : une femme s'isolant, changement d'attitude, agressivité réactionnelle, dépression réactionnelle, anorexie mais également boulimie, hypocondrie.

Quand doit-on intervenir ?
Dans tous les cas avec l'accord de la patiente sauf s'il y a péril imminent.

Quelle conduite adopter ?
- S'il y a urgence : hospitalisation.
- SOS Femmes 3919
- SOS Violences Familiales 01 44 73 01 27.
- Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF) 03 83 35 35 87.

Violences femmes enceintes

• **Nancy et Pont-à-Mousson**	Maternité Régionale de Nancy	03 83 84 36 36
• **Lunéville**	Centre Hospitalier de Lunéville	03 83 76 12 12
• **Toul**	Maternité de l'Hôpital Saint-Charles	03 83 62 20 20
• **Briey**	Hôpital Maillot (Service Maternité)	03 82 47 50 00
• **Longwy**	A.H.B.L. (Service Maternité)	03 82 44 70 00

Violences sexuelles

La loi de 1992 définit l'agression sexuelle comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (article 222-22 du Code pénal) et le viol comme tout acte de pénétration de quelque nature qu'il soit sur la personne d'autrui avec menace, contrainte ou surprise (article 222-23).

Ces délits ou ces crimes sont aggravés en cas de :
- **mineurs de moins de 15 ans**
- **personnes d'une particulière vulnérabilité**
- **blessure ou lésion**
- **violence en groupe**
- **menace d'une arme**

> Les numéros de téléphone utiles

Violences sexuelles sur les femmes adolescentes et femmes majeures

- **Nancy**
  Maternité de Nancy 03 83 34 36 36
- **Toul**
  Maternité de l'Hôpital Saint-Charles
- **Briey**
  Hôpital Maillot
- **Longwy**
  A.H.B.L.
- **Lunéville et Pont-à-Mousson**
  Maternité Régionale de Nancy 03 83 34 36 36

Enfants de moins de 12 ans (non pubères) et garçons de moins de 15 ans

- **Nancy**
  Hôpital d'enfants 03 83 15 47 27 (urgences et pédopsychiatrie)
- **Toul**
  Hôpital d'enfants ou service de pédiatrie de l'Hôpital Saint-Charles
- **Briey**
  Hôpital Maillot
- **Longwy**
  A.H.B.L.
- **Lunéville et Pont-à-Mousson**
  Hôpital d'enfants - Urgences et pédopsychiatrie 03 83 15 47 27

Violences sexuelles sur les hommes adolescents pubères et hommes majeurs

- **Service médico-judiciaire**
  Hôpital Central 03 83 85 15 61
  S'il n'est pas disponible ou si un geste complémentaire est utile (anuscopie ou examen urologique), il orientera vers un médecin plus spécialisé.
- **Service de victimologie**
  Hôpital Central 03 83 85 20 88
  Qui pourra orienter les adolescents et les adultes vers la prise en charge dans des groupes de parole ou vers l'antenne-violence du CNIDFF à Nancy 03 83 35 35 87.

Dans tous les cas : en cas de péril imminent, n'oubliez pas que vous êtes pénalement responsable et que vous devez, quand cela est possible, recueillir impérativement l'accord du patient ; n'hésitez surtout pas à appeler le CDO54 qui pourra vous épauler très utilement.

Annexe 9 : Structures départementales, numéros utiles :

57, Moselle

- ***CDIP*** : 8h à 18h sans interruption du lundi au vendredi.
  Téléphone : **0 800 05 6789** (numéro vert à destination du public).

Responsable de la CDIP : J. Hauswald : 03.87.56.30.01
Expert en protection de l'enfance : S. Waloczczyk : 03.87.56.31.79
Psychologues : O. Valtier et N. Schilles : 03.87.56.30.91/03.87.56.31.80
Secrétariat : 03.87.56.30.48/03.87.56.32.62/03.87.56.32.63

Tribunal de Grande Instance :

- **Metz : Téléphone : 03 87 56 75 00/ Télécopie : 03 87 56 75 15**

3 rue Haute Pierre
BP 81022
57036 METZ CEDEX 01
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 08h30 à 11h45 et de 13h30 à 16h30

- **Sarreguemines : Téléphone : 03 87 28 31 00/ Télécopie : 03 87 28 33 29**

Place du Général Sibille
BP 71129
57216 SARREGUEMINES CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 08h30 à 11h45 et de 13h30 à 16h00

- **Thionville : Téléphone : 03 82 82 43 50/ Télécopie : 03 82 53 92 56**

quai Pierre Marchal
BP 80348
57125 THIONVILLE CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 08h30 à 11h45 et de 13h30 à 16h30

Protection Maternelle et Infantile :

Creutzwald: 03 87 29 66 55/ 0899.39.08.40
Farébersviller: 03 87 89 22 33/ 0899.39.08.04
Florange: 03 87 59 44 88/ 0899.39.08.11
Forbach: 03 87 21 98 31/ 0899.39.08.49
Hayange: 03 82 86 44 00/ 0899.39.08.13
Metz: 03 87 35 02 90/ 0899.39.08.23
Metz-Technopôle : 03 87 78 06 00/ 0899.39.08.52
Montigny-lès-Metz : 03 87 66 13 02/ 0899.39.08.60
Saint-Avold: 03 87 21 53 20/ 0899.39.08.01
Sarrebourg: 03 87 03 19 13/ 0899.39.08.48
Sarreguemines: 03 87 35 03 32/ 0899.39.08.68
Thionville: 03 87 35 01 87/ 0899.39.08.40
Woippy: 03 87 34 30 04/ 0899.39.08.37
Yutz: 03 82 51 99 22/ 0899.39.08.55

Hôpitaux:

Forbach : Centre hospitalier Marie Madeleine : 08.87.88.8000
Metz : CHR de Mercy, urgences pédiatriques : 03.87.55.34.72, standard : 03.87.55.31.31
Sarrebourg : hôpital Saint Nicolas : 03.87.23.24.25
Thionville : hôpital Bel-Air, urgences pédiatriques : 03.82.55.85.10, standard : 03.82.55.82.55

Numéro national du SNATED : 119.

➢ *54, Meurthe-et-Moselle*

➢ *CEMMA :* du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Téléphone : **0 810 27 69 12**, n° Azur.

Responsable : C. Doumène.

➢ *Tribunal de Grande Instance :*

- **Briey : Téléphone : 03 82 47 56 00/ Télécopie : 03 82 20 05 64**

Cité Judiciaire
place de l'Eglise BP 139
54151 BRIEY CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 08h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h30

- **Nancy : Téléphone : 03 83 90 85 00/ Télécopie : 03 83 27 49 84**

Cité Judiciaire
rue du Général Fabvier
54035 NANCY CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 08h00 à 17h00 et de 08h30 à 12h00
(Congés scolaires : ouverture de 8h30 à 12h et de 13h à 16h.)

➢ *Protection Maternelle et Infantile :*

Briey : 03.82.46.50.05

Longwy : 03.82.39.59.56

Lunéville : 03.83.74.44.22

Nancy-Ville : 03.83.98.91.74

Nancy-Pôle Est : 03.83.56.90.13

Nancy-Pôle Ouest : 03.83.67.81.76

Toul : 03.83.64.88.42

➢ *Hôpitaux :*

Briey, hôpital Maillot : 03.82.47.50.00

Lunéville, Centre hospitalier de Lunéville : 03.83.76.12.12

Mont Saint Martin, Hôpital Hôtel Dieu : **03.82.44.70.00**

Nancy, hôpital d'enfants, urgences pédiatriques : 03.83.15.47.27

➢ *Numéro national du SNATED : 119*

➢ *55, Meuse*

➢ *CRIP 55 :* du lundi au vendredi, de 8h à 18h

Téléphone : **03 29 77 37 08.**

➢ *Tribunal de Grande Instance :*

- **Bar-Le-Duc** : **Téléphone : 03 29 79 02 95/ Télécopie : 03 29 79 18 33**

21-25 place Saint-Pierre
55014 BAR LE DUC CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 08h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

- **Verdun : Téléphone : 03 29 86 14 05/ Télécopie : 03 29 86 31 80**

Place Saint-Paul
Case Officielle 724
55107 VERDUN CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Vendredi : de 09h00 à 11h30 et de 14h00 à 16h30

➢ *Protection Maternelle et Infantile :*

Bar-Le-Duc : 03 29 77 40 45/ 0899 39 08 21

Commercy : 03 29 91 82 85

Stenay : 03 29 80 63 43

Verdun : 03 29 86 94 05

➢ *Hôpitaux :*

Bar-Le-Duc, Centre hospitalier : 03 29 45 88 88

Commercy, Centre hospitalier Saint Charles : 03 29 91 63 00

Verdun, Centre hospitalier de Verdun : 03 29 83 84 85

➢ *Numéro national du SNATED : 119.*

➢ *88, Vosges*

➢ *CRIP 88 :* du lundi au vendredi, de 8h à 12h et de 14h à 18h.

Téléphone : 03 **29 38 52 39**

➢ *Tribunal de Grande Instance :*

- **Epinal : Téléphone : 03 29 34 53 53/ Télécopie : 03 29 34 07 35**

Place Edmond Henry
88026 EPINAL CEDEX
Horaires d'ouverture : Du Lundi au Jeudi : de 08h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h30 ; Le Vendredi : de 08h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h00.

➢ *Protection Maternelle et Infantile :*

Epinal : 03 29 29 88 48/ 0899 039 08 55

Gérardmer : 03 29 63 66 66/ 0899 39 08 00

Mirecourt : 03 29 38 54 55/ 0899 39 08 19

Neufchâteau : 03 29 94 02 84/ 0899 39 08 21

Remiremont : 03 29 23 41 41/ 0899 39 08

Saint Dié des Vosges : 03 29 55 22 88/ 0899 39 08 20

Vittel : 03 29 08 02 33/ 0899 39 08

➢ *Hôpitaux :*

Epinal, Centre hospitalier Emile Durkheim : 03 29 68 70 70

Neufchâteau, centre hospitalier : 03 29 94 80 00

Remiremont, Centre hospitalier : 03 29 23 41 41

Saint Dié, Centre hospitalier saint Charles: 03 29 52 83 00

➢ *Numéro national du SNATED : 119.*

Lexique

AED Action Educative à Domicile

AEMO Action Educative en Milieu Ouvert

AESF Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

AFEF Aide Financière Enfance Famille

ARS Agence Régionale de Santé

ASE Aide Sociale à l'Enfance

CAF Caisse d'Allocations familiales

CAMPS Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CDIP Cellule Départementale des Informations Préoccupantes

CEMA Cellule Enfance Maltraitée Accueil

CEMMA Cellule de protection de l'Enfance, Meurthe-et-Moselle Accueil

CépiDC Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CMP Centre Médico-Psychologique

CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPE Conseiller Principal d'Education

CRIP Cellule Départementale de Recueil, d'évaluation et de traitement des Informations Préoccupantes

CSP Catégorie Socio-Professionnelle

DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DPJJ Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique

EPU Enseignement Post-Universitaire

HAS Haute Autorité de Santé

HLM Habitation à Loyer Modéré

IA Inspection Académique

IDE Infirmière Diplômée d'Etat

IME Institut Médico-Educatif

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM Institut National de la Recherche et de la Santé

IP Information Préoccupante

ISPCAN International Society for Prevention of Child Abuse And Neglect

ITT Incapacité Totale de Travail

JE Juge des Enfants

MAN Mouvement pour l'Action Non violente

MECS Maison d'Enfants à Caractère Social

MED Foyer MEDicalisé

MJAGBF Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial

MSN Mort Subite du Nourrisson

ODAS Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

ODPE Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONED Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONU Organisation des Nations Unies

OPP Ordonnance de Placement Provisoire

PMI Protection Maternelle et Infantile

REPE Relai Educatif Parents Enfants

SBS Syndrome du Bébé Secoué

SNATED Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

SSFE Service de promotion de la Santé et d'action sociale en Faveur des Elèves

TISFE Technicienne en Intervention Sociale et familiale à titre Educatif

UTAS Unité Territoriale d'Action Sociale

ZEP Zone d'Education Prioritaire

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les sévices sur mineurs ne font heureusement pas partie de la pratique quotidienne des médecins généralistes libéraux. Malgré tout, la maltraitance infantile constitue un réel problème de santé publique. Elle peut revêtir des formes diverses et variées, touche toutes les classes de la population et est à l'origine de conséquences dramatiques pour l'enfant. En France, les sources de données épidémiologiques sont très disparates et la maltraitance infantile est encore largement sous-estimée ; on estime qu'un enfant sur dix en est victime. En Lorraine, les données des CDIP, ces cinq dernières années, montrent une augmentation progressive de la fréquence des informations préoccupantes et des signalements. Ainsi, chaque professionnel de santé amené à rencontrer des enfants sera, au cours de sa carrière, confronté à un enfant victime de violences. Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, joue un rôle primordial en protection de l'enfance, mais sa tâche reste bien difficile. Grâce à la rencontre de médecins généralistes lorrains, au travers de notre étude qualitative, nous avons pu mettre en évidence que l'isolement, le manque de coordination, ainsi que le manque d'informations apparaissent comme des facteurs entravant la prise en charge de ces enfants. Pourtant, des solutions existent déjà. La mise en place des CDIP par la loi de mars 2007 concoure largement à l'amélioration de la situation, même si, dans ce domaine, il reste encore des efforts à fournir. A l'échelle de la Moselle, notre travail devrait servir de base de réflexion à l'élaboration d'un partenariat avec les médecins généralistes.

TITRE EN ANGLAIS

Minors at risk in France: place of the general practitioner in the device of care. About a qualitative study of generals practitioners in Lorraine.

THÈSE : **MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013**

MOTS CLEFS **: Mineurs en danger ; médecin généraliste ; enfant en risque ; cellule départementale ; maltraitance infantile**

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex