



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

2002

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

N° 38

**THESE**

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale .

Par

Céline VENNER

Le 30 septembre 2002.

**ENFANCE MALTRAITEE : A PROPOS D'UNE ENQUETE
AUPRES DES MEDECINS DES SERVICES DES URGENCES DE
LORRAINE .**

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET

Professeur

Présidente

M H. COUDANE

Professeur

Juge

M Francis GUILLEMIN

Professeur

Juge

Mme S. CAVARE-VIGNERON

Docteur en Médecine

Juge

Melle V. LOSA

Docteur en Médecine

Juge



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale .

Par

Céline VENNER

Le 30 septembre 2002.

**ENFANCE MALTRAITEE : A PROPOS D'UNE ENQUETE
AUPRES DES MEDECINS DES SERVICES DES URGENCES DE
LORRAINE .**

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur	Présidente
M H. COUDANE	Professeur	Juge
M Francis GUILLEMIN	Professeur	Juge
Mme S. CAVARE-VIGNERON	Docteur en Médecine	Juge
Melle V. LOSA	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

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

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

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

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Jean-Claude HOFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU

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

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ – Professeur Paul-Michel MERTEZ

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD – Professeur Bruno LÉVY

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

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

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

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

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

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

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

Professeur Gérard FIEVE

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

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

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY – Professeur Athanase BENETOS
Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

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

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIOWSKI – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

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

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENTE DE THESE,

Madame le Professeur C. VIDAILHET

Professeur de pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur d'accepter la
présidence de notre jury.

Nous avons apprécié votre aide, votre disponibilité
et votre accueil au cours de nos rencontres.

Nous vous prions de trouver l'expression de notre
respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur H. COUDANE

Professeur de médecine légale (option clinique)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous sommes très reconnaissante
d'avoir accepté de faire partie du jury de
notre travail.

Nous avons apprécié la qualité de votre
enseignement au cours de nos études
universitaires.

Nous vous prions de trouver l'expression de
notre respect et de notre gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN.

Professeur d'épidémiologie économique de la santé et de la prévention.

Nous avons apprécié l'intérêt que vous avez témoigné pour notre sujet en acceptant de faire partie de notre jury.

Nous vous prions de trouver ici, l'expression de notre gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame S. CAVARE- VIGNERON

Docteur en Médecine.

Praticien hospitalier du service des urgences de l'hôpital d'enfants du C.H.U. de Nancy.

Nous avons apprécié votre accueil et votre aide pour la réalisation de ce travail.

A votre contact et grâce à votre qualité d'écoute et votre expérience, nous avons appris les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire des enfants victimes de maltraitance.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Mademoiselle le Docteur V. LOSA

Docteur en Médecine.

Médecin urgentiste du service des urgences du centre hospitalier d'Orthez.

Je vous remercie sincèrement pour votre précieuse contribution à l'élaboration de ce travail.

J'ai apprécié votre soutien, votre dynamisme, votre sens critique et votre sympathie tout au long de ce travail.

A Joseph.

A Manu, pour sa bonne humeur, son humour et sa patience tout au long de ce travail, et pour tout le reste.

A mes parents en témoignage de toute mon affection.

A Clo, Sam et Jib, à Jean François et Marie Claude

A ma famille

A ma belle famille.

A Océane, Alexis et Paul.

A mes ami(e)s.

A Jean-Marie.

A François Allan, pour sa disponibilité, sa patience et ses conseils au cours de ce travail.

A Hervé Reinsberger, sans qui ce travail n'aurait pas eu lieu.

A tous les médecins des services des urgences de Lorraine, pour leur accueil et l'intérêt qu'ils ont porté à cette enquête.

SERMENT

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION.....	20
 PREMIERE PARTIE :	
L'ENFANCE MALTRAITE GENERALITES.....	22
1. APPROCHE HISTORIQUE.....	23
1.1. Evolution de la place de l'enfant dans notre société.....	23
1.2. Evolution de la loi.....	25
1.3. Evolution de la médecine.....	28
2. DEFINITION.....	31
2.1 Notions de maltraitance.....	31
2.2 Les besoins de l'enfant.....	34
3. LES DIFFERENTS TYPES DE MALTRAITANCE.....	35
3.1 Violence physique.....	35
3.2 Abus sexuels.....	35
3.3 La négligence lourde.....	35
3.4 Les mauvais traitements psychologiques ou cruauté mentale.	36
3.5 Le syndrome de Münchausen par procuration.....	36
3.6 D'autres types de maltraitance.....	37
4. LES FACTEURS EVOQUANT LES RISQUES DE MALTRAITANCE	38
4.1 Les facteurs socio-économiques.....	39
4.2 Les facteurs psychologiques.....	39
4.3 Les facteurs environnementaux.....	39
4.4 Les facteurs liés à l'histoire des familles.....	40
4.5 Les facteurs éducatifs.....	40
4.6 Les facteurs liés à l'enfant.....	40

DEUXIEME PARTIE :

LA PROTECTION DE L'ENFANCE..... 42

1. LA PROTECTION ADMINISTRATIVE ET JUDICIAIRE..... 43

1.1 La protection administrative..... 43

1.1.1 Le service de l'aide sociale à l'enfance..... 44

1.1.2 Le service départemental d'action sociale..... 45

1.1.3 Le service de protection maternelle et infantile... 45

1.1.4 Les services de recueil de l'information..... 47

1.2 Protection judiciaire..... 48

1.2.1 Le procureur de la république..... 49

1.2.2 Le juge des enfants..... 49

1.2.3 Le défenseur des enfants..... 50

1.2.4 Les mesures de protection..... 51

2. LES AUTRES PARTENAIRES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE..... 53

2.1 Les professionnels concernés..... 53

2.1.1 Les professionnels des maternités..... 53

2.1.2 Les professionnels des crèches, des haltes garderie, les assistantes maternelles indépendantes..... 53

2.1.3 L'école..... 54

2.2 Le rôle du médecin généraliste..... 54

2.3 Le rôle de l'hôpital..... 55

2.4 Le rôle du médecin et le secret professionnel..... 56

3. CAS PARTICULIER : LE ROLE DES SERVICES D'URGENCES.	58
3.1 Démarche diagnostic aux urgences.....	59
3.1.1 L'entretien.....	59
3.1.2 Le motif de consultation.....	61
3.1.3 L'examen clinique complet.....	62
3.1.4 Les examens complémentaires.....	64
3.2 Conduite à tenir.....	65
TROISIEME PARTIE : EXPERIENCE DES SERVICES	
D'URGENCES DE LORRAINE.....	70
1. ENQUETE AUPRES DES MEDECINS.....	71
1.1 Objectifs.....	71
1.2 Présentation des services d'urgences de Lorraine.....	72
2. METHODES.....	76
2.1 Le questionnaire.....	76
2.2 Le recueil de l'information.....	76
2.3 Taux de retour de l'information.....	77
2.4 Analyse des résultats.....	78
3.LES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	79
3.1 Les résultats concernant la structure des services.....	79
3.2 Les résultats concernant la pratique médicale.....	88
3.3 Les résultats concernant les connaissances administratives et juridiques.....	100
3.4 Les résultats concernant le ressenti des médecins.....	107

3.5. Comparaison des résultats.....	110
3.5.1. L'effet médecin.....	110
3.5.2. L'effet structure.....	111
3.5.3. L'effet moyens.....	111
DISCUSSION...	113
1. LA STRUCTURE DES SERVICES	114
2. LA PRATIQUE MEDICALE	115
3. LES CONNAISSANCES ADMINISTRATIVES ET JUDICIAIRES	117
4. LE RESSENTI DES MEDECINS	117
CONCLUSION	120
INDEX DES SIGLES	122
BIBLIOGRAPHIE	125
ANNEXES	133
Annexe 1. Convention internationale des droits de l'enfant.....	134
Annexe 2. Loi n°89-487 du 10 juillet 1989.....	155
Annexe 3. Enquête.....	162
Annexe 4. Conduite à tenir.....	168
Annexe 5. Les partenaires de la protection de l'enfance en Lorraine	171



INTRODUCTION

La Convention des Nations Unies de 1990 relative aux droits de l'enfant (annexe 1) évoque en préambule que « tout enfant doit grandir dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension ».



Pourtant la réalité est parfois toute autre. L'enfant est vulnérable et est trop souvent la victime privilégiée de la violence des adultes.

L'enfance maltraitée est devenue, depuis quelques années, une des préoccupations majeures des pouvoirs publics en France, qui tentent un travail pluridisciplinaire avec les partenaires sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires.

L'hôpital a un rôle capital dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents. Or, c'est souvent le service des urgences qui représente le premier contact entre l'enfant victime, la famille et l'hôpital.

Avec le docteur Reinsberger et le docteur Losa, nous nous sommes interrogés sur notre pratique médicale aux urgences, sur l'accueil des enfants aux urgences, sur nos connaissances de l'enfance maltraitée, et sur notre démarche face à un enfant supposé victime de mauvais traitements. Devant ces questions, nous avons entrepris de réaliser une enquête auprès des médecins des services des urgences de Lorraine.

Après un rappel de généralités concernant les enfants maltraités, nous étudierons les différents partenaires de la protection de l'enfance, avec en particulier, le rôle des services des urgences. Nous exposerons ensuite les résultats de l'enquête auprès des médecins des services des urgences en Lorraine.

Ainsi, nous montrerons que les services des urgences doivent apporter des réponses au problème de la maltraitance dont sont victimes les enfants.

PREMIERE PARTIE :

L'ENFANCE MALTRAITEE ,

GENERALITES.

1. APPROCHE HISTORIQUE.

1.1. Evolution de la place de l'enfant dans notre société:

(32 ; 38 ; 53 ; 59.)

L'histoire de l'humanité, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours semble jalonnée de cas de sévices donnés aux enfants. Ainsi, le problème de la maltraitance des enfants n'est pas un phénomène nouveau, le rôle et la place de l'enfant dans la société n'ont pas cessé d'évoluer.

Pour exemple, la mythologie est remplie d'histoires d'enfants sacrifiés. Ouranos, divinité grecque, gardait sa descendance emprisonnée au fond des enfers. Cronos, son plus jeune fils, pour mettre fin à cet esclavage, le mutila et le détrôna. Il prit le pouvoir et fut un temps le maître de monde. Il eut de nombreux enfants qu'il dévorait dès leur naissance. Sa femme Rhéa, lorsqu'elle donna naissance à Zeus, lui présenta à la place de l'enfant une pierre enveloppée de langes qu'il avala sans méfiance. Devenu adulte, Zeus chassa Cronos.

En France, au Moyen Age, il n'y a pas de notion d'enfance. Après les premières années de vie où l'enfant présente peu d'intérêt tant la mortalité infantile est importante, il est ensuite considéré comme un adulte miniature et participe aux mêmes travaux que l'adulte. Il représente alors une main d'œuvre malléable et son travail rapporte des ressources complémentaires au foyer familial.

Les conditions de vie des enfants jusqu'à la fin du XIX^e siècle sont marquées par une mortalité infantile très importante, des agressions et des sévices, et par une augmentation considérable du nombre d'abandons et de placements en nourrice.

La mort d'un nourrisson par asphyxie était fréquente encore au Moyen Age, en France et en Europe et ce, jusqu'à une époque récente. S'ils étaient malformés ou s'ils étaient le fruit d'une relation

adultérine, on observait parfois des cas de décès d'enfants par étouffement dans leur berceau ou dans le lit parental.

Au XVIII^e siècle, l'évêque d'Arras interdit sous peine d'excommunication, aux parents et aux nourrices de dormir avec un nourrisson de moins d'un an, tant les étouffements d'enfants considérés comme infanticides déguisés étaient fréquents.

Au XIX^e siècle, la mortalité infantile reste une préoccupation considérable. L'infanticide était plus ou moins admis comme procédé de limitation des naissances. La charge supplémentaire d'un nouveau-né dans des conditions économiques difficiles (misère, famine) était mal acceptée et pouvait conduire dans certaines situations à l'infanticide.

On note aussi l'usage abusif et fréquent de drogues calmantes permettant d'endormir le nourrisson pendant le travail ou le repos des adultes. L'utilisation de la bouillie de tête de pavots en est un exemple courant et pouvait conduire au décès de l'enfant.

A travers la littérature du XIX^e siècle, on prend conscience aussi de l'ampleur du problème de la violence intra familiale. Pour exemple, Victor Hugo dans Les Misérables évoque le sort de la petite Cosette et dénonce les sévices subis par certains enfants placés en nourrice loin de leur famille. Aussi, Jules Renard avec le célèbre roman Poil de Carotte, publié en 1893, met en scène madame Lepic, une mère qui fait subir à son fils une violence perverse. On peut citer le cas de Peau d'Ane dans le conte de Charles Perrault, qui subit le désir incestueux de son père.

Par ailleurs, le XIX^e siècle et la révolution industrielle s'accompagnent de l'augmentation considérable de l'exploitation de la main d'œuvre enfantine.

Au cours du XVII^e siècle apparaît cependant le sentiment moderne de l'enfance. Grâce aux gens d'église, aux moralistes, aux médecins, aux enseignants, l'idée de l'enfant en tant que personne à part entière, le souci de sa santé, de son bien être et de son

épanouissement affectif, va progressivement faire son chemin jusqu'au XX^e siècle. Les premières mesures de protection vont apparaître avec une allocation aux mères nécessiteuses en 1869, et la réglementation du travail des enfants en 1841.

L'évolution de la répression vers plus de protection des enfants sera progressive jusqu'à la Convention sur les droits de l'enfant adoptée par les Nations Unies le 20 novembre 1989. (Annexe 1) .

Ainsi, la prise de conscience de l'enfant et sa reconnaissance en tant que personne ont évolué. C'est désormais une personne qui doit disposer de droits propres. L'enfant est reconnu en tant que sujet de droit.

1.2. Evolution de la loi: (38 ; 53 ; 54 ; 59.)

Jusqu'à la révolution française, la « puissance paternelle » donnait tous les pouvoirs au père sur l'enfant, considéré alors comme sa propriété : pouvoir de correction, pouvoir d'emprisonnement.

Au début du XIX^e siècle, le « droit de correction paternelle » était largement répandu, le père pouvait obtenir l'emprisonnement de son enfant pour divers griefs.

Les pouvoirs du père sont pour la première fois modifiés par le Code pénal de 1810 qui sanctionne l'exposition, le délaissement et l'incitation à la débauche des enfants.

La déchéance de l'autorité parentale est instaurée en 1889 et les violences sur les enfants sont sanctionnées par la loi du 19 avril 1898.

La loi du 24 juillet 1889 assure la protection des enfants victimes de sévices par ascendants : la déchéance des droits de la puissance paternelle est prévue quand la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de l'enfant sont compromises par des

mauvais traitements. Pour la première fois, le législateur protège l'enfant contre ses parents.

Le 30 octobre 1935, un décret prévoit des mesures de surveillance ou d'assistance éducative quand l'attitude des parents peut mettre en cause la santé, la sécurité ou la moralité de leurs enfants.

L'ordonnance du 2 février 1945 substitue la notion de « discernement » par la notion de « présomption d'irresponsabilité » pour tous les mineurs de moins de 18 ans, et crée une magistrature spécialisée pour les jeunes délinquants : **Le Juge Des Enfants**.

Diverses mesures d'ordre civil, pénal et social sont ensuite adoptées.

LA LOI DU 10 JUILLET 1989 : (annexe 2) (65) texte fondamental, qui précise l'articulation entre la protection administrative et judiciaire.

- Elle affirme la responsabilité de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) en ce qui concerne la prévention et la protection des mineurs victimes de maltraitance, en liaison avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile), et le service d'action sociale.
- Elle précise l'obligation du signalement judiciaire par le président du Conseil Général lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse l'intervention du service de l'ASE.
- Elle impose au président du Conseil Général la mise en place d'un système permanent de recueil des informations concernant les enfants maltraités.
- Elle crée un service national d'accueil téléphonique gratuit.
- Elle permet la désignation par le juge d'instruction, d'un administrateur ad hoc pour exercer au nom de l'enfant victime, les droits reconnus à la partie civile.

- Elle insiste sur la mise en place de formations initiales et continues pour les médecins, les professionnels paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants, la police et la gendarmerie.
- Elle impose qu'un rapport soit présenté par le parlement tous les trois ans faisant état des recherches sur l'enfance maltraitée.

LA CONVENTION INTERNATIONALE SUR LES DROITS DE L'ENFANT, adoptée par l'O.N.U. le 20 novembre 1989, est ratifiée par la France et entrée en vigueur dès 1990. (Annexe 1)

L'enfant est désormais considéré comme un sujet de droit, une personne dotée de liberté, avec en particulier un droit d'expression : la Convention des droits de l'enfant reconnaît à l'enfant le droit d'être entendu dans toute procédure administrative ou judiciaire le concernant (Article 12 de la convention) .

LA LOI n°98-468 DU 17 JUIN 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (67) :

- elle précise les liens de la justice et des partenaires sociaux en prenant des dispositions relatives au suivi socio-judiciaire ;
- elle prend des dispositions ayant pour objet de prévenir et de réprimer les infractions sexuelles, les atteintes à la dignité humaine et de protéger les mineurs victimes. Ainsi, elle sanctionne le « bizutage ». Elle précise que le délai de prescription des crimes commis contre les mineurs ne commence qu'à leur majorité ;
- les mineurs peuvent faire l'objet d'une expertise médico-psychologique dès le début de l'enquête ;
- elle précise le rôle et la désignation d'un administrateur *ad hoc* pour assurer la protection des intérêts du mineur victime ;
- l'audition d'un mineur victime peut faire l'objet d'un enregistrement audiovisuel ;

- elle crée un fichier automatisé destiné à centraliser les empreintes génétiques des personnes condamnées, en vue de faciliter l'identification et la recherche des auteurs d'infractions sexuelles ;
- elle prend des dispositions relatives à l'interdiction de mise à disposition de certains documents aux mineurs.

C'est l'émergence d'un véritable statut du mineur victime.

Par ailleurs, le 6 mars 2000, le parlement adopte une loi instituant « un Défenseur des enfants » qui est chargé de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant. (68)

1.3. Evolution de la médecine : (38 ; 53)

L'histoire médicale de la maltraitance ne commence qu'à la seconde moitié du XIX^e siècle avec l'étude pionnière d'Ambroise Tardieu. Il publie en 1857 et 1879 des études médico-légales sur les sévices et attentats aux mœurs en mettant en évidence la réalité des mauvais traitements et des abus sexuels envers les enfants, mais il rencontre alors une indifférence générale. (55)

En 1929, au XIV^e congrès de médecine légale à Paris, deux nancéiens, P. Parisot, juriste et L. Caussade, pédiatre, présentent un rapport sur « les sévices envers les enfants », qui restera sans suite. (47)

Un pas décisif dans la prise de conscience de la maltraitance des enfants se fera ensuite à partir de la seconde guerre mondiale grâce à l'école pédiatrique américaine :

Le neurochirurgien F.D. Ingraham affirme en 1939 l'origine traumatique des hématomes sous-duraux du nourrisson (28). En 1946, J. Caffey, radio-pédiatre, évoque les fréquentes associations de fractures des membres avec des hématomes sous-duraux,

pouvant évoquer des mauvais traitements (13). En 1953, F.N. Silverman décrit les images radiologiques de lésions métaphysaires et périostées intéressant les os en croissance de l'enfant, et affirme leurs origines traumatiques après une enquête auprès des parents, pouvant évoquer des mauvais traitements (51). En 1962, H. Kempe, professeur de pédiatrie à Denver, publie, en collaboration avec F.N. Silverman et le pédopsychiatre P.F. Steele, un article, « le syndrome de l'enfant battu » (31), qui évoque la fréquence des cas, les démarches diagnostiques (en montrant les difficultés des médecins à envisager la possibilité de sévices exercés par les parents), et l'importance considérable des enquêtes sociales et entretiens psychologiques portant sur la personnalité parentale. Suite à cet article et de façon très progressive, les mauvais traitements dont sont victimes les enfants sont évoqués dans la pathologie pédiatrique.

En France, c'est à partir de 1965 que l'opinion médicale prend conscience du problème de la maltraitance des enfants, grâce au Professeur N. Neimann et à l'école pédiatrique de Nancy. Dans son article « considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'hématome sous-dural du nourrisson », l'auteur, s'appuyant sur les travaux de F.D. Ingraham, de J. Caffey, et de F.N. Silverman, démystifie le caractère idiopathique de ces hématomes et évoque une origine traumatique inavouée et la présomption de sévices exercés sur les enfants (43).

Par la suite, les travaux et les publications se sont multipliés.

Après un intérêt initial pour la description des signes cliniques évoquant les mauvais traitements, d'autres études pluridisciplinaires vont s'intéresser à la recherche de facteurs économiques et sociaux ainsi que de facteurs psychologiques responsables de maltraitance.

En France, par exemple, la première enquête nationale commanditée par le ministère des affaires sociales a été menée conjointement à Paris et à Nancy entre 1972 et 1975 et a abouti à

la publication en 1978 de la première recherche française sur « les jeunes enfants victimes de mauvais traitements » sous la direction du professeur P. Strauss. (52)

En 1979, P. Strauss fonde l'A.F.I.R.E.M., Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée. Il organise en 1982, à Paris, le congrès mondial de la société internationale pour la prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants, et il publie à cette occasion la première édition d'un ouvrage de référence « L'Enfant Maltraité » et aborde pour la première fois le problème des sévices sexuels (38).

Avec P. Strauss, les professeurs N. Neimann, et M. Manciaux sont des pionniers dans la lutte contre la maltraitance infantile en France. Ils ont mené conjointement de nombreuses études et publié de nombreux articles. (44)

C'est au cours des années 1980 que commencent à être dénoncés les sévices institutionnels. Ainsi, en 1989, S. Tomkiewicz considère le problème des mauvais traitements à l'intérieur des institutions censées protéger les enfants et publie « Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions ». (56)

En 1997, l'ouvrage « Enfances en danger » (38) est édité et vient enrichir les précédentes éditions de « L'Enfant Maltraité » sous la direction de M. Manciaux. Depuis, de nombreuses études et publications ont vu le jour témoignant des grands progrès réalisés dans la prise de conscience du problème de la maltraitance infantile.

De nombreux professionnels travaillent aujourd'hui à trouver des solutions pour prévenir le phénomène de maltraitance et aider les enfants victimes à reprendre leur développement. (34) Ainsi, le concept de **RESILIENCE** se développe. Il s'agit de la capacité de résister et de rebondir face à des situations adverses. D'après S. Vanistendael la résilience est à la fois « résistance à la destruction

et capacité à se construire une vie riche en dépit de circonstances difficiles, d'un environnement défavorable ou hostile. » (60).

Les enfants, les familles, les parents ne réagissent pas tous de la même façon dans des situations difficiles. « Certains perdent pieds et s'enfoncent », tandis que d'autres surmontent les épreuves (38).

L'exploration de la résilience présente un intérêt évident et se développe depuis quelques années en France.

2. DEFINITIONS :

2.1. Notions de maltraitance : (12 ; 32 ; 33 ; 38 ; 44.)

Les nombreuses équipes qui ont commencé à se préoccuper du problème de la violence envers les enfants ont d'abord reconnu l'existence de sévices physiques et se sont appliquées à décrire les différents signes cliniques de façon de plus en plus précise, puis à chiffrer l'ampleur du phénomène par une démarche épidémiologique.

Puis des chercheurs et des cliniciens ont tenté une approche psychosociologique afin de définir les personnalités d'enfants maltraités et de parents maltraitants. Ils se sont heurtés à un problème très complexe car il n'existe pas de portrait type d'enfant victime, ni de famille à potentialité maltraitante.

A coté des mauvais traitements physiques plus faciles à mettre en évidence, le concept de maltraitance s'étend aux négligences graves, aux carences de soin, aux carences affectives, aux sévices psychologiques et moraux.

Devant la très grande complexité du phénomène de la maltraitance, les professionnels se sentent désarmés et perçoivent la nécessité d'une approche pluridisciplinaire avec les différents acteurs médicaux, sociaux, psychologiques, administratifs et judiciaires.

Par ailleurs, avec les difficultés de prise en charge pluridisciplinaire des cas avérés, se pose le problème d'agir différemment et apparaît la nécessité de la prévention. Des recherches sont alors réalisées sur le dépistage des troubles de la relation mère-enfant et sur les périodes à risque dans la vie familiale.

Puis les professionnels se sont préoccupés des abus sexuels et des violences institutionnelles, ainsi que de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales.

Il faut noter qu'étant considéré comme une notion évolutive, il n'existe pas de définition précise des mauvais traitements. La loi du 10 juillet 1989 (Annexe 2) (65) désigne les mauvais traitements mais ne les définit pas. L'article 19 de la Convention des Nations Unies (Annexe 1) sur les droits de l'enfant évoque la protection de l'enfant « contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique ou mentale, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle » sans définir les termes utilisés.

D'une façon générale, si on tente d'approcher une définition des mauvais traitements envers les enfants on pourrait parler de **réponses inadaptées ou d'absence de réponses aux besoins de l'enfant en vue d'un développement harmonieux.** (45)

Grâce à une réflexion commune à l'initiative de l'O.D.A.S. (Office Décentralisé de l'Action Sociale) avec la collaboration des départements, de l'aide sociale à l'enfance, de l'institut de l'enfance et de la famille, plusieurs définitions ont été proposées : (45)

« L'ENFANT MALTRAITE est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». 18 500 enfants maltraités ont été repérés et signalés aux services de l'A.S.E. par les professionnels ou les citoyens en 1999. Il est une forme de mauvais traitement qui a

explosé de 1992 à 1997 : c'est l'abus sexuel avec une augmentation de 112% des cas signalés. On note une faible diminution des chiffres de signalements d'abus sexuels depuis 1998 et il faut relever que les abus sexuels représentent un quart des signalements d'enfants maltraités. (46)

« L'ENFANT EN RISQUE est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité ». (45) Il s'agit d'appréciations subjectives recouvrant des cas aussi divers que la négligence, l'absence de scolarisation, les soins non appropriés, ou le délaissement. Parfois, les enfants vivant dans des conditions de précarité peuvent-être en danger sans être maltraités et sont d'ailleurs souvent aimés. 65 000 cas d'enfants en risque ont été repérés et signalés au service de l'A.S.E. par les professionnels ou les citoyens en 1999. (ils étaient 45 000 en 1995). (46)

Sur l'ensemble de ces deux groupes d'enfants, soit 83 500 enfants en danger repérés et signalés en 1999, on note une stabilité du nombre de signalement à l'A.S.E. et une régression progressive de la judiciarisation avec 47 500 cas de transmission judiciaire en 1999 pour 49 000 en 1998. (46)

On peut aussi évoquer le cas des « **ENFANTS EN SOUFFRANCE** » qui ne peuvent être assimilés à des enfants maltraités mais qui sont des enfants dont on ne respecte pas les rythmes, les besoins et qui souffrent des conditions de la vie urbaine, des contraintes de la vie moderne, ou du mode de vie des parents. (45)

Afin d'être précis, on peut se pencher sur les définitions données par Le Petit Larousse 2002 :

Maltraitance : fait de maltraiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, etc. ; l'ensemble des mauvais traitements eux mêmes .

Maltraiter : soumettre quelqu'un, un animal à de mauvais traitements ; brutaliser.

Séviçes : (du latin saevitia « violence »): mauvais traitements corporels exercés sur quelqu'un qu'on a sous son autorité, sous sa garde.

Une définition plus précise de la maltraitance est difficile car les limites sont incertaines : où s'arrête le droit des parents à corriger leurs enfants ? Comment définir de façon précise les mauvais traitements psychologiques ? Cette définition est de plus fonction des références personnelles de chacun, de la culture familiale, de la place que la société fait à l'enfant.

On note qu'aucun milieu, aucune ethnie ne sont épargnés par ce problème.

2.2. Les besoins de l'enfant : (30 ; 38 ; 58)

Les besoins de l'enfant ont fait l'objet de nombreuses publications au cours des dernières décennies. Les différents auteurs ont tenté de définir les éléments nécessaires à un enfant pour un développement harmonieux.

D'après M. Keller-Pringle, l'enfant a besoin d'amour et de stabilité, d'encouragement et d'approbation, de nouvelles expériences, de responsabilités à sa mesure. (28)

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (Annexe 1), adoptée le 20 novembre 1989 par l'O.N.U., consacre les droits des mineurs à jouir de prestations adaptées à leurs besoins. Ils doivent bénéficier d'une alimentation correcte, d'un logement et de vêtements décents. Ils ont le droit de vivre dans un environnement sans danger, et de jouir de la sécurité sociale, de soins médicaux, de l'éducation et de loisirs. Ils ont le droit d'être protégés contre toutes les formes d'exploitation.

3. LES DIFFERENTS TYPES DE MALTRAITANCE:

3.1. Violences physiques : (12)

Il s'agit de toute blessure infligée à un enfant pour quelque raison que ce soit, par une personne responsable de cet enfant.

La notion de « blessure » comprend tout dommage tissulaire qui dépasse le simple érythème cutané résultant d'une tape à un endroit quelconque du corps.

La notion de « dommage » tissulaire inclut les ecchymoses, les brûlures, les déchirures, les piqûres, les fractures, les ruptures de viscères, les pertes de fonctions d'un membre ou d'un organe.

3.2. Abus sexuels : (18)

Il s'agit de « toute participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel, qu'il subit sous la contrainte, par la violence ou la séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux ».

3.3. La négligence lourde : (38)

Il s'agit d'une inadéquation de la famille aux besoins de l'enfant, du point de vue physique (alimentation, habillement, hygiène, soins médicaux, sécurité de l'environnement), affectif (besoin d'amour) ou social (éducation, socialisation, instruction).

La négligence lourde présente des difficultés d'évaluation de par son caractère subjectif.

Elle concerne surtout les jeunes enfants, elle est marquée à des stades différents par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale et le nanisme psychosocial.

3.4. Les mauvais traitements psychologiques ou cruauté mentale : (38 ; 42)

Il s'agit de l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations, menaces verbales répétées, marginalisation, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes ou injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. Ses effets se manifestent le plus souvent par des troubles du comportement, des perturbations des conduites sociales et des sentiments d'autodépréciation.

3.5. Le syndrome de Münchausen par procuration : (4 ; 8)

Il s'agit d'un ensemble de pathologies, induites ou alléguées par les parents, responsable d'une multitude d'explorations médicales ou chirurgicales plus ou moins agressives.

Les quatre critères exigés pour faire le diagnostic de syndrome de Münchausen par procuration sont :

- une pathologie induite ou alléguée par un parent (le plus souvent la mère) ;
- un enfant amené par ce parent pour un bilan ou un traitement de façon répétitive ;
- la négation par le parent du caractère induit ou allégué de la pathologie ;
- la disparition de tous les symptômes lorsque l'enfant est isolé de ce parent.

Les symptômes les plus souvent décrits par le parent sont les malaises, les crises comitiales, les troubles du tonus et de la conscience, des troubles du transit intestinal, des rectorragies, des hématuries, des hématoméses.

Ce syndrome pourrait être évoqué dès les premiers mois de la vie, mais la reconnaissance est souvent tardive et peut se faire à l'adolescence. Le diagnostic doit être évoqué devant les hospitalisations à répétition et la multitude des bilans médicaux déjà effectués.

3.6. D'autres types de maltraitance : (38)

● L'enfant victime du monde du travail : (38)

L'article 32 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (Annexe 1) adoptée le 20 novembre 1989 par les Nations Unies est explicite concernant la protection des enfants contre l'exploitation économique. Elle reconnaît le droit à l'enfant « d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social ».

« Le travail des enfants a des coûts élevés, pour les enfants d'abord, pour la société ensuite. La pauvreté n'excuse pas tout et il y a des limites à ce qu'une société humaine digne de ce nom peut tolérer. Le laisser-faire actuel doit cesser. Il faut agir d'urgence. »
Citation du directeur du B.I.T.(Bureau International du Travail) (38).

L'O.I.T. (Organisation Internationale du Travail) s'est fixée pour objectif immédiat l'élimination des pires formes de travail des enfants qui font l'objet de la convention n°182 adoptée par la Conférence à l'unanimité en juin 1999. (38)

● L'enfant victime de convoitises sexuelles, l'enfant victime d'exploitation sexuelle : (38)

La prostitution, la pornographie, le trafic et la vente d'enfants sont les trois formes d'exploitations sexuelles à des fins commerciales .

Ce serait une erreur de penser qu'il s'agit d'un problème ne concernant que les pays en voie de développement. Nous considérons un phénomène commercial, qui dépend cruellement de l'offre et de la demande, un phénomène aux dimensions mondiales, extrêmement préoccupant et dont personne ne peut se désintéresser tant les conséquences pour l'enfant sont graves.

● **L'enfant victime de violence institutionnelle :** (23 ; 38 ; 56 ; 57)

Il s'agit de toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile ou qui entrave son évolution ultérieure. (52)

Les institutions concernées sont les lieux en dehors de la famille et de la cité : les institutions publiques, associatives ou privées destinées « pour leur bien » aux enfants : les instituts médico-pédagogiques, services d'enfants des hôpitaux psychiatriques, foyers éducatifs, foyers pour toxicomanes, institutions pour handicapés, mais aussi l'école et l'hôpital.

Loin d'être complet dans la description des différents types de maltraitance, il nous aurait fallu considérer l'enfant au cœur des conflits familiaux, conflits de garde au sein des couples divorcés ou de couples bi-nationaux, les enfants victimes de la pauvreté, les enfants victimes des conflits nationaux, des guerres, des sectes...

4. LES FACTEURS EVOQUANT LES RISQUES DE MALTRAITANCE : (22 ; 33 ; 58)

Aujourd'hui, chacun s'accorde pour reconnaître que la violence intra-familiale est la résultante de plusieurs facteurs qui se

combinent entre eux de façon unique et qu'il n'y a pas de ce fait un modèle type de la famille maltraitante.

Ainsi différents facteurs entrent en jeu.

4.1 Les facteurs socio-économiques :

On sait qu'aucune classe sociale n'est épargnée par le problème de la maltraitance, mais la pauvreté, le bas niveau d'insertion professionnelle, avec les angoisses et l'isolement social qu'ils provoquent, baissent le seuil de tolérance des familles.

4.2. Les facteurs psychologiques :

Ils ont une réelle importance et représentent une grande part des risques de maltraitance. On peut citer bien sûr les états psychotiques très dangereux pour le nourrisson, l'alcoolisme, la toxicomanie, mais aussi la débilité qui ne permet pas à la jeune mère d'anticiper les besoins vitaux de son bébé, ni d'acquérir les connaissances nécessaires à propos du développement de son enfant. Les connaissances récentes sur les dysfonctionnements des interactions précoces mère-enfant, ont permis de mieux comprendre l'importance de l'établissement d'un lien suffisamment protecteur et ont permis ainsi de développer des nouvelles pratiques de prévention.

4.3. Les facteurs environnementaux :

En effet, lorsque la famille est isolée, sans soutien familial ou communautaire, elle devient alors plus vulnérable. Repliée sur elle même, souvent suite à une transplantation, elle perd ses repères familiaux et de voisinage et traverse les crises dans l'isolement et sans recours.

4.4. Les facteurs liés à l'histoire des familles :

Les familles sont toutes, à un moment ou à un autre, de façon plus ou moins importante, confrontées à des situations douloureuses. Les deuils, les séparations, les conflits conjugaux, les ruptures, le chômage sont des moments difficiles vécus par de nombreuses familles. La capacité de résister, de s'adapter à ces situations difficiles n'est pas donnée à tous de la même façon, et cette capacité peut varier d'un moment à l'autre de la vie.

4.5. Les facteurs éducatifs :

La canalisation de l'agressivité naturelle de l'enfant passe par une réponse de l'adulte qui peut varier selon sa culture (ethnique ou sociale) et selon sa capacité à mettre en place des comportements d'apaisement pour éviter les relations conflictuelles.

4.6. Les facteurs liés à l'enfant :

L'existence même de l'enfant peut être un risque de maltraitance. Une grossesse non désirée, un échec d'interruption volontaire de grossesse, un accouchement décrit comme épouvantable ou comme un non-événement sont autant de facteurs de risque. La maltraitance peut apparaître très vite à la naissance de l'enfant par le fait qu'il ne corresponde pas à l'enfant imaginaire que la mère avait idéalisé pendant la grossesse, il devient alors l'objet de ressentiment.

Le développement normal d'un jeune enfant peut être source de tensions intra-familiale et ainsi représenter un risque de maltraitance.

L'enfant traverse des stades normaux de son développement qui peuvent se transformer en véritables épreuves de force. Par exemple, les premiers apprentissages sphinctériens, le refus

alimentaire, les troubles du sommeil, les pleurs inexplicables sont des moments difficiles déstabilisants pour les parents qui peuvent avoir le sentiment d'être de mauvais parents, surtout s'ils sont jeunes, inexpérimentés, isolés.

Après cette mise en évidence des différents facteurs susceptibles d'interagir entre eux et de faire émerger la violence, on note que la maltraitance est un phénomène complexe, que l'aide à apporter aux enfants et aux familles est de ce fait complexe, et que le travail des professionnels en est d'autant plus compliqué.

DEUXIEME PARTIE :

LA PROTECTION DE L'ENFANCE.

1. LA PROTECTION ADMINISTRATIVE ET JUDICIAIRE : (26 ; 61)

Depuis la loi du 10 juillet 1989 (Annexe 2) (65) le dispositif de protection de l'enfance est bien défini et les liens entre la protection administrative et la protection judiciaire sont précisés en notifiant que « lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou qu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire et lui fait connaître les actions déjà menées ».

1.1. La protection administrative : (6 ; 38)

La protection administrative de l'enfance est assurée par le président du conseil général et par les services placés sous son autorité : L'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.), le Service Départemental d'Action Sociale (S.D.A.S.), le service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) . Chaque président du Conseil Général est libre de l'organisation de ces différents services dans les limites du cadre législatif.

En ce qui concerne le problème de la maltraitance des mineurs, la protection administrative peut consister en la mise en place d'un soutien familial par différentes structures et différents professionnels : travailleuses familiales à titre éducatif, aides éducatives à domicile, admissions provisoires, accueils mères-enfant.

1.1.1. Le service de l'aide sociale à l'enfance : (6 ; 38)

Ce service est placé dans chaque département sous l'autorité du président du Conseil Général et dispose de différents professionnels : inspecteurs A.S.E., cadres administratifs, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues.

La mission principale de ce service est « d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leurs familles et aux jeunes majeurs confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre » (Annexe 2) (65)

Ce soutien peut être une aide financière, l'intervention d'une travailleuse familiale, ou l'intervention d'un service d'action éducative.

En ce qui concerne les mauvais traitements, le service de l'A.S.E. doit :

- mener des actions de prévention,
- mettre en place un dispositif de recueil de l'information,
- répondre aux situations d'urgences en protégeant les mineurs victimes,
- informer les professionnels des suites données aux signalements,
- aviser sans délai l'autorité judiciaire quand un mineur est victime de mauvais traitements et qu'il est impossible d'évaluer la situation après information des parents ou du représentant légal de l'enfant,
- mettre en place une formation initiale et continue pour les professionnels en contact avec les enfants.

Le service de l'A.S.E. est responsable de l'évaluation des situations familiales et décide d'une protection administrative ou d'un signalement à l'autorité judiciaire.

En réponse aux situations de maltraitance, le service de l'A.S.E. met en place des mesures éducatives : intervention d'une travailleuse Familiale au domicile de l'enfant, mesure d'A.E.M.O. (Action Educative en Milieu Ouvert) avec l'intervention d'un travailleur social à domicile. Le service assure l'hébergement des

enfants qui lui sont confiés dans le cadre de l'accueil provisoire dans des pouponnières, des foyers départementaux de l'enfance, des maisons d'enfants à caractère social.

1.1.2. Le service départemental d'action sociale : (6 ; 38)

Ce service est sous l'autorité du directeur départemental des actions sanitaires et sociales, par délégation du président du Conseil Général. Un assistant social en assume la responsabilité.

Un assistant social d'un secteur géographique a pour mission de prendre en charge l'ensemble des problèmes que peuvent rencontrer les familles dépendant de son secteur.

Il est informé de toutes les nouvelles naissances de son secteur.

En ce qui concerne le problème de la maltraitance intra-familiale, il joue un rôle important de soutien aux familles tant en ce qui concerne la prévention qu'en ce qui concerne des mauvais traitements avérés : rôle d'aide aux familles afin de modifier les comportements et de protéger les enfants victimes.

1.1.3. Le service de protection maternelle et infantile : (5 ; 6 ; 38 ; 62 ; 66)

Les Conseils Généraux ont les compétences politique, administrative et financière de la protection maternelle et infantile. Le service de P.M.I. est placé sous la responsabilité d'un médecin et comprend une équipe pluridisciplinaire composée de personnels qualifiés dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique.

La protection et la promotion de la santé maternelle et infantile comprend :

- des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé des futurs parents et des enfants de moins de 6 ans ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;
- des actions de prévention et de dépistage et de prise en charge des handicaps des enfants de moins de 6 ans, ainsi que le conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
- la surveillance et le contrôle des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des assistantes maternelles et leur formation ;
- le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique ;
- l'édition et la diffusion du certificat médical prénuptial, du carnet de grossesse, du carnet de santé et des certificats de santé.

En ce qui concerne les consultations et les actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, le service de P.M.I. assure la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Par ces consultations et ces actions de prévention, le service de P.M.I. doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

« Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées. » Art. L. 152, loi n° 89-8999 du 18 décembre 1989 du Code de la santé publique. (66)

« Lorsqu'un médecin du service départemental du service de protection maternelle et infantile estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toute mesure relevant de sa compétence propre à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service. » Art. L. 152, loi n° 89-8999 du 18 décembre 1989 du Code de la Santé Publique. (66)

Dans ces situations, le médecin responsable du service doit rencontrer l'enfant, parler avec lui, l'examiner, rédiger un certificat médical si besoin, essayer de rencontrer les parents et, en cas de nécessité, faire un signalement en urgence aux autorités administratives ou judiciaires.

Les puéricultrices et les sages femmes du service se rendent souvent au domicile des familles et font un réel travail de prévention en évaluant les situations familiales, en donnant des conseils de soin, d'hygiène, d'éducation et mettent ainsi en place un véritable lien entre le service et ces familles : lien de confiance et de soutien. De la même façon, des liens importants sont tissés lors de consultations gratuites à caractère préventif, des enfants de moins de 6 ans et particulièrement des nourrissons, qui sont des moments de dialogue et de conseils permettant de mettre en évidence des dysfonctionnements familiaux et des facteurs de risque de maltraitance.

1.1.4. Les services de recueil de l'information : (6 ; 15)

La loi du 10 juillet 1989 (Annexe 2) (65) oblige les présidents des Conseils Généraux à mettre en place un système de recueil des signalements et à donner lieu à la création de services d'accueils téléphoniques spécifiques dans certains départements.

Pour exemple, le département de Meurthe et Moselle a mis en place la C.E.M.M.A., Cellule Enfance Meurthe et Moselle Accueil . (15)

L'observatoire C.E.M.M.A. prend en compte toutes les situations individuelles nécessitant une évaluation, toutes les

situations nécessitant une saisie immédiate de l'autorité judiciaire , toutes les nouvelles demandes de protection administrative, toutes les nouvelles demandes de protection judiciaire.

Le département de Moselle a mis en place une Cellule Enfance en Danger. Ses objectifs sont :

- le recueil des informations relatives aux mineurs en danger et la réponse aux situations d'urgence ;
- l'organisation des circuits de transmission des informations recueillies pour permettre l'évaluation des situations et la protection des mineurs concernés ;
- la mise en contact des professionnels confrontés à des situations d'enfants en danger.

En ce qui concerne les départements des Vosges et de la Meuse, il n'existe pas de cellule spécifique qui centralise les informations. C'est le service de protection de l'enfance du Conseil Général qui recueille les informations.

La loi du 10 juillet 1989 (Annexe 2) (65) crée un service d'accueil téléphonique national gratuit, disponible 24h sur 24. C'est le S.N.A.T.E.M. (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée ou le « 119, Allô Enfance Maltraitée ». Depuis 1990, 260 000 enfants ont pu être aidés à la suite d'un appel au 119, parmi lesquels 55 300 ont fait l'objet d'une prise en charge par les services sociaux départementaux. Chaque jour, les professionnels du SNATEM contribuent, avec l'aide des services sociaux des départements, à la protection de l'enfance.

1.2. La protection judiciaire : (6 ; 17 ; 20 ; 54)

En France, les juridictions pour mineurs ont pour fonction de régler des conflits entre les parents, les enfants et la société dans le domaine civil et pénal.

Lorsque les parents n'assument pas leur devoir de protection envers leurs enfants, des mesures de protection administrative sont mises en place, si elles ne suffisent pas à protéger le mineur, les autorités judiciaires sont appelées à intervenir.

1.2.1. Le procureur de la République :

Le procureur de la République (ou le substitut du procureur de la République chargé des mineurs) est le premier destinataire d'un signalement judiciaire. Il est à la fois chargé de la poursuite des infractions et de la protection des mineurs.

En ce qui concerne les mineurs victimes de mauvais traitements, il est l'unique destinataire du signalement judiciaire et doit aussi recevoir toutes les informations concernant les mesures déjà prises auprès du mineur et de sa famille. Il est joignable 24 heures sur 24.

Il dispose de plusieurs mesures judiciaires qu'il choisit en fonction de différentes situations :

- l'ouverture d'une information (actions pénales en direction des auteurs) ;
- le complément d'enquête par les services de police (action d'investigation) ;
- la saisie du juge des enfants (actions de protection des mineurs victimes). ;
- le classement sans suite.
- l'ordonnance de placement provisoire en cas d'urgence.

1.2.2. Le juge des enfants :

Le juge des enfants est chargé de la protection des mineurs en danger moral et physique. Il traite à la fois des dossiers des mineurs délinquants et des mineurs en danger. Il est responsable de

l'instruction, du jugement et du contrôle de l'application des ordonnances d'assistance éducative qu'il rend.

Il peut prendre différentes mesures en fonctions des différentes situations rencontrées :

- des mesures sur la forme : recherches d'informations grâce aux enquête sociales, aux Observations en Milieu Ouvert (O.M.O.), aux consultations médico-psychologiques, et aux investigations et orientations éducatives ;

- des mesures sur le fond : décisions provisoires d'Action Educatives en Milieu Ouvert (A.E.M.O.) ;

- des décisions de placement de l'enfant en dehors du milieu familial ;

- des décisions de tutelle aux prestations familiales.

1.2.3. Le Défenseur des enfants : (68)

Le parlement a adopté le 6 mars 2000 une loi instituant « un Défenseur des enfants, autorité indépendante qui ne reçoit d'instruction d'aucune autorité ». Le Conseil des Ministres du 3 mai 2000 a nommé Claire Brisset Défenseur des enfants. Son mandat est de 6 ans non renouvelable.

Il est chargé de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant.

- Le Défenseur des enfants peut être saisi de cas individuels à propos desquels le droit n'a pas été respecté et qui n'ont pas pu être résolus par les structures en place dans notre société.

- Le Défenseur des enfants a pour rôle d'identifier certains dysfonctionnements collectifs au détriment des enfants.

- Le Défenseur des enfants participe à la promotion des droits de l'enfant.

- Le Défenseur des enfants peut proposer des modifications des textes législatifs quand ils ne respectent pas les droits de l'enfant.

Il peut être saisi directement, par écrit, par les enfants, leurs représentants ou les associations.

1.2.4. Les mesures de protection : (6 ; 38)

Il est important de rappeler les différentes mesures de protection qui peuvent être prises en cas de mauvais traitements sur un mineur.

● *L'Action Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.)* (36) (voir 56) :

Cette mesure basée sur l'article 375 du Code Civil est ordonnée par le juge des enfants, au nom de l'enfant à protéger. Les motifs, les objectifs et la durée de cette mesure doivent être expliqués à la famille et à l'enfant. L'exécution de cette mesure est confiée concrètement aux travailleurs sociaux associés à des psychiatres ou psychologues, des travailleuses familiales ou éducateurs scolaires.

Le travailleur social doit apporter , par cette mesure, aide et conseil à la famille afin de surmonter les difficultés qu'elle rencontre. Il travaille ainsi dans une perspective d'aide et de contrôle des familles :

« Il s'agit de repérer non seulement les signes de souffrances et de maltraitance de l'enfant, les carences mais aussi les compétences des uns et des autres qui serviront de leviers éducatifs ; de connaître les histoires de vie, qui aideront à comprendre et à gérer la mesure. » (38)

« Exercer une mesure d'action éducative en milieu ouvert sur décision judiciaire(...) c'est aider, éduquer, dans un cadre qui donne des limites (...), c'est assurer provisoirement une fonction parentale, non pas de remplacement, mais de soutien et de relèvement. » (38)

● ***L'Accueil Provisoire de l'Enfant :*** (38)

Le placement de l'enfant en dehors du milieu familial est parfois une mesure indispensable quand il est en danger physique ou psychologique auprès de ses parents. La mise à distance de l'enfant et de sa famille peut être l'occasion d'élaborer un lien meilleur entre l'enfant et ses parents.

L'accueil provisoire de l'enfant peut être familial ou institutionnel, et a pour objectif de mettre l'enfant à l'abri d'agressions ou de carences qui peuvent nuire à son développement physique, affectif, et intellectuel, et permet d'établir un projet de lien entre les parents et l'enfant pour préparer l'avenir. Parfois, il est impossible de maintenir des relations et une rupture totale peut être envisagée.

En fonction de l'âge de l'enfant, de sa structure familiale, de sa souffrance, l'accueil pourra prendre différentes formes :

Le placement familial : les familles d'accueil sont obligatoirement agréées par le service de Protection Maternelle et Infantile et formées. Elles bénéficient d'un véritable statut professionnel. Ce type de placement nécessite des équipes pluridisciplinaires d'éducation, de psychologues et de médecins.

Le placement en institution : la plupart de ces institutions reçoivent un agrément de l'A.S.E. et de la justice. Ce type d'hébergement peut prendre différentes formes : les pouponnières, les foyers d'observation et services d'accueil en urgence, les lieux de vie (accueil par petits groupes d'enfants difficiles.), le foyer départemental de l'enfance (spécifique de l'A.S.E.), les villages d'enfants (Accueil des fratries).

2. LES AUTRES PARTENAIRES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE :

2.1. Les professionnels concernés : (38)

Tous les professionnels en relation avec des enfants ou des adolescents sont susceptibles d'être un jour confrontés au problème de la maltraitance et tous sont soumis au même devoir de porter assistance à un enfant ou un adolescent en danger.

C'est dire que les acteurs de la protection de l'enfance sont nombreux et on peut prendre quelques exemples de professionnels concernés.

2.1.1. Les professionnels des maternités : sages-femmes, médecins, puéricultrices et auxiliaires de puériculture. (38)

Le suivi de la grossesse et le séjour à la maternité sont des moments privilégiés pour aider tous les futurs parents, mais plus particulièrement ceux qui, en raison de leur histoire personnelle, vont avoir plus de difficultés à assumer leur parentalité. La grossesse, l'accouchement et la découverte de la parentalité entraînent de grands bouleversements affectifs. L'observation du comportement de la mère, de l'établissement de la relation mère-enfant est capitale à ce stade. Les professionnels des maternités doivent être sensibilisés à ce rôle d'observation et de soutien.

2.1.2. Les professionnels des crèches, des haltes-garderies, les assistantes maternelles indépendantes : (38)

Par la qualité de la prise en charge quotidienne des enfants, ils jouent un rôle important dans l'observation des comportements des enfants, des relations parents- enfants, dans le soutien des familles et dans la prévention des mauvais traitements.

2.1.3. L'école : (38)

C'est un lieu tout à fait privilégié pour l'accueil et l'observation des enfants. C'est un lieu de passage habituel de tous les enfants de plus de 3 ans, et c'est parfois le seul lieu où l'enfant pourrait exprimer sa souffrance.

Les enseignants doivent être sensibilisés à ce rôle de prévention des mauvais traitements.

On pourrait évoquer aussi le rôle des professionnels des centres de vacances, des clubs sportifs, des loisirs concernant les enfants qui ont aussi une mission de protection des enfants en danger. Mais, c'est aussi le devoir de chaque citoyen : voisin, membre de la famille, amis, qui peuvent être des partenaires indispensables au repérage de la maltraitance.

2.2. Le rôle du médecin généraliste : (9 ; 19 ; 25 ; 35 ; 38 ; 40 ; 41)

Les consultations au cabinet du médecin généraliste ou les visites à domicile devraient être des occasions privilégiées d'observation, d'éducation et de prévention des mauvais traitements envers les enfants. Le médecin entre dans les familles, examine le corps des enfants, observe les comportements. Il peut être le témoin de signes évocateurs de maltraitance, peut entendre des appels à l'aide, peut être le témoin d'un dysfonctionnement familial .

Lors des consultations, les mères, sous couvert de doléances médicales, expriment souvent un mal être, un manque de confiance, l'impression de ne pas être une « bonne mère », de ne pas savoir comment faire. Le médecin a un rôle privilégié de prévention en aidant les parents à comprendre ce qu'exprime l'enfant, en les revalorisant dans leur fonction parentale.

Par ailleurs, le médecin doit connaître les différents tableaux sémiologiques qui peuvent révéler toutes formes de mauvais

traitement. Il sera parfois le seul à avoir l'opportunité d'en faire le diagnostic, d'en évaluer le danger et à pouvoir déclencher les mesures de protection appropriées à chaque situation en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires médico-sociales. Il a la possibilité de s'appuyer sur le réseau professionnel impliqué dans la protection administrative et judiciaire et l'obligation de porter secours à la victime.

2.3. Le rôle de l'hôpital : (3 ; 7 ; 9 ; 10 ; 16 ; 24 ; 27 ; 39)

La circulaire DGS /407 2B du 9 juillet 1985 (63) : « L'enfant maltraité et l'hôpital » s'adresse à tous les personnels hospitaliers et traite de la pathologie de la maltraitance, du diagnostic, de l'évaluation du danger, de la relation d'aide à la famille, du travail d'équipe, des autorités à saisir et de la prévention.

La circulaire DGS/DH n°22 du 16 juin 1992 (64) renforce l'organisation des soins et la prévention des mauvais traitements. Elle vise à sensibiliser et à former les personnels à mettre en place une cellule d'accueil et d'orientation en matière de maltraitance.

Ainsi, l'hôpital est un lieu important de repérage des mauvais traitements envers les enfants, d'observation, de soins et de prévention.

La mission de repérage de l'hôpital consiste à une attention de tous les professionnels hospitaliers aux interactions parents-enfants, aux motifs de consultation, aux comportements de l'enfant et de sa famille, en ayant une connaissance des signes évocateurs de maltraitance envers les enfants.

La mission de soins de l'hôpital est plus évidente : le rôle de l'hôpital consiste bien évidemment à soigner les lésions et les troubles physiques ou psychologiques résultant de mauvais traitements.

Le rôle de l'hôpital est aussi la protection et l'observation de l'enfant, de la famille, de la dynamique familiale. L'hospitalisation offre une trêve permettant d'effectuer une évaluation médico-psycho-sociale afin de proposer à la famille et à l'enfant un projet thérapeutique adapté.

La prévention des mauvais traitements incombe aussi à l'hôpital, en portant une attention toute particulière à des périodes de vulnérabilité (hospitalisation en néonatalogie par exemple), en observant des hospitalisations répétées, non justifiées, ou des accidents ou intoxications répétées, en observant les comportements parentaux, en ayant une connaissance approfondie des facteurs de risques qui peuvent favoriser la survenue de différentes formes de maltraitance.

Ce repérage des situations à risque doit conduire à une aide, un accompagnement, un soutien précoce des familles, en s'ouvrant sur les services médico-sociaux et sur les professionnels compétents qui pourront prendre le relais à la sortie d'hospitalisation de l'enfant.

2.4. Le rôle du médecin et le secret professionnel : (3 ; 11 ; 38)

Il convient de rappeler le devoir d'informer et de signaler les situations d'enfants victimes de mauvais traitements et d'évoquer **le secret professionnel** .

La plus ancienne expression du secret professionnel est contenue dans le serment d'Hippocrate :

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

La raison authentique du secret professionnel est de protéger la vie de l'individu dans ce qu'elle a d'intime.

Il nous semble important de reprendre les textes de loi :

Article 226-13 du Code pénal :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende. »

Article 226-14 du Code pénal :

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

En outre, il n'est pas applicable :

- 1) à celui qui informe les autorités judiciaires ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger, en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;*
- 2) au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la république les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »*

Article 434-3 du Code pénal :

« Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privation infligés à un mineur de 15 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 psychologique, d'un état de grossesse, de ne pas informer les autorités officielles ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 francs 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 ».

Article 4 du Code de déontologie :

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

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 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 ».

Ainsi pour le médecin, il n'est pas nécessaire d'avoir une certitude diagnostique pour agir : protéger la victime, éviter les récurrences.

Si l'obligation de secret professionnel oblige le médecin à se taire, le principe d'assistance à personne en danger oblige le médecin à dénoncer et à porter secours à la victime.

En cas de suspicion de sévices « légers », le médecin peut alerter le médecin de P.M.I. qui prendra le relais avec le service de l'A.S.E.

Il peut aussi proposer l'hospitalisation de l'enfant pour l'éloigner du danger et mener une observation approfondie de la situation.

3. CAS PARTICULIER : LE RÔLE DES SERVICES DES URGENCES : (2 ; 10 ; 21 ; 24 ; 29 ; 36 ; 37)

C'est souvent le service des urgences qui représente le premier contact de l'enfant maltraité avec l'hôpital. Beaucoup de choses vont dépendre de ce premier contact et certaines erreurs initiales risquent d'être difficilement rattrapables.

Il s'agit de savoir **reconnaître la nature traumatique des signes et symptômes constatés**, en faire un inventaire rigoureux et en rechercher la cause sans chercher un coupable. Il faut surtout **protéger l'enfant**, le soustraire du danger, du risque de récurrence et l'hospitalisation peut être le moyen le plus adapté.

Ces deux rôles peuvent sembler évidents, pourtant, en pratique, de nombreux obstacles rendent difficile le diagnostic de mauvais traitements : on peut citer pour exemple, la brièveté des consultations aux urgences compte tenu de l'affluence de plus en plus croissante des patients. Par ailleurs, les services des urgences représentent des lieux où derrière un motif banal, ou des lésions mineures, peut se cacher une demande d'aide ou de mise à distance de l'enfant, qu'il convient de déceler en ayant une bonne connaissance de ce problème.

3.1. Démarche diagnostic aux urgences : (2 ; 21 ; 35)

La méconnaissance des violences dont sont victimes les enfants conduit dans la majorité des cas à des récurrences qui peuvent être très graves. Il convient donc d'être très vigilant et d'avoir une bonne connaissance des différentes situations dans lesquelles la maltraitance peut être évoquée .

3.1.1. L'entretien : (2)

● *Entretien avec la famille :*

Les premiers contacts parents-soignants sont déterminants : le médecin doit se garder de toute attitude d'accusation et de jugement en cas de suspicion, sinon la famille risque de refuser l'hospitalisation et la collaboration ultérieure sera compromise. Il doit éviter absolument affirmations et accusations, ne pas générer de conflits . Il ne doit en aucun cas chercher à obtenir des aveux.

L'idéal serait de mener cet entretien dans un lieu calme avec peu de participants et avoir une attitude d'écoute des parents.

Il convient d'orienter l'entretien sur les antécédents familiaux, les conditions de vie, l'anamnèse, à la recherche de facteurs de risque potentiels.

Au terme de cet entretien, le médecin suspectera une maltraitance dans différentes situations : (2)

- l'invraisemblance entre les lésions observées et leur explications ;
- le caractère contradictoire d'un entretien à l'autre ;
- le retard de l'hospitalisation ;
- l'absence d'explication ;
- le déni parental ;
- l'indifférence affective à l'égard de la souffrance de l'enfant .

Le médecin peut par ailleurs être faussement rassuré, il ne doit pas se laisser abuser par des parents « normaux » ou « séducteurs », des parents paraissant vigilants et attentionnés, des conditions sociales confortables, ni par un enfant paraissant manifester de l'affection pour sa famille.

● ***Entretien avec l'enfant :***

Quand c'est possible, il faut essayer d'obtenir un entretien avec l'enfant seul. Il est fondamental d'écouter l'enfant et de le placer au centre des préoccupations. Le médecin doit savoir lui faire confiance, lui poser des questions simples, ouvertes sur l'origine des lésions retrouvées sans suggérer de réponses, le rassurer, ne pas accuser les adultes suspectés, lui expliquer l'intérêt de l'hospitalisation et savoir respecter son silence.

Après ces entretiens, le médecin sera en mesure de faire une évaluation psycho- sociale de l'enfant et de son environnement et rechercher des facteurs de risque (2)

- Les facteurs de risque concernant l'enfant : peuvent être cités, la prématurité, les maladies chroniques, les handicaps, les hospitalisations ou séparations prolongées dans les antécédents, les troubles du comportement.
- Les facteurs de risque concernant la fratrie : les antécédents de placement, de suivi administratif ou judiciaire, les grossesses rapprochées, les antécédents de mort subite du nourrisson.
- Les facteurs de risque concernant les parents : le chômage, les familles mono-parentales, l'isolement socio-culturel et familial, les toxicomanies et l'alcoolisme, les maladies mentales, les troubles psychiatriques, l'absence d'émotion, l'indifférence à l'enfant.

3.1.2. Le motif de consultation : (2)

Selon les circonstances d'accueil, la prise en charge de l'enfant et de la famille sera différente :

- L'enfant peut être amené par un parent ou un autre adulte, la maltraitance est alors le motif de la consultation. L'enfant et l'adulte sont déjà informés du motif de l'hospitalisation, ils sont demandeurs d'aide et se placent dans une démarche volontaire. L'équipe hospitalière est organisée pour l'accueil de l'enfant.

- La maltraitance est suspectée alors que le motif de consultation est tout autre : l'enfant est parfois amené pour des lésions visibles, d'autres fois, il est amené pour une toute autre raison et c'est l'examen clinique qui découvre une ou des lésions suspectes.

L'examen du carnet de santé peut orienter le médecin et peut révéler des antécédents d'hospitalisations fréquentes pour intoxications accidentelles, ou brûlures à répétition dans différents services. Par ailleurs, il peut révéler l'absence de suivi médical, l'absence de vaccination pouvant laisser penser à des carences de soin.

Suivant le motif de consultation, une maltraitance peut être suspectée : quelques exemples peuvent être cités : (2)

- lésions traumatiques dont l'explication est absente ou non cohérente.

- Grande hypotrophie staturo pondérale.

- Troubles du comportement.

- Accidents ou intoxications répétés.

- Demande d'hospitalisation ou à l'inverse refus d'hospitalisation.

- Motifs évoquant un abus sexuel : douleur abdomino-pelvienne, encoprésie, énurésie, pertes vaginales, lésions des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles, anorexie, boulimie, fugue, tentative de suicide, troubles du sommeil, terreur nocturne, isolement, repli sur soi, hyperactivité, masturbation compulsive, crainte inexpliquée de grossesse, propos ou jeux sexuels inadaptés à l'âge, inhibition ou pudeur excessive, agression sexuelle...

3.1.3. L'examen clinique complet : (2 ; 11)

Tout examen clinique d'un enfant doit être complet.

Devant toute suspicion de maltraitance, il faut examiner le corps de l'enfant entièrement, à la recherche de signes cliniques évocateurs.

● Recherche des signes évocateurs de lésions traumatiques:

Il faut rechercher des signes de lésions traumatiques du cuir chevelu, du visage, des lombes et des parties couvertes.

- **Les lésions tégumentaires** : les ecchymoses et hématomes multiples d'âge différent avec des formes de doigts ou de corde. Les plaies par griffure, morsure, marque de fouet, de ceinturon. Les brûlures par immersion, par contact, par cigarette. Les plaques d'alopécie.

Dans ces situations, le médecin doit garder en tête les diagnostics différentiels de ces lésions : il convient d'éliminer un purpura, un trouble de l'hémostase, une tâche mongoloïde, le cao-gio asiatique (ecchymose secondaire à la friction d'un objet chauffé).

- **Les lésions O.R.L.** : plaie endobuccale qui peuvent être le signe d'une alimentation forcée chez un enfant anorexique par exemple.

- **Les fractures** du crâne, des côtes, des os propres de nez, des membres. Toutes les fractures peuvent se rencontrer et ne sont pas spécifiques.

Le syndrome de Silverman est décrit chez le nourrisson : il associe des fractures multiples d'âges différents, des décollements périostés et des arrachements épiphysaires en rapport avec des étirements, des torsions lors de changes brutaux. Les signes clinique sont souvent pauvres, réduits à des pleurs incessants.

- **L'hématome sous dural** : il peut être suspecté devant une augmentation du périmètre crânien, une fontanelle bombante, des troubles du comportement, des convulsions ou une détresse vitale. Il est rarement en rapport avec une chute accidentelle, mais il est souvent dû à des coups répétés sur le crâne de l'enfant ou à des secousses itératives de la tête à l'origine de possible séquelles graves (syndrome du bébé secoué). (14 ; 50)

- **Les lésions viscérales** : contusion thoracique ou abdominale, une rupture du foie ou de la rate, un syndrome occlusif révélant des hématomes du duodénum.

- **Les lésions du périnée**, de l'anus, fissure anale, anus béant, hématome du périnée, lacérations, trace de sang , de sperme. Certains aspects de la verge peuvent évoquer certains sévices : irritations, écoulements, rupture du frein de la verge, trace de striction. L'aspect de la vulve peut aussi être suspect : érythème,

œdème, érosion, absence d'hymen, maladies sexuellement transmissibles. (18 ; 24 ; 49)

● ***Recherche d'une atteinte de l'état général suspect de maltraitance.***

Les signes évocateurs peuvent être une hypotrophie staturo pondérale, un nanisme psycho affectif, un retard des acquisitions, une dénutrition.

● ***Recherche de troubles du comportement témoignant d'une situation de maltraitance :***

Des signes peuvent alerter le médecin : une apathie, un état d'agitation, une agressivité, des troubles de la conscience, des troubles du comportement alimentaire, une avidité affective, des troubles du sommeil, un syndrome dépressif ou anxieux.

Chez le plus grand, l'adolescent, certains événements doivent conduire à rechercher des signes de maltraitance physique ou psychologique : l'échec scolaire, les fugues, les tentatives de suicide, les douleurs abdominales répétées. (48)

Tous les éléments cliniques et anamnestiques doivent être consignés avec précision dans l'observation.

« si aucune lésion prise isolément n'a de caractère spécifique, c'est devant leur association, leur forme, leur siège, leur évolution en corrélation avec l'âge de l'enfant que le diagnostic de mauvais traitements s'imposera ou sera fortement suspecté, quelque soit le milieu. » A.F.I.R.E.M.

3.1.4. Les examens complémentaires :

Il est parfois nécessaire d'approfondir l'examen clinique par certains examens complémentaires.

- Une échographie abdominale peut être nécessaire à la recherche d'une contusion abdominale, d'un hématome viscéral, de rupture du foie ou de la rate.
- Un scanner cérébral sera indispensable au diagnostic d'hématome sous-dural .
- Un fond d'œil mettra en évidence des signes d'hémorragie rétinienne en flammèche évoquant le syndrome de l'enfant secoué.
- Une radiographie du crâne montrera d'éventuelles fractures.
- Une radiographie de squelette corps entier ou plutôt une scintigraphie osseuse recherchera un syndrome de Silverman.
- Une recherche d'anomalie de l'hémostase permettra de faire un diagnostic différentiel. (Purpura thrombopénique, hémophilie et autres affections hématologiques)
- Dans une situation d'abus sexuel : dosage des béta H.C.G., les sérologies H.I.V., hépatites C et B, TPHA/VDRL, prélèvement vaginal à la recherche d'une infection (gonocoque, chlamydia...), recherche de sperme dans tous les endroits suspects si l'agression date de moins de 72 heures.

3.2. Conduite à tenir : (2 ; 11 ; 25)

« il n'est pas nécessaire d'avoir une certitude pour hospitaliser l'enfant suspect d'être victime de maltraitance. En cas de suspicion, l'hospitalisation s'impose. » (2)

L'hospitalisation permettra d'assurer la protection immédiate de l'enfant. Par la suite, un travail pluridisciplinaire, en prenant le temps d'élaborer un bilan médical, social, psychologique, psychiatrique aboutira à une synthèse de la situation, dans le but de proposer les solutions les plus adaptées.

Il est donc essentiel de convaincre de la nécessité d'hospitaliser l'enfant, (ce qui n'est pas toujours simple dans un

service des urgences) en facilitant l'accueil de la famille en difficulté dans un climat d'écoute et de confiance. De vives réactions émotionnelles chez les professionnels sont une difficulté supplémentaire à la prise en charge de ces situations. Dans le cadre d'un service des urgences, le médecin ne doit pas rester seul pour résoudre ces problèmes et doit se garder de porter un jugement ou une accusation.

Bien que chaque situation soit particulière, on peut tenter de proposer une conduite à tenir. En fonction du danger pour l'enfant et de la coopération des parents, on peut distinguer deux situations cliniques relativement différentes et deux démarches administratives et judiciaires peuvent être envisagées.

● ***En cas de sévices graves ou de danger immédiat pour l'enfant : (2)***

Le médecin doit tout faire pour convaincre de l'intérêt d'une hospitalisation. Avec l'accord des parents, et après information du médecin qui accueillera l'enfant, l'enfant sera admis dans un service de pédiatrie (ou de chirurgie) où un bilan médical, une observation, un bilan social, psychologique et psychiatrique auront lieu.

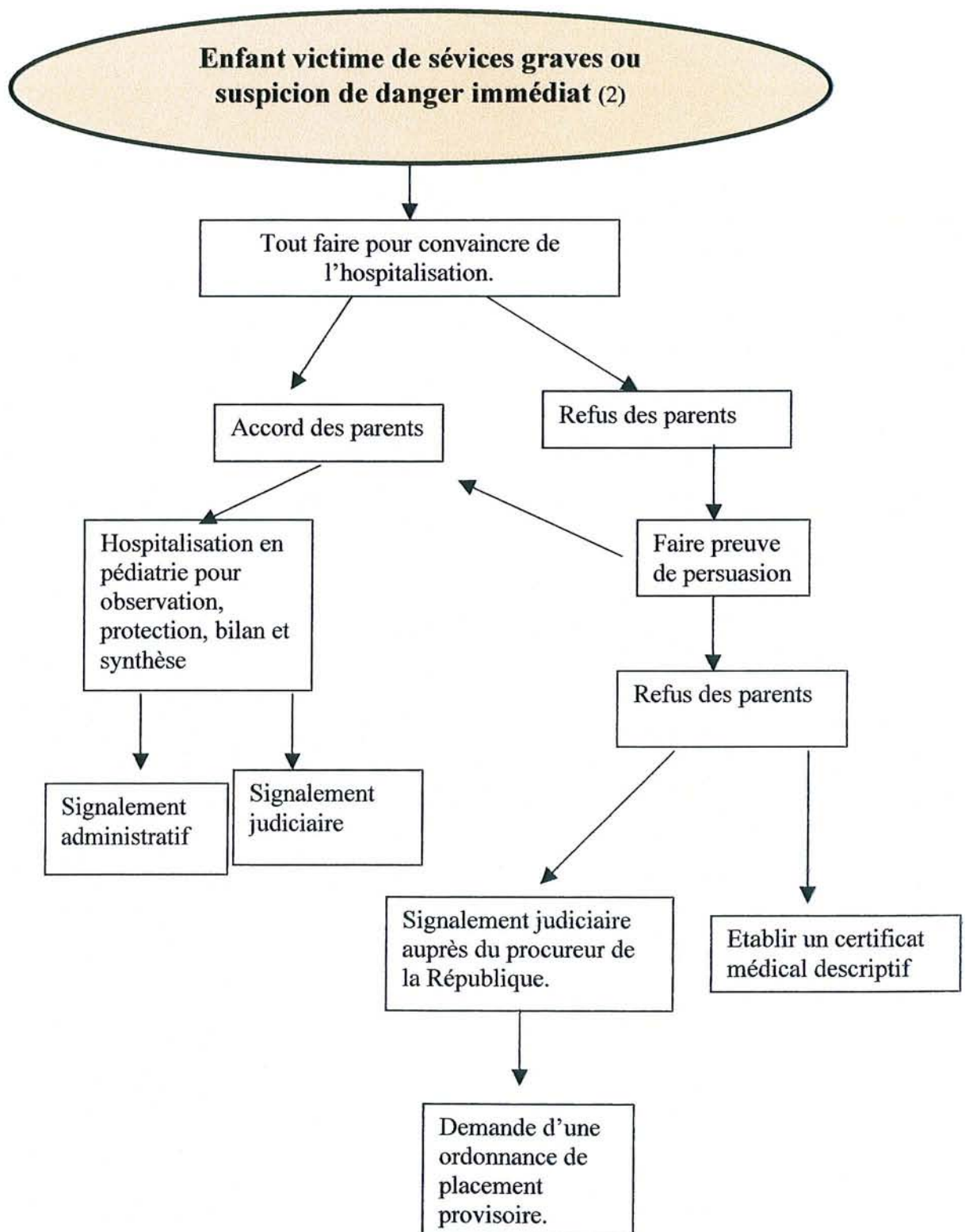
En cas de refus persistant des parents, le médecin des urgences établira un certificat médical descriptif et prendra contact avec le procureur de la République ou avec le substitut du procureur chargé des mineurs (joignable 24h/24 par téléphone ou par fax) afin de faire un signalement judiciaire en urgence. Ce signalement peut comporter une demande d'ordonnance de placement provisoire à l'hôpital.

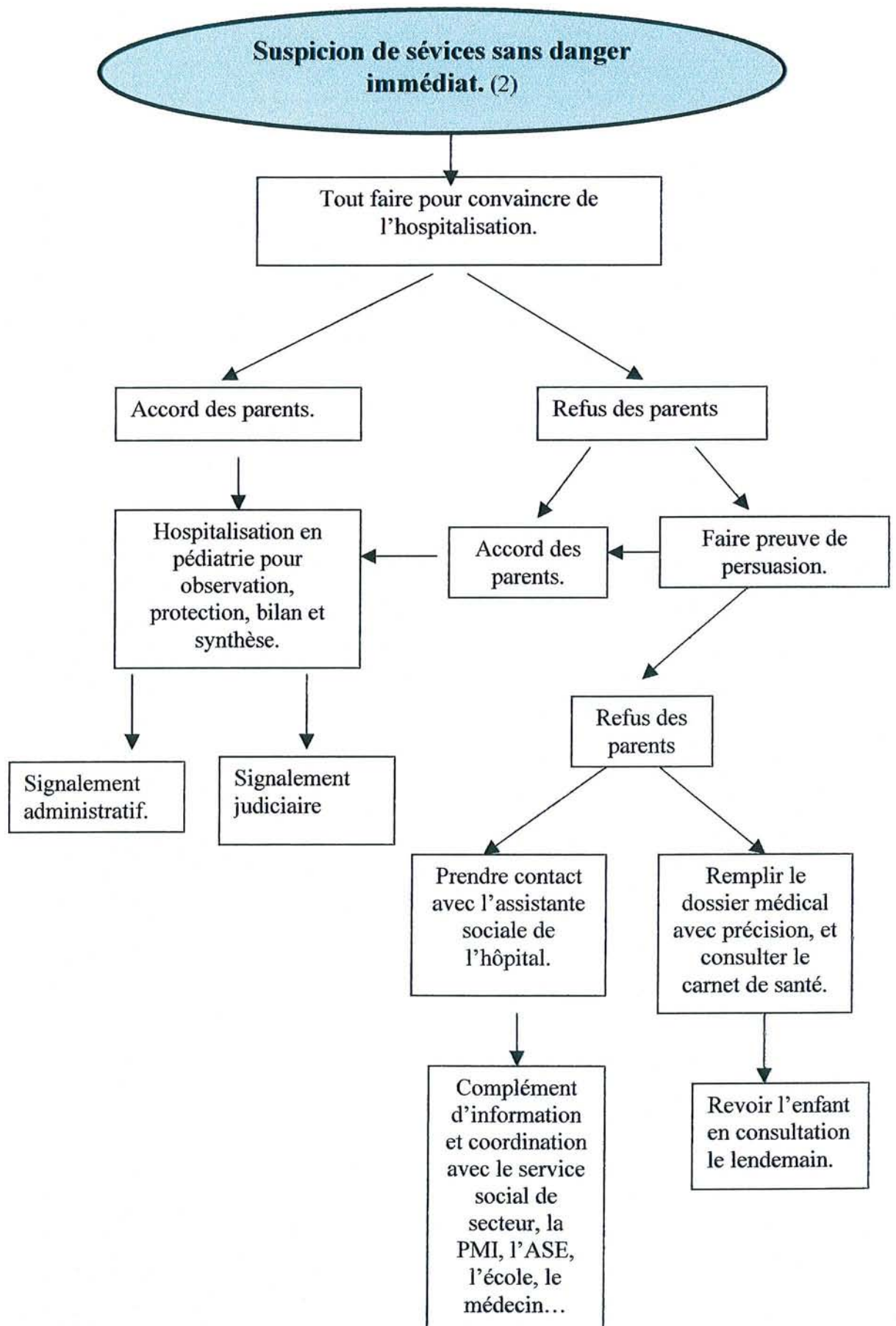
● ***En cas de sévices sans danger avéré dans l'immédiat : (2)***

Le médecin des urgences doit tout faire pour convaincre de l'intérêt d'une hospitalisation.

Avec l'accord des parents, l'enfant sera hospitalisé dans un service de pédiatrie, où, en prenant le temps, un bilan global et une observation seront réalisés.

En cas de refus de coopération des parents, le médecin des urgences doit étudier le carnet de santé de l'enfant, remplir le dossier médical avec précision, prendre contact avec le médecin traitant, le pédiatre de l'hôpital et si possible avec l'assistante sociale de l'hôpital pour établir un lien avec le service social de secteur.





TROISIEME PARTIE :

EXPERIENCE DES SERVICES

DES URGENCES DE LORRAINE

1 ENQUETE AUPRES DES MEDECINS :

1.1. Objectifs :

Les services des urgences sont-ils adaptés au dépistage des enfants victimes de mauvais traitements ?

Les professionnels sont-ils sensibilisés à ce problème ?

La pratique médicale aux urgences permet-elle de faire le diagnostic de maltraitance ?

Le fonctionnement des services des urgences est-il compatible avec la recherche de signes cliniques de mauvais traitements envers les enfants ?

Les services des urgences ne sont-ils pas au contraire des lieux anonymes où l'on ne pose pas trop de questions et qui peuvent servir aux parents de lieux de soins sans éveiller les soupçons sur une éventuelle maltraitance ?

Après ces nombreuses interrogations et des avis partagés avec l'équipe des urgences de Bar le Duc, il nous est apparu que les services des urgences étaient une structure importante pour le dépistage des enfants et des adolescents victimes de maltraitance, et nous avons élaboré un projet d'enquête auprès de tous les services des urgences de Lorraine.

Par le biais de cette enquête, nos objectifs étaient de :

- **connaître les comportements, les attitudes et l'expérience des médecins travaillant dans les services des urgences de Lorraine concernant les enfants et les adolescents victimes de maltraitance ;**
- **apprécier les connaissances administratives et juridiques des médecins des urgences de Lorraine au sujet de la maltraitance des enfants ;**

- **préciser les attentes des médecins ;**
- **sensibiliser les médecins au problème des enfants et des adolescents victimes de maltraitance ;**
- **améliorer le dépistage et la prise en charge dans les services des urgences de Lorraine des enfants et des adolescents victimes de maltraitance .**

1.2. Présentation des services des urgences de Lorraine :

(1)

D'après le document relatif à l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire (S.R.O.S.) à propos des services d'urgences, publié par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) de Lorraine (1), on distingue les différents types de structures suivantes:

- **Services d'Accueil des Urgences (SAU)** qui ont la fonction d'accueillir 24 h / 24, sans sélection, tous les jours, toute personne en situation d'urgence, y compris psychiatrique et sociale et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

Peuvent être siège d'un SAU les établissements qui disposent d'un service de réanimation, un service de médecine interne, un service de médecine cardio-vasculaire avec unité de soins intensifs cardiologiques, un service de pédiatrie, un service d'anesthésie-réanimation, un service de chirurgie orthopédique et traumatologique, un service de chirurgie viscérale.

- **Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU)** qui ont la fonction d'accueillir 24 h / 24, tous les jours, toute personne en situation d'urgence, y compris psychiatrique et sociale.

Peuvent être le siège d'une UPATOU tout établissement qui dispense en hospitalisation complète des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie, et tout établissement qui dispose d'un service de médecine en hospitalisation complète.

- **Pôles Spécialisés d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU)** qui ont la fonction d'accueillir 24 h / 24 sans sélection tout patient relevant de sa spécialité.

Peuvent être le siège d'un POSU les établissements prenant en charge les enfants malades ou blessés, ou des affections touchant un même organe ou une même fonction.

- **Centres de Soins Immédiats ou non programmés (CSI)** qui ont la fonction de dispenser des soins immédiats à des patients qui se présentent à leurs consultations spontanément. En cas d'urgence ou de détresse, ils doivent donner les premiers secours et assurer la continuité des soins.

Il n'y a aucune liste établie à ce jour, il s'agit d'une démarche volontaire des établissements pour l'organisation d'une réponse aux soins non programmés qui n'est pas soumise à autorisation par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

1.3. Répartition géographique des services d'urgences. (1)

- Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU)

Secteur sanitaire Lorraine nord:

Centre Hospitalier de Verdun

Centre Hospitalier Régional de Thionville

Centre Hospitalier Régional de Metz

Secteur sanitaire Lorraine nord-est:

Centre Hospitalier de Forbach

Secteur sanitaire Lorraine sud :

Centre Hospitalier d'Epinal

Secteur sanitaire Lorraine centre:

Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy

- Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (U.P.A.T.O.U.)

Secteur sanitaire Lorraine-nord :

Hôpital de Mont Saint Martin.

Centre Hospitalier de Briey.

Secteur sanitaire Lorraine nord-est :

Centre Hospitalier de Sarreguemines

Hôpital saint Avoild.

Centre Hospitalier de Sarrebourg.

Secteur sanitaire Lorraine sud :

Centre Hospitalier de Remiremont.

Secteur sanitaire Lorraine centre

Centre Hospitalier de Toul.

Centre Hospitalier de Pont à Mousson.

Centre Hospitalier de Lunéville.

Centre Hospitalier de Bar le Duc.

Centre Hospitalier de Neufchâteau.

Centre Hospitalier de Saint Dié.

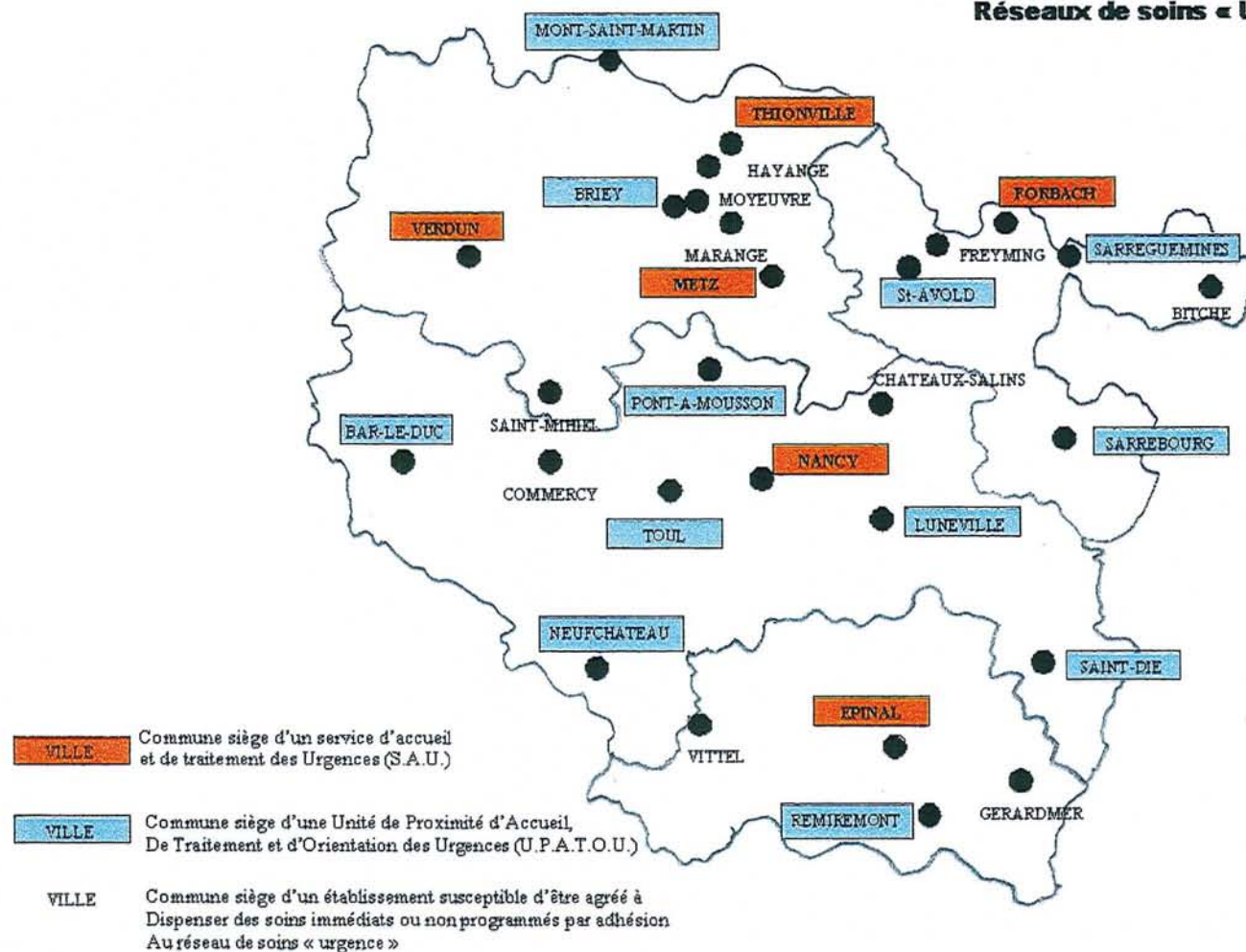
- Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences (P.O.S.U.)

Hôpital d'enfants. Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy.

- Centres de Soins Immédiats ou non programmés :

Commercy, Saint-Mihiel, Bitche, Gérardmer, Vittel, Moyeuvre, Marange, Hayange.

Schéma Régional d'Organisation sanitaire de Lorraine **Réseaux de soins « Urgence »**



Carte de répartition géographique : (1)

2. METHODES :

2.1 Le questionnaire :(Annexe 3)

Le questionnaire a pour but de recueillir des informations sur la structure des différents services, sur la pratique médicale, sur les connaissances administratives et juridiques et sur le ressenti des médecins des urgences au problème de la maltraitance des enfants et des adolescents dans leur activité.

Le questionnaire comporte 30 questions

Dont :

11 questions concernent la structure et l'organisation des services.

10 questions concernent la pratique médicale.

7 questions concernent les connaissances juridiques et administratives.

2 questions informent sur le ressenti des médecins.

Parmi ces questions on note :

8 questions ouvertes.

5 questions dont les réponses sont à choisir parmi des items proposés.

17 questions à réponse unique (oui / non), dont 11 réponses sont précisées de façon ouverte.

2.2. Le recueil de l'information :

Afin d'obtenir des résultats exploitables, nous avons réalisé une enquête exhaustive par téléphone auprès de tous les médecins des services des urgences de Lorraine de octobre 2000 à juin 2001.

Plutôt que de recueillir l'information par courrier, ce qui engendre un grand nombre de non réponses, nous avons préféré un entretien avec chaque médecin.

L'idéal aurait été une rencontre avec chaque médecin, mais la distance entre les différents services et le manque de disponibilité

des médecins du fait des urgences et du mode de fonctionnement des gardes rendaient cette pratique difficilement réalisable.

Tous les médecins responsables des services des urgences ont été contactés par téléphone pour les informer de notre projet et convenir d'un rendez-vous téléphonique pour répondre à l'enquête, et ainsi connaître le nombre de médecins à joindre dans le service.

Nous avons pu avoir un entretien téléphonique d'une durée d'environ 15 minutes avec chaque médecin de octobre 2000 à juin 2001.

2.3. Taux de retour de l'information :

164 médecins ont répondu à l'enquête.

13 médecins n'ont pas répondu (6 refus, 1 maladie, 6 non disponibles).

6 médecins travaillant dans plusieurs services des urgences, ont répondu une seule fois au questionnaire.

Les différents services contactés sont les suivants :

- Nancy Hôpital d'enfants : P.O.S.U. 5 médecins.
- Epinal : S.A.U. 7 médecins
- Forbach : S.A.U. 6 médecins
- Metz Hôpital Bonsecours: S.A.U. 23 médecins
- Thionville : S.A.U. 12 médecins
- Verdun : S.A.U : 11 médecins
- Bar le Duc : U.P.A.T.O.U. 7 médecins
- Briey :U.P.A.T.O.U. 5 médecins
- Longwy : U.P.A.T.O.U. 13 médecins
- Lunéville : U.P.A.T.O.U. 6 médecins
- Neufchâteau : U.P.A.T.O.U. 5 médecins
- Pont à Mousson : U.P.A.T.O.U. 3 médecins
- Remiremont : U.P.A.T.O.U. 4 médecins

- Saint Dié : U.P.A.T.O.U. 4 médecins
- Saint-Avold : U.P.A.T.O.U. 2 médecins
- Sarrebourg : U.P.A.T.O.U. 5 médecins
- Sarreguemine U.P.A.T.O.U. 4 médecins
- Toul : U.P.A.T.O.U. 9 médecins
- Bitche : C.S.I. 2 médecins
- Commercy : C.S.I. 4 médecins
- Gérardmer : C.S.I. 2 médecins
- Hayange : Alpha santé : C.S.I. 4 médecins
- Marange : Hôpital Saint François : C.S.I. 5 médecins.
- Moyeuvre : Hôpital Saint Maurice : C.S.I. 3 médecins
- Saint-Mihiel : C.S.I. :4 médecins
- Vittel : C.S.I. 4 médecins
- Freyming Merlebach : clinique ambulatoire 5 médecins.

2.4. Analyse des résultats :

Après les informations recueillies, les données de l'enquête ont été saisies, de façon anonyme, au Service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques du C.H.U. de Nancy sur ACCESS.

Les résultats sont présentés tels que l'enquête a été menée auprès des médecins. Chaque question est exposée avec les réponses correspondantes exprimées en nombre (N) ou en proportion pour cent (P).

La comparaison des résultats a été effectuée au seuil de 5% à l'aide du test de Khi2 de Pearson pour la comparaison entre deux variables qualitatives.

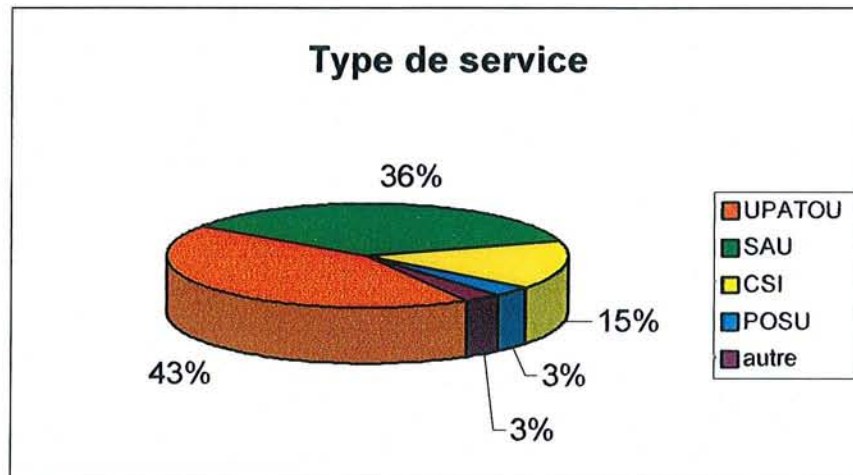
La comparaison entre une variable qualitative et une variable quantitative utilise :

- l'analyse de variance si les variables ont une distribution normale
- le test de Kruskal-Wallis si les variables n'ont pas une distribution normale.

3. LES RESULTATS DE L'ENQUETE :

3.1. Résultats concernant la structure des services :

Question n°1 : Dans quel type de service travaillez-vous ?

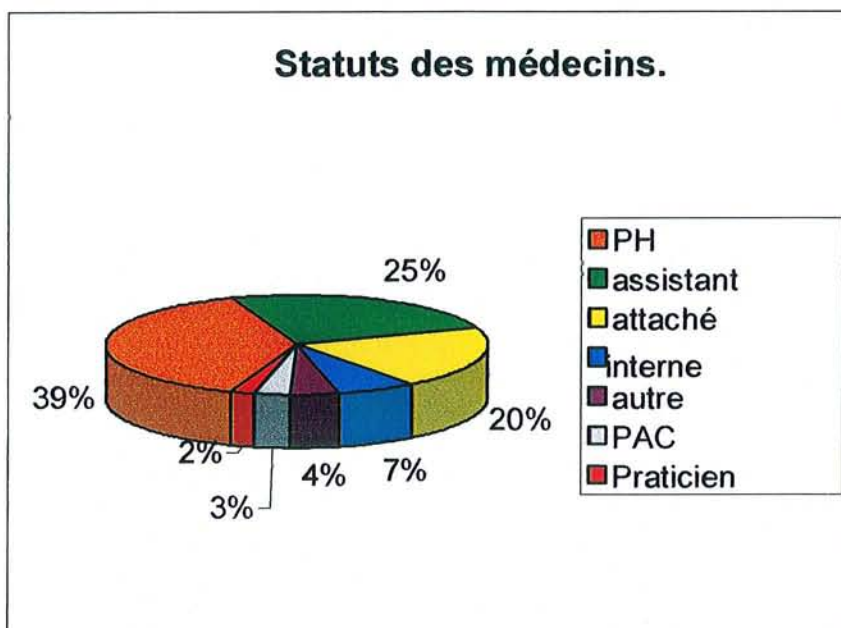


La majorité des médecins interrogés ont une activité dans une Unité de Proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences (N=70), ou d'un Service d'Accueil et de traitement des Urgences (N=59).

Question n°2 : Quel est votre statut ?

Les médecins interrogés ont le plus souvent un statut de Praticien Hospitalier (39,0%), d'assistant (25%) ou d'attaché (20,1%), puis les internes représentent 7% des médecins interrogés.

Seuls les praticiens hospitaliers et les assistants ont un statut fixe dans le service, par opposition aux médecins attachés, ou aux internes



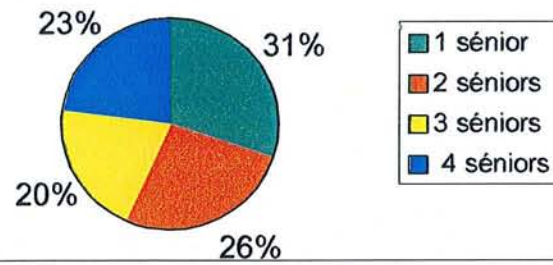
Question n°3 : Quel est le nombre de médecins travaillant dans votre service ?

	Moyenne :	Valeur mini et maxi
Nombre de séniors	9,1	[3-20]

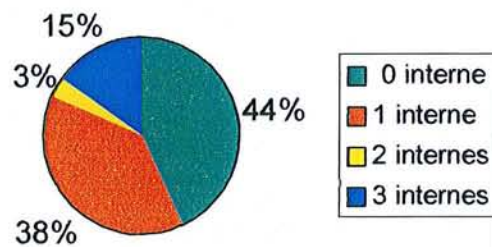
	Moyenne :	Valeur mini et maxi
Nombre d'internes	1,9	[0-8]

En moyenne, on compte 9,1 médecins séniors et 1,9 internes par service avec de grandes variations. Le service des urgences de Metz Bonsecours compte par exemple 20 médecins séniors et 8 internes.

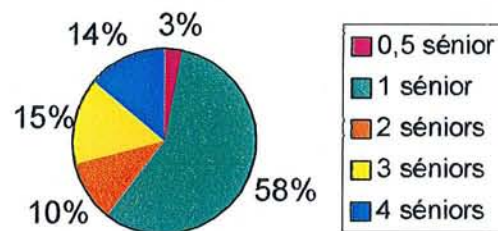
Proportion de séniors le jour



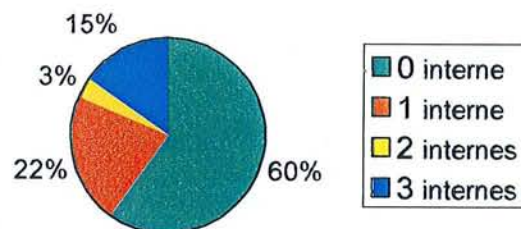
Proportion d'internes le jour.



Proportion de séniors la nuit.



Proportion d'internes la nuit.



On constate que les internes ont toujours un référent « sénior ». Mais on note que souvent le sénior est seul (58% la nuit et 30% le jour). Ce qui implique qu'en cas de surcharge de travail imprévisible, il puisse être moins disponible.

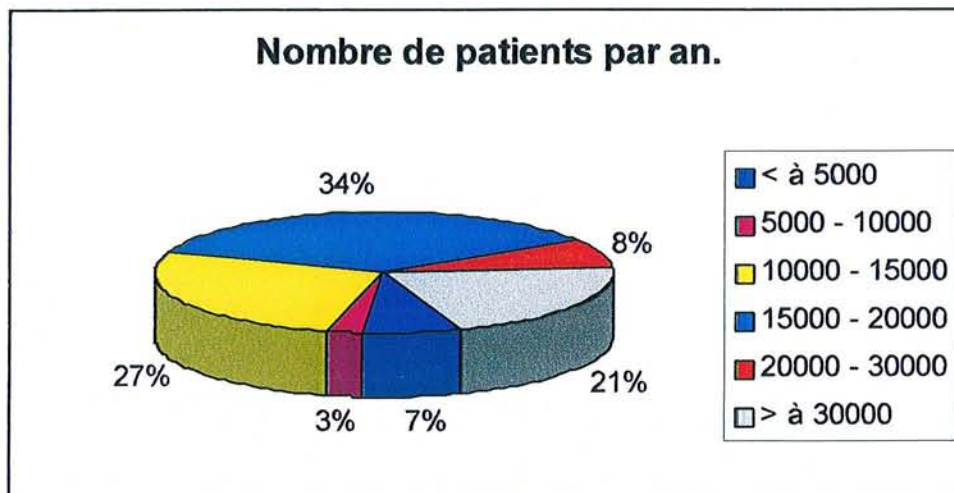
Seul le service des urgences de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy ne dispose pas d'un sénior présent 24h sur 24. Les internes assurent la garde jour et nuit et le sénior est présent le jour et la nuit de 20h à minuit.

Question n°4 : Quel est le nombre d'années d'expérience que vous avez dans les urgences ?

Les médecins interrogés ont une moyenne de 7,4 années d'expérience dans les services des urgences avec de grands écarts variant de 6 mois pour les internes à 30 ans pour les médecins ayant le plus d'expérience.

Question n°5 : Quel est le nombre de passage de patients par an dans votre service ?

Nombre de passage par an	Nombre de médecins	Proportion des médecins
< à 5000	11	6,9
5000 - 10000	4	2,5
10000 - 15000	43	27,0
15000 - 20000	56	35,2
20000 - 30000	12	7,5
> à 30000	33	20,8



Les médecins, pour le plus grand nombre (N=99) ont une activité dans un service qui accueille entre 10 000 et 20 000 patients par an.

Les services des urgences qui accueillent moins de 5 000 patients par an sont : Bitche, Commercy, Moyeuvre et Saint-Mihiel.

Les services des urgences qui accueillent entre 5 000 et 10 000 patients par an sont : Gérardmer et Vittel.

Les services des urgences qui accueillent entre 10 000 et 15 000 patients par an sont : Hayange, Lunéville, Neufchâteau, Marange, Pont à Mousson, Remiremont et Toul.

Les services des urgences qui accueillent entre 15 000 et 20 000 patients par an sont : Bar le Duc, Briey, Forbach, Freyming-Merlebach, Longwy, Saint-Avold, Saint-Dié, Sarrebourg, Sarreguemines, et Verdun.

Les services des urgences qui accueillent entre 20 000 et 30 000 patients par an sont : Epinal et l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy.

Les services qui accueillent plus de 30 000 patients par an sont : Metz et Thionville.

Question n°6: Votre service prend-il en charge les enfants et les adolescents de moins de 15 ans ?

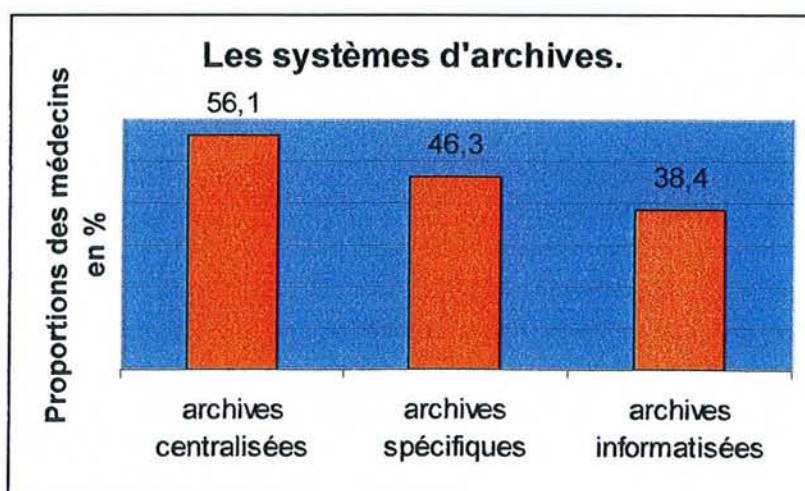
Prise en charge d'enfants		Nombre de médecins	Proportion des médecins
urgences médicales	Oui	71	43,3
	Non	93	56,7
urgences chirurgicales	Oui	162	98,8
	Non	2	1,2

Tous les services contactés prennent en charge des enfants et des adolescents de moins de quinze ans 24 heures sur 24 pour les urgences chirurgicales.

Seulement 43,3% des médecins traitent les enfants venant aux urgences pour des consultations d'ordre médical.

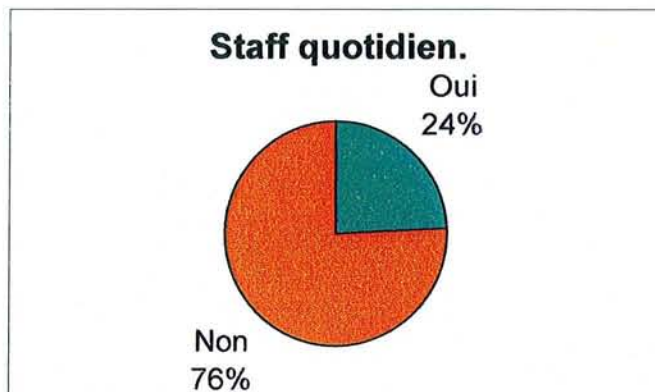
Le plus souvent, les enfants sont pris en charge, pour les motifs de consultation d'ordre médical, directement dans le service de pédiatrie de l'établissement

Question n°7: Quel est le système d'archives de votre service ?



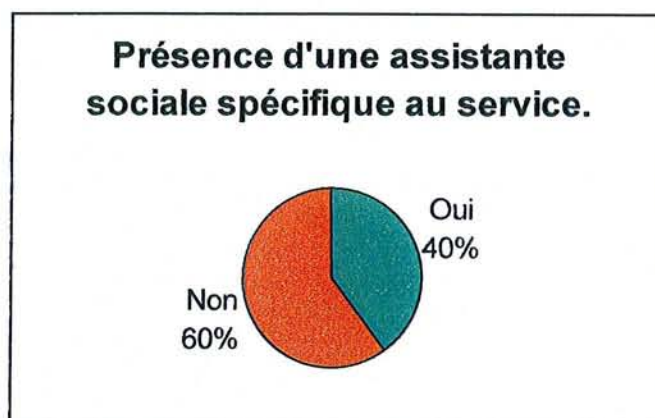
Parmi les médecins interrogés, 92 médecins disposent d'un système d'archives centralisées avec toutes les archives du Centre Hospitalier, 76 médecins bénéficient d'un système spécifique à leur service et donc plus facilement accessible, et 63 médecins ont un système d'archives informatisées .

Question n°8: Dans votre service, y a t-il un staff quotidien permettant d'exposer les dossiers de la veille ?



Seulement 2 services des urgences (Hôpital d'enfants du C.H.U. de Nancy et Metz Bonsecours) pratiquent un staff quotidien permettant d'exposer les dossiers de la veille.

Question n°9 : Existe t-il une assistante sociale spécialement affectée à votre service ?



39,6% des médecins interrogés travaillent avec une assistante sociale spécialement affectée au service. Ceci implique qu'elle est facilement disponible et peut être un soutien important en journée.

Question n°10 : Dans votre service existe t-il un psychiatre ou un psychologue que vous pouvez joindre en urgence ou rapidement ?

56,7% des médecins ont la possibilité de contacter rapidement un psychiatre, un psychologue ou un infirmier du secteur de psychiatrie.

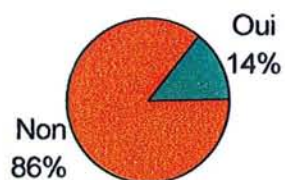


Question n°11 : En ce qui concerne la prise en charge des enfants et des adolescents de moins de 15 ans victimes de maltraitance existe t-il dans votre service, une personne référente, un protocole de conduite à tenir, une liste des principaux numéros de téléphone ?

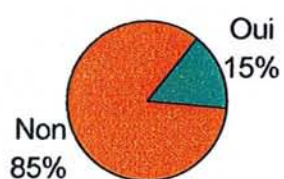
La majorité des médecins interrogés ne disposent pas de personne référente concernant la prise en charge des enfants victimes de maltraitance (86%), ni de protocole de conduite à tenir (84,8%).

42,7% d'entre eux bénéficient d'une liste des coordonnées de personnes à contacter en cas d'urgences (Procureur de la République).

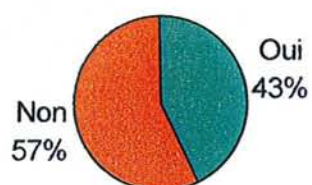
**Présence d'une personne
référente dans le service.**



**Présence d'un protocole
dans le service.**

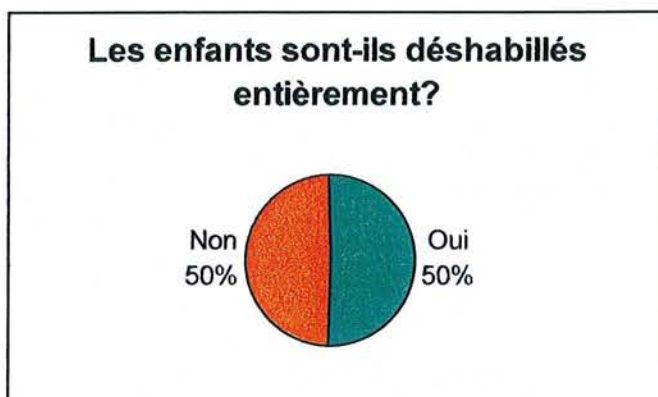


**Présence d'une liste des
principaux numéros de
téléphone.**



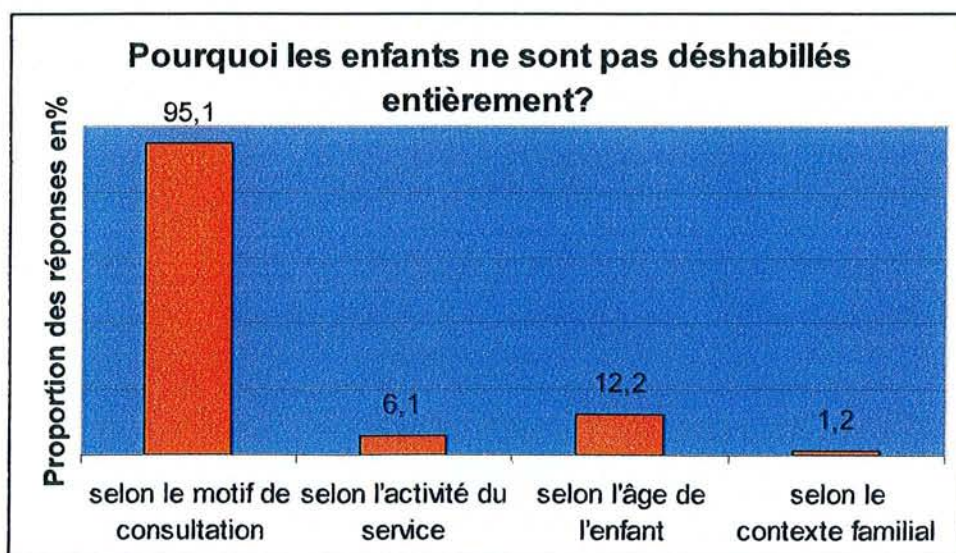
3.2. Résultats de l'enquête concernant la pratique médicale :

Question n°12 : Quand vous examinez un enfant, avez-vous l'habitude de le déshabiller entièrement ?



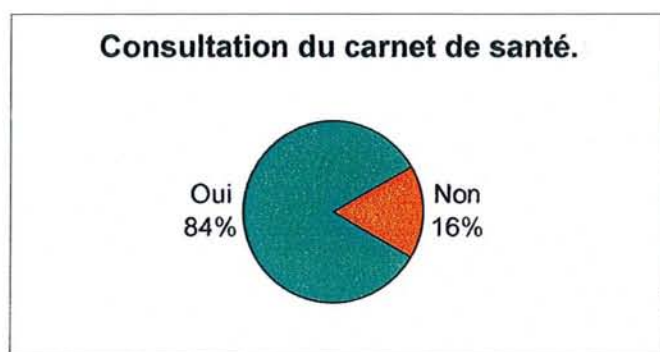
Si non, pourquoi ?

	N	P
selon le motif de consultation	78	95,1
selon l'activité du service	10	12,2
selon l'âge de l'enfant	5	6,1
selon le contexte familial	1	1,2



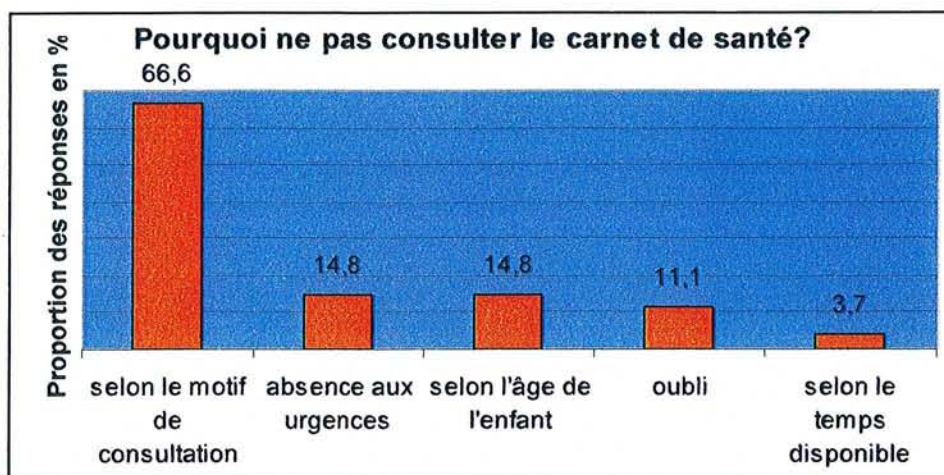
50% des médecins ne déshabillent pas entièrement les enfants. La raison principale évoquée est le *motif de consultation* (95,1%). Dans les commentaires libres on retient : « on ne déshabille pas toujours un enfant qui vient pour une entorse de cheville, une plaie du doigt, ni une plaie du cuir chevelu . ». Le fait de déshabiller ou non un enfant dépend aussi de *l'activité du service* (12,2%) et donc du temps disponible.

Question n°13 : Demandez-vous habituellement à consulter le carnet de santé ?



Si non, pourquoi ?

	N	P
selon le motif de consultation	18	66,6
Absence aux urgences	4	14,8
selon l'âge de l'enfant	4	14,8
Oubli	3	11,1
selon le temps disponible	1	3,7

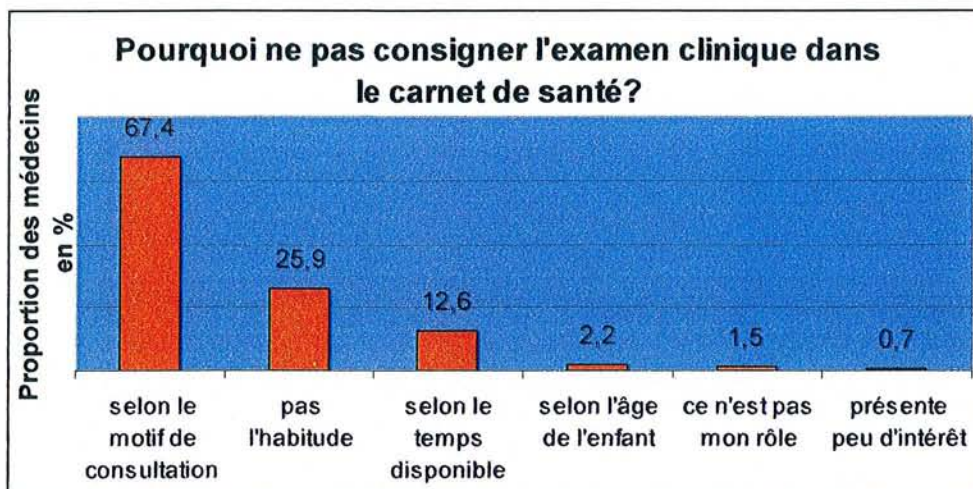


Question n°14 : Consignez-vous habituellement votre examen clinique dans le carnet de santé ?



Si non, pourquoi ?

	N	P
selon le motif de consultation	91	67,4
pas l'habitude	35	25,9
selon le temps disponible	17	12,6
Selon l'âge de l'enfant	3	2,2
ce n'est pas mon rôle	2	1,5
présente peu d'intérêt	1	0,7



Parmi les médecins interrogés, 83,5% consultent habituellement le carnet de santé (souvent pour s'assurer de la validité de la vaccination antitétanique en cas de plaie).

16,5% des médecins affirment ne pas consulter le carnet de santé. Parmi les raisons évoquées on retiendra *le motif de consultation* (66,6%), *l'absence du carnet de santé aux urgences* (14,8%), et *l'âge de l'enfant* (14,8%). Le carnet de santé est plus souvent demandé pour les nourrissons et les enfants de moins de 3 ans .

Par contre, 82,3% des médecins ne consignent pas leur examen clinique dans le carnet de santé. Ils invoquent différentes raisons à cela : en fonction du *motif de consultation* (67,4%), *le manque d'habitude* (25,5%) et *le manque de temps* (12,6%).

Question n°15 : Quels sont les différents éléments susceptibles d'attirer votre attention quand à une possible maltraitance chez un enfant ou un adolescent ?

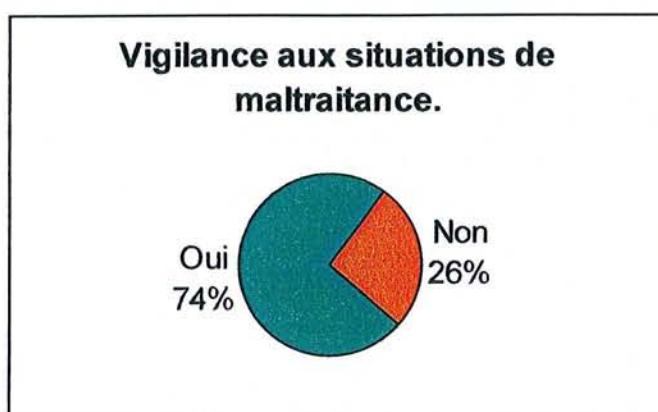
Les éléments susceptibles d'attirer l'attention	N	P
signes physiques	140	85,4
attitude des parents	58	35,4
fréquence des consultations	58	35,4
attitude de l'enfant	57	34,8
discordance histoire/traumatisme	51	31,1
troubles du comportement	42	25,6
motif de consultation	19	11,6
Etat général	18	11,0
défaut d'hygiène	15	9,1
contexte socio-économique	14	8,5
interrogatoire de l'enfant	13	7,9
antécédent de maltraitance	11	6,7
défaut de soin	6	3,7
élément suspect dans le carnet de santé	6	3,7
Intuition	5	3,0
conflits parentaux	4,9	1,8
heure de consultation	1	0,6

Les médecins évoquent en premier lieu les *signes physiques* de la maltraitance (85,4%). On retient, dans leurs commentaires libres, les signes cutanés : les hématomes d'âge différents, les brûlures, les fractures.

Ensuite, *l'attitude des parents* retient leur attention (35,4%), ainsi que la *fréquence des consultations* (35,4%), *l'attitude de l'enfant* (34,8%), la *discordance entre l'histoire et le traumatisme* (31,1%) et *les troubles du comportement pathologiques de l'enfant* (25,6%).

Question n°16 : Dans votre pratique médicale, pensez-vous être vigilant aux situations de maltraitance envers les enfants ?

122 médecins interrogés pensent être vigilants aux situations d'enfants victimes de maltraitance.



Si non, pourquoi ?

Manque de vigilance aux situations de maltraitance.	N	P
on y pense pas	29	69,0
Manque de temps	9	21,4
Manque d'expérience	9	21,4
selon le motif de consultation	5	11,9
préoccupation d'abord par les doléances somatiques	5	11,9
surcharge de travail	5	11,9
c'est difficile	4	9,5
selon les types de lésions	3	7,1
Pas notre rôle	2	4,7
Grande prudence, peur de signaler à tort	2	4,7
Manque de formation	1	2,4
Manque d'esprit critique / discours des parents	1	2,4
Examen clinique trop rapide	1	2,4

Parmi les raisons évoquées pour expliquer le manque de vigilance, les médecins répondent « on n'y pense pas » dans 69% des cas. Le problème des enfants victimes de maltraitance n'est pas une de leurs préoccupations principales.

Question n°17 : En cas de suspicion de sévices sans danger avéré immédiat sur un enfant ou un adolescent de moins de 15 ans, quelle serait votre attitude ?

Suspicion de sévices sans danger avéré immédiat.	N	P
hospitalisation	83	50,6
avis du pédiatre	41	25,0
contact AS de l'hôpital	29	17,7
contact médecin traitant	18	11,0
contact avec les services sociaux extérieurs	11	6,7
contact PMI	8	4,9
contact avec les collègues / PH / chef de service	6	3,7
appel sénior (pour les internes)	4	2,4
contact avec la police ou gendarmerie	3	1,8
reconvocation en consultation	3	1,8
retour à domicile	3	1,8
contact avec le juge des enfants	2	1,2
contact avec le procureur de la république	2	1,2
contact avec le médecin scolaire	2	1,2
avis du psychiatre ou psychologue	1	0,6
contact avec la cellule "enfance maltraitée"	1	0,6
numéro de téléphone national	1	0,6
contact avec l'hôpital d'enfants	1	0,6

Question n°18 : Dans la même situation, en cas de refus de coopération des parents, quelle serait votre attitude ?

Suspicion de sévices sans danger immédiat et refus de coopération des parents.	N	P
avis du pédiatre	48	29,3
contact AS de l'hôpital	46	28,0
contact médecin traitant	33	20,1
persuasion des parents	20	12,2
hospitalisation	17	10,4
contact avec les services sociaux extérieurs	12	7,3
contact avec le procureur de la république	12	7,3
contact avec les collègues / PH / chef de service	10	6,1
contact PMI	8	4,9
contact avec le juge des enfants	6	3,7
appel sénior (pour les internes)	6	3,7
contact avec la police ou gendarmerie	5	3,0
retour à domicile	4	2,4
contact avec l'administrateur de garde	3	1,8
avis du psychiatre ou psychologue	2	1,2
reconvocation en consultation	2	1,2
contact avec la cellule "enfance maltraitée"	1	0,6
contact avec le médecin scolaire	1	0,6
numéro de téléphone national	1	0,6

Question n°19 : En cas de sévices graves ou de suspicion de danger immédiat, quelle serait votre attitude ?

Sévices graves ou suspicion de danger immédiat.	N	P
hospitalisation	134	81,7
avis du pédiatre	27	16,5
contact avec le procureur de la république	12	7,3
contact avec la police ou gendarmerie	9	5,5
contact AS de l'hôpital	8	4,9
contact avec le juge des enfants	7	4,3
contact avec les collègues / PH / chef de service	6	3,7
appel sénior (pour les internes)	5	3,0
contact avec les services sociaux extérieurs	3	1,8
avis du psychiatre ou psychologue	3	1,8
contact médecin traitant	2	1,2
contact PMI	2	1,2

Question n°20 : Dans la même situation en cas de refus de coopération des parents, quelle serait votre attitude ?

Sévérité grave et refus de coopération des parents.	N	P
contact avec le procureur de la république	85	51,8
contact avec le juge des enfants	33	20,1
Hospitalisation	28	17,1
avis du pédiatre	26	15,9
contact avec la police ou gendarmerie	20	12,2
persuasion des parents	15	9,1
contact AS de l'hôpital	12	7,3
contact avec les collègues / PH / chef de service	8	4,9
contact avec l'administrateur de garde	7	4,3
appel sénior (pour les internes)	4	2,4
avis du psychiatre ou psychologue	3	1,8
contact PMI	2	1,2
contact médecin traitant	1	0,6
contact avec les services sociaux extérieurs	1	0,6

L'hospitalisation d'un enfant victime de mauvais traitements s'impose pour 50,6% des médecins quand il n'y a pas de danger immédiat et pour 81,7% des médecins quand il y a suspicion de danger immédiat.

En cas de refus de coopération des parents, les médecins prennent contact avec le procureur de la République pour 51,8% d'entre eux quand il y a suspicion de danger immédiat.

S'il n'y a pas de danger immédiat, les médecins parlent autour d'eux et contactent le pédiatre (29,3%), l'assistante sociale de l'hôpital (28,0%) et le médecin traitant (20,1%).

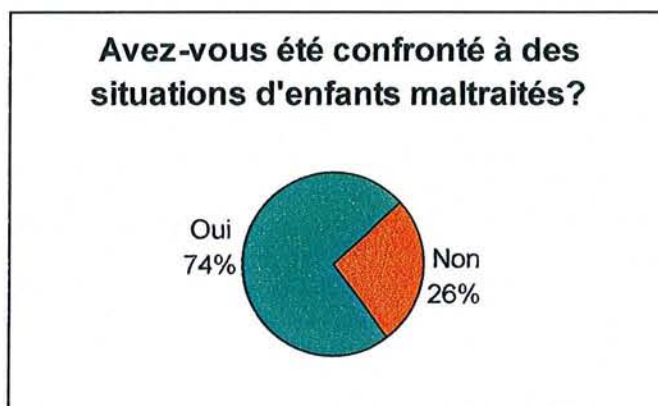
Le service de P.M.I. n'est contacté que par 4,9% des médecins en cas de refus de coopération des parents. Et un seul médecin contactera la C.E.M.A. en cas de sévices sans danger immédiat.

En cas de suspicion de sévices quels qu'ils soient, il convient de tout faire pour convaincre de l'hospitalisation.

S'il y a danger ou si l'enfant a moins de 3 ans, l'hospitalisation s'impose. En cas de refus d'hospitalisation, un signalement au procureur de la République permet alors d'hospitaliser l'enfant grâce à une Ordonnance de Placement Provisoire.(O.P.P.) Cette démarche doit être explicite auprès des parents .

Si l'enfant est plus âgé, si les lésions physiques ne sont pas préoccupantes et si les parents acceptent une évaluation de la situation diligentée par les services sociaux du département, le médecin de famille, et l'hôpital, il n'y a alors pas nécessairement urgence à hospitaliser l'enfant.

Question n°21 : Dans votre pratique médicale aux urgences avez-vous déjà été confronté à des situations d'enfants ou d'adolescents victimes de maltraitance ?



Si oui, précisez le nombre de cas rencontrés :

Nombre de cas	Moyenne	Valeurs mini et maxi
	19,9	[1 -740]

74,4% des médecins interrogés signalent avoir déjà été confrontés à des situations d'enfants victimes de mauvais traitements. On note une moyenne de 19,9 cas rencontrés durant

les années d'expériences de ceux-ci, en tenant compte de grandes disparités concernant les réponses des interrogés

Nombre de cas rencontrés	Nombre de médecins	Proportion des médecins
0	42	25,6
1	35	22
2	21	13,2
3	21	13,2
4	7	4,4
5	3	1,9
6	3	1,9
8	2	1,3
10	10	6,3
15	3	1,9
20	1	0,6
30	2	1,3
50	1	0,6
60	2	1,3
90	2	1,3
100	1	0,6
300	1	0,6
400	1	0,6
740	1	0,6

25,6% des médecins n'ont jamais été confrontés à des situations d'enfants victimes de mauvais traitements.

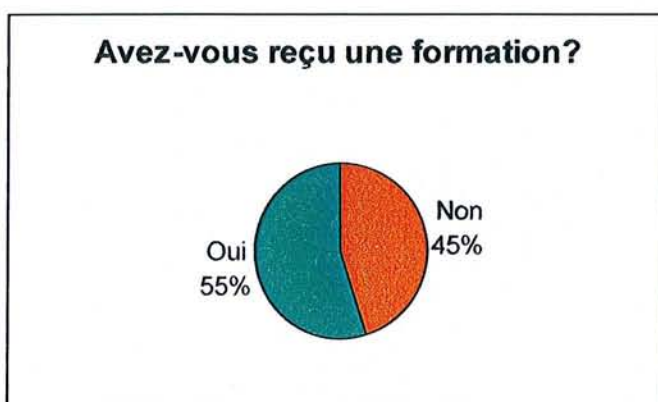
Durant toutes leurs années d'expérience aux urgences, 52,8% des médecins ont rencontré entre un et quatre cas de maltraitance à l'égard des enfants.

Le docteur S. Cavaré Vigneron, médecin référent des urgences de l'hôpital d'enfants rencontre environ 2 cas d'enfants en danger par semaine et environ 150 cas par an. Elle décrit de plus une tendance à l'augmentation de la fréquence des cas rencontrés. Parmi les enfants victimes de maltraitance pris en charge aux urgences de l'hôpital d'enfants, environ 60% sont découverts de façon fortuite après un entretien et un examen clinique, environ 30% sont

examinés dans un contexte de réquisition par la police, et environ 10% sont adressés pas une tierce personne inquiète qui suspecte une maltraitance.

3.3. Résultats concernant les connaissances juridiques et administratives :

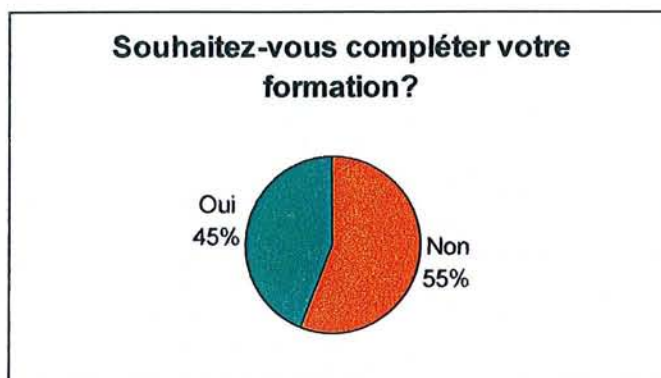
Question n°22 : En ce qui concerne les enfants et les adolescents de moins de 15 ans victimes de maltraitance, pensez-vous avoir déjà reçu une formation ?



Si oui, précisez :

Formation	N	P
Cursus médical	43	47,7
Formation de terrain	29	32,2
Stage de pédiatrie	19	21,1
Lectures	12	13,3
Diplôme de médecine légale	11	12,2
CAMU ou CMU	10	11,1
Séminaire	9	10,0
DU d'accueil des urgences pédiatriques	8	8,9
Capacité de médecine judiciaire	3	3,3
Diplôme de réparation juridique	1	1,1
Semaine médicale de Lorraine	1	1,1
Autres	4	4,4

Question n°23 : Pensez-vous que vous devriez compléter votre formation ?



Par quels moyens ?

Formation souhaitée.	N	P
EPU	52	71,2
Séminaire	18	24,6
DU d'accueil des urgences pédiatriques	4	5,5
Lectures	3	4,1

On retient que 54,9% des médecins interrogés estiment avoir reçu une formation spécifique sur le sujet lors de leur cursus médical général (47,7%).

Seulement 44,5% des médecins pensent qu'ils devraient compléter leur formation par des enseignements post universitaire (71,2%) ou des séminaires (24,6%).

Question n°24 : En ce qui concerne le secret professionnel : si vous êtes informé d'une situation de maltraitance chez un enfant ou un adolescent de moins de 15 ans, pensez-vous que : vous avez le droit, la possibilité ou l'obligation de signaler la situation ?

Secret professionnel.	N	P
Vous êtes dans l'obligation de signaler la situation	147	89,6
Vous avez la possibilité de signaler la situation	114	69,5
Vous n'avez pas le droit de signaler la situation	1	0,6

En ce qui concernent les mauvais traitements envers les enfants, 89,6% des médecins pensent être dans l'obligation de signaler la situation s'il sont confrontés à un enfant victime de sévices. 69,5% pensent avoir la possibilité de signaler la situation.

En effet le Code Pénal donne liberté au médecin et non obligation de signaler la situation. Mais il rappelle que les situations réprimant la non assistance à personne en danger sont applicables aussi au médecin et ne sont assorties d'aucune exception.

Question n°25 : En ce qui concerne le rôle du juge des enfants en matière de maltraitance, vous pensez que le juge des enfants peut :

Le rôle du juge des enfants.	N	P
décider un placement provisoire de l'enfant	163	99,4
demander une enquête sociale	159	97,0
décider une assistance éducative de l'enfant	156	95,1
demander un complément d'enquête par la police ou gendarmerie	155	94,5
condamner un parent maltraitant	77	47,0

Les médecins interrogés savent que le juge des enfants peut décider d'un placement provisoire de l'enfant (99,4%), demander

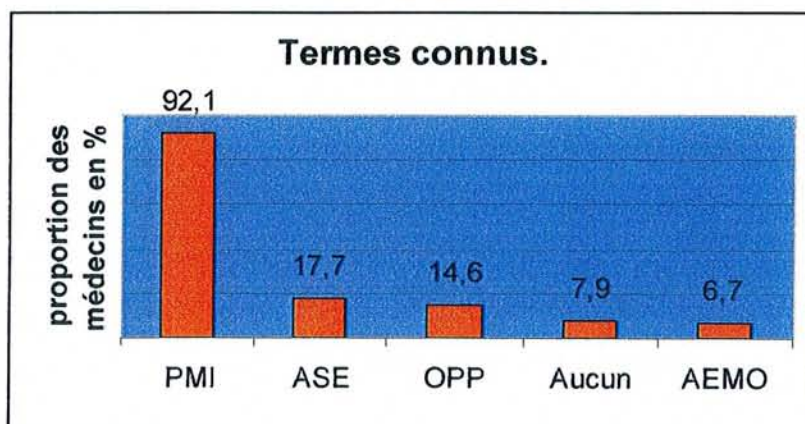
une enquête sociale (97,0%), décider une assistance éducative de l'enfant (95,1%), demander un complément d'enquête (94,5%).

Mais 47,0% des médecins pensent que le juge des enfants peut condamner un parent maltraitant.

Le juge des enfants, en ce qui concerne la maltraitance des mineurs, a un rôle de protection de la victime. Le juge des enfants n'a pas le pouvoir de condamner un parent maltraitant.

Question n°26 : Parmi les termes suivants, lesquels vous sont familiers ?

Les termes connus.	N	P
PMI	151	92,1
ASE	29	17,7
OPP	24	14,6
Aucun	13	7,9
AEMO	11	6,7



Les sigles A.S.E., A.E.M.O., O.P.P. ne sont connus que de 6 à 17% des médecins interrogés.

Seule la P.M.I. est familière aux médecins (92,1%).

Les différents sigles signifient :

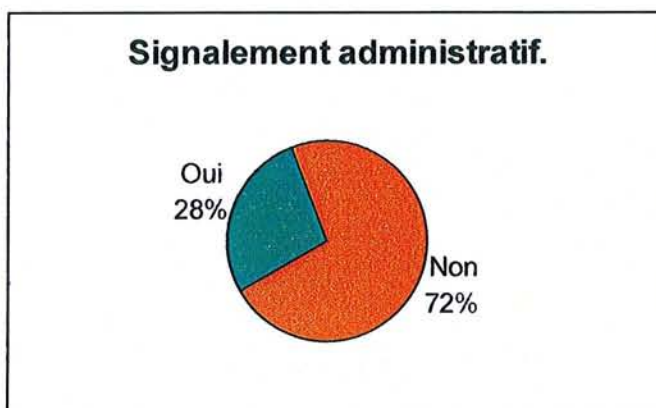
P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile.

A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance .

A.E.M.O. : Action Educative en Milieu Ouvert.

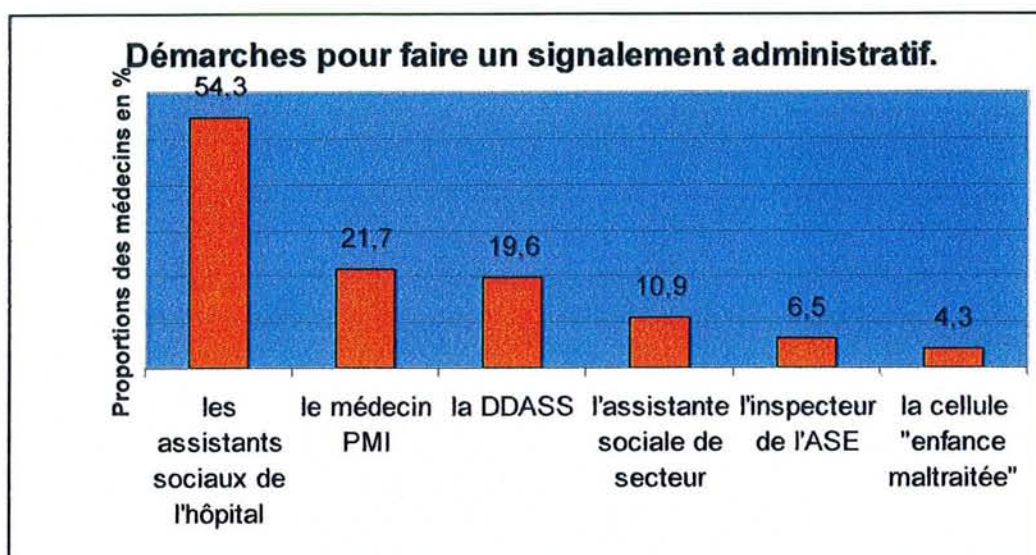
O.P.P. : Ordonnance de Placement Provisoire.

Question n°27 : Connaissez-vous les démarches à suivre pour faire un signalement administratif ?

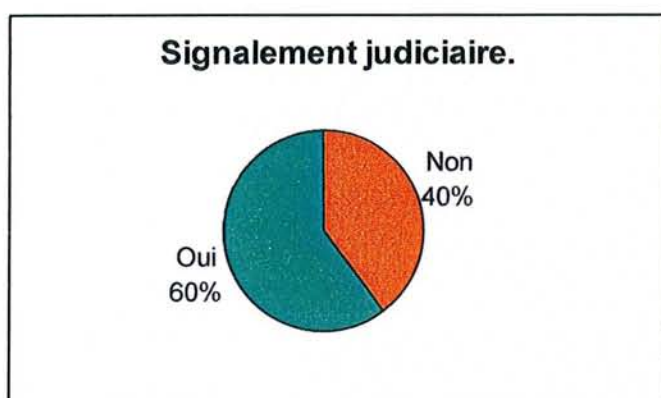


Si oui, précisez :

Signalement administratif.	N	P
les assistants sociaux de l'hôpital	25	54,3
le médecin PMI	10	21,7
la DDASS	9	19,6
l'assistante sociale de secteur	5	10,9
l'inspecteur de l'ASE	3	6,5
la cellule "enfance maltraitée"	2	4,3

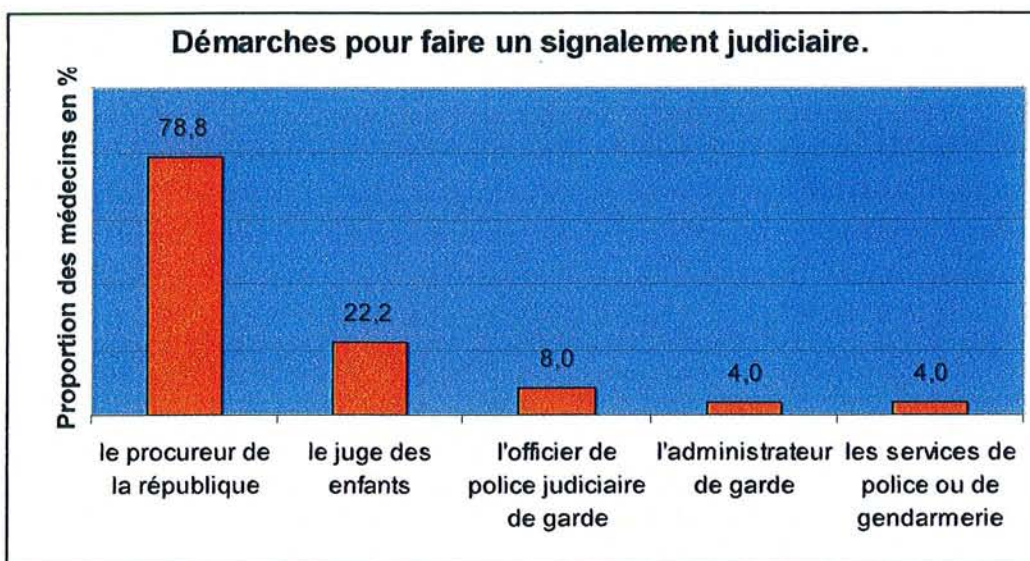


Question n°28 : Connaissez-vous les démarches à suivre pour faire un signalement judiciaire ?



Si oui, précisez :

Signalement judiciaire.	N	P
le procureur de la république	78	78,8
le juge des enfants	22	22,2
l'officier de police judiciaire de garde	8	8,1
l'administrateur de garde	4	4,0
les services de police ou de gendarmerie	4	4,0



Le signalement administratif est fait auprès du service de P.M.I. ou de l'A.S.E. du Conseil Général. Parmi les médecins interrogés, 72,0% déclarent ne pas connaître les démarches à suivre pour faire un signalement administratif .

On remarquera que les médecins qui connaissent les démarches signalent les situations de maltraitance à l'assistante sociale de l'hôpital (54,3%).

Le signalement judiciaire d'une situation de maltraitance doit être fait auprès du procureur de la République ou du substitut chargé des mineurs.

60,4% des médecins connaissent les démarches à suivre pour faire un signalement judiciaire et parmi eux 78,8% signalent la situation au procureur de la République.

On note que 22,2% des médecins signalent au juge des enfants à tort.

3.4. Résultats concernant le ressenti des médecins :

Question n°29 : Pensez-vous ne pas dépister certains cas de maltraitance ?



Si oui, pourquoi ?

Obstacles au dépistage.	N	P
Manque de vigilance	54	36,9
dépend du type de lésion	54	36,9
pas toujours de signes visibles	53	36,3
c'est difficile	52	35,6
manque de temps	46	31,5
pas d'esprit critique par rapport aux parents	32	21,9
surcharge de travail	29	19,8
examen clinique rapide	25	17,1
manque d'expérience	17	11,6
manque de formation	10	6,8
Méconnaissance des familles	10	6,8
du fait de la structure du service	7	4,8
peur d'évoquer le diagnostic	7	4,8
trop d'intervenants	7	4,8

89,0% des médecins pensent ne pas dépister certains cas de maltraitance.

Parmi les réponses données par les médecins qui pensent ne pas dépister certains cas de maltraitance, certaines peuvent être regroupées :

- Ils évoquent un certain manque de sensibilité au problème : *manque de vigilance* (36,9%), *c'est difficile* (35,6%), *manque d'expérience* (11,6%), *manque de formation* (6,8%), *peur d'évoquer la diagnostic* (4,8%).
- Ils évoquent des dysfonctionnements de l'organisation des services : *manque de temps* (31,5%), *surcharge de travail* (19,8%), *structure du service* (4,8%), *trop d'intervenants* (4,8%).
- Ils mettent aussi en cause leur pratique médicale : *dépend du type de lésion* (36,9%), *pas toujours de signes visibles* (36,3%), *pas d'esprit critique par rapport aux parents* (21,9%), *examen clinique rapide* (17,1%), *méconnaissance des familles* (6,8%).

Question n°30 : Pensez-vous qu'un service des urgences soit un lieu adapté au dépistage de cas de maltraitance chez un enfant ou un adolescent de moins de 15 ans ?



Si oui, pourquoi ?

Lieu adapté au dépistage:	N	P
consultation de traumatologie	103	97,1
Accès aux soins facile	13	12,3
lieu neutre	11	10,4
caractère spontané des consultations	7	6,6
lésion physique typique	7	6,6
on n'est pas isolé	4	3,7
c'est notre rôle	3	2,8
dossier informatisé	1	0,9

Si non, pourquoi ?

Lieu non adapté au dépistage:	N	P
manque de temps	42	72,4
surcharge de travail	20	34,4
activité trop variée	19	32,7
absence de lieu calme pour un examen approfondi	17	29,3
manque de formation du personnel	14	24,1
manque de personnel	11	18,9
contexte familial non connu	9	15,5
ce n'est pas notre rôle	8	13,8
trop de médecins différents	6	10,3
manque de vigilance	5	8,6
enfants non déshabillés systématiquement	3	5,2
manque d'expérience	2	3,4
pas d'archives faciles d'accès	2	3,4
pas de protocole	1	1,7

64,6% des médecins interrogés pensent que les services des urgences sont des lieux adaptés au dépistage des enfants victimes de maltraitance. Parmi les raisons évoquées on retiendra essentiellement que les services des urgences sont des lieux importants pour les *consultations de traumatologie* (97,1%), permettant ainsi de mettre en évidence des signes de mauvais traitements physiques.

35,4% des médecins interrogés pensent que les services des urgences ne sont pas adaptés au dépistage des enfants victimes de mauvais traitements. Ils soulèvent, dans leurs commentaires libres, des problèmes concernant le fonctionnement des services : *le manque de temps* (72,4%), *la surcharge de travail* (34,4%), *une activité trop variée* (32,7%), *l'absence de lieu calme* (29,3%), *le manque de formation du personnel* (24,1%), *le manque de personnel* (18,9%).

On retiendra par ailleurs que 13,8% des médecins qui pensent que les services des urgences ne sont pas adaptés au dépistage de la maltraitance des enfants, pensent aussi que ce n'est pas leur rôle.

3.5. Comparaison des résultats :

3.5.1. L'effet médecin :

- L'influence du statut des médecins sur le nombre de cas rencontrés n'est pas significatif. Ainsi que le médecin soit un interne, un praticien hospitalier ou un assistant, cela ne sera pas déterminant pour le nombre d'enfants victimes de maltraitance rencontrés aux urgences.
- Le nombre de cas rencontrés varie en fonction du nombre d'années d'expérience des urgentistes, avec un test très significatif et $p < 0,0001$. Ce résultat semble évident : plus les

médecins sont expérimentés, plus ils ont vu d'enfants et donc plus ils ont pu rencontrer des cas de maltraitance chez ces enfants. On peut aussi penser que l'expérience des médecins compte dans le dépistage de la maltraitance chez les enfants.

nombre de cas	0	0 à 5	5 à 20	sup à 20
années d'expérience	5	7	10	13

- La pratique de déshabiller systématiquement les enfants ou de demander à consulter le carnet de santé n'influence pas le nombre de cas rencontrés, avec des tests non significatifs. De même les médecins qui pensent être formés ne rencontrent pas plus de cas de maltraitance chez les enfants que les autres médecins.

3.5.2. L'effet structure :

- Le nombre de cas rencontrés dépend du type de service, avec un test très significatif et $p = 0,005$. En effet, la structure P.O.S.U., avec ses moyens spécifiques rencontre beaucoup plus d'enfants maltraités que les autres structures.

type de service	SAU	POSU	UPATOU	CSI
nombre de cas	18	230	4	8

3.5.3. L'effet moyens :

- La présence d'une assistante sociale , d'un psychiatre dans le service et le système d'archives ne semble pas influencer le nombre de cas rencontrés avec des tests non significatifs.

- De la même façon, un staff quotidien, une personne référente et un protocole de conduite à tenir ne semblent pas déterminer le fait que les médecins aient été confrontés à des situations de maltraitance chez les enfants.

DISCUSSION.

L'enquête réalisée auprès des médecins des urgences de Lorraine montre que les services des urgences sont des lieux importants pour le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance. En effet, les services des urgences accueillent beaucoup d'enfants en ce qui concerne la traumatologie et les motifs chirurgicaux. Ainsi, il est inévitable que certains enfants victimes de mauvais traitements passent par ces services.

1. La structure des services.

30% des médecins seniors sont seuls la journée et 60% sont seuls la nuit. En cas de surcharge de travail imprévisible, le médecin seul sera moins disponible et moins attentif.

Une personne référente, une assistante sociale disponible, un psychiatre rapidement joignable, ainsi qu'un protocole précis semblent être des éléments importants pour le diagnostic et la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements. 39,6% des médecins disposent du soutien d'une assistante sociale spécialement affectée à leur service et 86% des médecins ne disposent pas d'une personne référente en ce qui concerne la maltraitance .

Seulement 24,4% des médecins interrogés pratiquent un staff quotidien permettant d'exposer les dossiers de la veille. En ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des enfants maltraités, cette réunion entre médecins apparaît importante car elle permet de ne pas rester seul, d'échanger des points de vue, de parler de ses doutes et d'évoquer les enfants en danger.

Un système d'archives informatisées n'est disponible que pour 38,4% des médecins. En ce qui concerne les archives, on peut penser que les systèmes spécifiques au service et informatisés sont les plus facile d'accès et permettent d'observer rapidement les

venues antérieures des enfants dans le service ainsi que les anciens motifs de consultations aux urgences.

84,8% des médecins ne disposent pas de protocole précis.

L'étude de la structure des services des urgences de Lorraine montre une réelle insuffisance des moyens tant humains que matériels et de l'organisation des services en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance. Ainsi, la structure des services et l'organisation du travail peuvent représenter de véritables obstacles au diagnostic de maltraitance chez l'enfant.

2. La pratique médicale :

L'enquête montre que les médecins interrogés pensent être vigilants aux situations de maltraitance à l'égard des enfants (74,4%). Il apparaît que les médecins sont attentifs en grande majorité aux signes évocateurs de la maltraitance physique, ils semblent aussi attentifs aux troubles du comportement pouvant être la conséquence d'une maltraitance psychologique. Par contre, ils ne mettent pas en avant les signes de maltraitance sexuelle, ils ne citent pas non plus les comportements à risque des adolescents (fugues, tentatives de suicide, toxicomanies...)

Il est vrai que la maltraitance physique donne souvent lieu à des consultations aux urgences : prise en charge d'une fracture, d'une plaie, d'une brûlure. Alors que les mauvais traitements d'ordre psychologique sont moins souvent à l'origine d'une consultation urgente, bien que leurs conséquences puissent être le motif d'une consultation (Troubles du comportement alimentaire, troubles sphinctériens...)

Parmi les médecins interrogés, 50% n'examinent pas de façon systématique le corps des enfants. L'examen clinique du corps de l'enfant permet seul d'observer de façon fortuite des signes

physiques de maltraitance. Doit-il être systématique ? Entre les sorties S.M.U.R., l'arrivée des pompiers et les patients qui attendent, les médecins ne prennent pas toujours le temps de déshabiller entièrement l'enfant amené au départ pour une banale histoire traumatique.

La consultation du carnet de santé peut révéler des informations indispensables. Par exemple, le médecin pourra observer des antécédents d'intoxications domestiques ou médicamenteuses dîtes accidentelles qui, si elles sont répétées, suggèrent l'absence de protection de l'enfant. De même, des brûlures à répétition, des hospitalisations multiples dans des services différents pour des motifs anodins peuvent évoquer une demande d'aide des parents, demande de protection de l'enfant contre leur violence. Par ailleurs, l'absence de vaccination, un carnet de santé vierge doivent faire évoquer des carences de surveillance et des conduites marginales.

Les médecins ont l'habitude de consulter le carnet de santé (83,5%), mais ne consignent pas leur examen dans le carnet de santé (82,3%).

En cas de suspicion de sévices, les médecins n'ont pas l'habitude d'un travail pluridisciplinaire. Ils hospitalisent l'enfant victime en cas de danger immédiat (81,7%), mais ne prennent pas contact avec la C.E.M.A. (0,6%) ni la P.M.I. (0,6%) en cas de sévices sans danger immédiat.

Les médecins semblent très peu confrontés aux situations de maltraitance. En effet, 26% des médecins n'ont jamais rencontré d'enfants victimes, et 54,7% ont pris en charge entre 1 et 5 enfants victimes de maltraitance durant toutes leurs années d'expérience.

Ces chiffres semblent être très largement sous estimés par rapport à la réalité décrite par les auteurs, et par rapport à l'expérience rapportée par le docteur S. Cavaré Vigneron, médecin référent des urgences de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy.

3. Les connaissances administratives et juridiques :

Parmi les médecins interrogés, 55% ont reçu une formation concernant les enfants victimes de maltraitance. On retient que 47,7% d'entre eux estiment avoir reçu une formation spécifique sur le sujet lors de leur cursus médical général. Les études médicales comptent à peine quelques heures d'enseignement sur la maltraitance des enfants (une heure au cours du module de pédiatrie, une heure au cours du module de pédo-psychiatrie et une heure au cours du module de médecine légale), on peut donc penser que la formation des médecins est très insuffisante.

Les médecins semblent mal formés sur ce sujet. Ils connaissent bien le secret professionnel, mais ne connaissent pas bien le rôle du juge des enfants, ni celui des partenaires sociaux.

Ils reconnaissent ne pas connaître les démarches à suivre pour faire un signalement administratif (72%). Par contre, ils connaissent mieux les démarches à suivre pour faire un signalement judiciaire. (60%).

4. Le ressenti des médecins :

89% des médecins pensent ne pas dépister certains cas de maltraitance et reconnaissent un certain manque de vigilance. Ils témoignent aussi déceler les signes évidents de maltraitance et estiment qu'il s'agit d'un problème difficile.

Par ailleurs, 65% des médecins pensent que les services des urgences sont adaptés au dépistage de la maltraitance des enfants.

Il convient toutefois de nuancer ces résultats en considérant un biais non négligeable de cette étude. En effet, en analysant les résultats de l'enquête, il convient de toujours avoir conscience

qu'elle a été menée par téléphone. En effet, les réponses données sont spontanées et ne comportent pas de temps de réflexion. Ainsi le mode déclaratif des réponses est à prendre en compte pour l'interprétation de chaque résultat.

Par ailleurs, on notera que les services des urgences accueillent les enfants essentiellement pour des motifs chirurgicaux. Les urgences médicales sont le plus souvent prises en charge par les services de pédiatrie.

D'autre part, il faut prendre en compte, dans l'analyse des résultats de l'enquête, la spécificité du service des urgences de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy. En effet, les médecins sont plus souvent réquisitionnés par la police pour examiner des enfants victimes. L'accueil spécialisé des enfants entraîne sans doute une meilleure connaissance de la maltraitance et plus de vigilance pour ce problème.

Après avoir déterminé que les services des urgences sont des lieux importants pour le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance, certaines questions restent posées :

Comment peut-on favoriser une bonne prise en charge de ces enfants, et une amélioration du dépistage ?

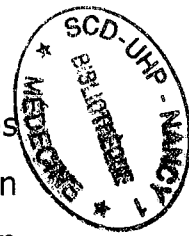
Pour l'instant, l'agitation des urgences, entre l'arrivée des sapeurs pompiers, les départs SMUR, les patients qui s'impatientent, ne favorise pas une bonne prise en charge. Les familles et les enfants en difficulté doivent bénéficier d'un accueil particulier demandant du temps, un lieu d'écoute et de compréhension.

Les médecins et tous les professionnels ayant une activité aux urgences doivent être davantage sensibilisés à ce problème. La formation pourrait certainement les y aider, ainsi qu'une amélioration du dialogue entre les services sociaux, judiciaires et médicaux.

Comment peut-on améliorer la formation des médecins ?

Les médecins intéressés par un complément de formation semblent sensibles aux enseignements post universitaire. La formation universitaire doit aussi être développée.

CONCLUSION



« Comme tous les lieux qui accueillent les enfants et les familles, les services des urgences ont un rôle dans la prise en charge des mauvais traitements envers les enfants, mais aussi un rôle dans leur dépistage et leur prévention. » (2)

Les services des urgences doivent faciliter l'accueil des familles et des enfants en difficulté dans un climat de confiance. Le médecin des urgences doit savoir reconnaître une demande d'aide et être attentif aux signes cliniques évoquant une maltraitance. Il doit savoir évaluer un danger et connaître les démarches administratives et judiciaires et leurs conséquences. La réussite du premier contact avec l'hôpital est essentielle pour la protection immédiate de l'enfant victime et aussi pour une bonne prise en charge ultérieure. (2). Dans ce contexte, l'enquête a permis de montrer certains dysfonctionnements des services des urgences : manque de moyens concernant la structure des services (assistante sociale, psychiatres, nombre de médecins), manque de formation des médecins, méconnaissances des partenaires de la protection de l'enfance.

Il semble donc important de trouver des solutions permettant d'améliorer le dépistage et la prise en charge des enfants victimes. La formation des médecins, un travail pluridisciplinaire, un examen plus systématique du corps de l'enfant sont des éléments déterminants pour le dépistage des sévices dont sont victimes les enfants. Les médecins des services des urgences de Lorraine ont été disponibles et ont accueilli avec intérêt cette étude. Ils se sont interrogés sur leur pratique médicale. Afin de les informer davantage, les résultats de l'enquête, ainsi qu'une proposition de conduite à tenir (Annexe 4) et les coordonnées des différents partenaires de la protection de l'enfance en Lorraine seront adressés à chaque service des urgences de Lorraine à la suite de ce travail.

INDEX DES SIGLES.

AEMO	Assistance éducative en milieu ouvert .
AFIREM.	Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée.
ARH.	Agence régionale d'hospitalisation.
ASE.	Aide sociale à l'enfance.
BIT.	Bureau international du travail.
CAMU.	Capacité d'aide médicale urgente.
CED.	Cellule enfance en danger.
CEMA.	Cellule enfance maltraitée accueil.
CEMMA.	Cellule enfance Meurthe et Moselle accueil.
CHG.	Centre hospitalier général.
CHU.	Centre hospitalo-universitaire.
CSI.	Centre de soins immédiats et non programmés.
DDASS.	Direction départementale des actions sanitaires et sociales.
EPU.	Enseignement post universitaire.
ODAS.	Observatoire national de l'action sociale décentralisée.
OIT.	Organisation internationale du travail.
OMO.	Observation en milieu ouvert.
ONU.	Organisation des nations unies.
OPP.	Ordonnance de placement provisoire.
PAC.	Praticien adjoint contractuel





PH.	Praticien hospitalier.
PMI.	Protection maternelle et infantile.
POSU.	Pôle spécialisé d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences.
SAU.	Service d'accueil et de traitement des urgences.
SDASS.	Service départemental d'actions sanitaires et sociales.
SMUR.	Service mobile d'urgence et de réanimation.
SNATEM.	Service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée.
SROS.	Schéma régional d'organisation sanitaire.
TAMS .	Territoire d'action médico sociale
UDAS.	Unité départementale d'action sociale
UPATOU.	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences.
UTAS.	Unité territoriale d'action sociale.

BIBLIOGRAPHIE.

1 Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine.
Document relatif à l'élaboration du schéma régional d'organisation
sanitaire. Thème : urgence.
Janvier 1999.

2. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
Enfants et adolescents victimes de maltraitance. Leur prise en
charge aux urgences.
DOIN Année, 1995.

3 ALLAGILE D , SHMITZ J
Non assistance à enfant en danger
Arch fr pediatri , 1988 229.230



4 ASHER R
Münchausen's syndrome
LANCET , 1951 , 340.342

5 BALLAND Valérie.
La protection maternelle et infantile. Organisation et attributions.
Actualités sociales hebdomadaires n°1807, 1992, p. 13-22.

6 BELLAMY E. GABEL M. PADIEU Y.
Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux
connaître les danger.
Etude coproduite par l'ODAS et le SNATEM. 1999

7 BEN SOUSSAN P.
La porte étroite: l'accueil des bébés à l'hôpital.
Quelle urgence pour l'urgence ?
Le groupe familial, 1997, n°154, p35-46.

8 BODY LAWSON F.
Une forme particulière de sévices à enfants : le syndrome de
Münchausen par procuration ;
Thèse médecine, Nancy , 1997

9 BOST M.
Les pédiatres et le système français de protection des enfants
maltraités depuis la loi n°89/487 du 10 juillet 1989.
Arch Fr. Pédiatri , 1991, 348.

10 BOST M. FRAPPAT P. CASTELLO C.
Epidémiologie. Expérience d'un département.
Accueil et prise en charge aux urgences pédiatrique des enfants
victimes de maltraitance.
Journées Parisiennes de Pédiatrie . Flammarion. 1997. p. 337-339.

- 11 BOURILLON A., TALLEC Y.
Sévi­ces à enfant. Diagnostic, conduite mé­dico-lé­gale.
La Revue du Praticien 1999, 49.
- 12 BOURILLON A. BILLETTE DE VILLEMEUR Th. NATHANSON M. REY C.
Maltraitements à enfants : défini­tions, épidémiologie, réalité et perspectives.
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed Flammarion. 2001. p.61-66.
- 13 CAFFEY J.
Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma.
Ann. J. Of ROENTGENOLOGY. 1946, 56, 163-173.
- 14 CAUBEL I. GERARD M. BILLETTE DE VILLEMEUR Th.
Quand évoquer un syndrome de l'enfant secoué ?
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed Flammarion. 2001. p. 66-73.
- 15 C.E.M.A.
Signaler un enfant en difficulté c'est d'abord aider une famille.
Rapport d'activité 1998.
Conseil Général de Meurthe et Moselle, Service départemental des affaires sociales.
- 16 COLLET B.
Projet de centre d'accueil de l'enfant en difficulté.
Proposition pour la création d'un centre d'accueil de l'enfant en difficulté aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux.
Bordeaux. 2000.
- 17 DAGNEAU F.
Mesures de protection juridique face à l'enfance maltraitée.
Mémoire du DES en psychiatrie, Nancy, 1995
- 18 DALIGAND L.
La prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles.
La Revue du Praticien 1998, 48.
- 19 DIAS J
Enfance maltraitée et information
Thèse médecine, Nancy, 1993
- 20 DUVAL- ARNOULD D, DUVAL- ARNOULD M
Rôle et aide de la justice dans les situations d'urgence
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed Flammarion, 1997, 374-377

- 21 DUGUET AM. RAJON AM. GILBER T. CLAVE T.
Diagnostic d'enfant maltraité en consultation d'urgence.
AFIREM, Communications française au 1^o congrès européen,
Rhodes, 1997.
- 22 GABEL M.
De la difficulté de dire pour les familles à la difficulté d'entendre
pour les professionnels.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 1999, 47(3),
p. 117-124.
- 23 GABEL M. JESU F. MANCIAUX M.
Maltraitements institutionnelles. Accueillir et soigner les enfants sans
les maltraiter.
Edition Fleurus. Psychopédagogie. 1998.
- 24 GIRODET D
Accueil et prise en charge aux urgences pédiatriques des enfants
victimes d'abus sexuels.
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed Flammarion, 1997,p. 357-354.
- 25 GIRODET D
Conduite à tenir devant un enfant maltraité ou négligé
La revue du praticien 1989, 39, n°20, 1, 823-1-826
- 26 HADJIISKY, AGOSTINI D, DARDEJ F, THOUVENIN C.
Du cri au silence.
Diff PUF, Paris 1986.
- 27 HOUOT L
Prise en charge hospitalière de l'enfant maltraité. Résultats d'une
enquête auprès des personnels des hôpitaux de Lyon.
Thèse médecine, Nancy, 1994.
- 28 INGRAHAM F. D. HEYL L. H.
Subdural hematoma in infancy and child hood.
JAMA, 1939, 112, 98-204.
- 29 JAIN A.M., HAYWOOD Y.C., SCOTT J.L.
Emergency department evaluation of child abuse. Domestic
violence.
Emergency medicine clinics of North America. 1999. 17 (3)
p.575-593.
- 30 KELLER-PRINGLE M.
Les besoins de l'enfant.
CTNERHI, Paris, 1979.

31 KEMPE H, SILVERMAN FN, STELLE BF et coll
The battered child syndrome
JAJA, 1962, 181, 17-24

32 KEMPE H, HELFER RE
L'enfant battu et sa famille
Paris FLEURUS, 1977

33 LAMOUR M.
Maltraitance. Quand la relation est en danger.
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed. Flammarion. 1997.
p. 367-371.

34 LECONTE J. MANCIAUX M.
Maltraitance et résilience.
La résilience : résister et se construire.
Cahiers médico sociaux. Edition Médecine et Hygiène, Genève.
2001.

35 LEMERLE S
Reconnaissance et prise en charge immédiate des enfants maltraités
Journées Parisiennes de Pédiatrie, édition Flammarion, 1997
p.345-349

36 LOISELLE J.M., WESTLE R.E.
Inpatient reports of suspected child abuse or neglect (SCAN): A
question of missed opportunities in the acute care setting.
Pediatric emergency care; U.S.A. 1999, vol. 15, 2, p. 90-94.

37 MANCIAUX M
La maltraitance aujourd'hui .
Accueil et prise en charge aux urgences pédiatriques d'enfants
victimes de maltraitance.
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed. Flammarion. 1997.
p. 337-339.

38 MANCIAUX M, GABEL M, GIRODET D, MIGNOT C, ROUYER M.
Enfances en danger
Ed FLEURUS Psychologie, Paris 1997

39 MARESCHAL M.
Fonction de l'hôpital dans la prise en charge des enfants maltraités :
étude statistique à Nancy sur les années 96 et 97 .
Thèse médecine. Nancy. 1999.

40 MASSON O
Prévention des mauvais traitements chez l'enfant, rôle du pédiatre
Méd. Et hygiène 1989, 47 : 3090-3094

- 41 NATHANSON M.
Enfants maltraités, attention urgence.
La revue du praticien médecine générale. 1998. n°429, p. 9-11.
- 42 NATHANSON M. MAURY B. KASBI C.
Mauvais traitements psychologiques. Le pédiatre et l'hôpital.
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed. Flammarion 2001. p. 75-83.
- 43 NEIMANN N, MANCIAUX M, SAPELIER J, MONTANT J.
Considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'hématome sous
dural chronique du nourrisson.
Médecine Infantile, 1965, 8, 531-543.
- 44 NEIMANN N, MANCIAUX M, DOHM JP
Le devenir des enfants victimes de sévices corporels
TH Médecine, Nancy 1967
45. O.D.A.S.
Les principaux enseignements des séminaires et de l'enquête d'avril
2000.
Observatoire national de l'enfance en danger. LA LETTRE.
Septembre 2000.
46. O.D.A.S.
Observation de l'enfance en danger pour l'année 1999.
Observatoire national de l'enfance en danger. LA LETTRE. Novembre
2000.
47. PARISOT P, CAUSSADE L
Les sévices envers les enfants
Ann. Med Leg criminologie, police tech 1929,398-426.
48. RAYNAUD J.P.
Evénements traumatiques de l'enfance et conduites suicidaires à
l'adolescence.
La revue du Praticien 1998, 48
49. REY C, ALVIN P
Accueil et prise en charge aux urgences des adolescents victimes de
violences sexuelle
JPP, ed Flammarion, 1997 355-359
50. ROUSSEY M, DABADIE A, BERTREMIEUX P
Des sévices pas toujours évidents : l'enfant secoué.
Arch. Fr. Pédiatr., 1987, 44, 441-444

51. SILVERMAN FN

The Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants.

Ann. J. Roentgenal, 1953, 69, 413-426

52. STRAUSS P, MANCIAUX M, DESCHAMPS G

Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements

Paris, CTNERHI/PUF, serie "recherches" 1978, 367

53. STRAUS P, MANCIAUX M

L'enfant maltraité

Paris FLEURUS, 1982, 278

54 TALLEC Y.

Aspect judiciaire de la prise en charge de la maltraitance chez l'enfant. Présentation de la pratique du Parquet des Mineurs de Paris.

Journées Parisiennes de Pédiatrie. Ed. Flammarion. 2001. p. 85-93.

55 TARDIEU A.

Etude médico légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants.

Ann. Hygiène, 1860, 13, 361-398.

56 TOMKIEWICZ S.

Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions.

Child Abuse Neglect, 1984, 8, p. 319-335.

57 TOMKIEWICZ S, VIVET P

Aimer mal, châtier bien

Paris, SEUIL, 1997, 303

58 WINNICOTT D.W.

Le bébé et sa mère.

Ed Payot. 1992.

Conférences :

59 Deuxièmes journées européennes du droit.

Enfants du monde, Enfants d'Europe.

24 et 25 novembre 2000, Nancy.

60 VANISTENDAEL Stefan.

La Résilience : un regard qui fait vivre.

Assemblée générale de la délégation de Meurthe et Moselle de l'AFIREM. 24 février 2001. Vandoeuvre les Nancy.

61 BARUDY Jorge.

La valeur du travail en réseau pour la prévention et la prise en charge des enfants maltraités, ainsi que pour la prévention du syndrome d'épuisement des professionnels.

Deuxième journées d'étude. AFIREM délégation Meuse. 1^o février 2001.

Textes de loi :

62 Circulaire ministérielle n°83-14 du 21 mars 1983

Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale.

La protection de l'enfance en danger victime de sévices ou de délaissement.

63 Circulaire de la DGS et de la DH 407/2B du 9 juillet 1985

Accueil et prise en charge par les établissements d'hospitalisation publics et privés des enfants en danger victimes de sévices et de délaissements.

64 Circulaire de la DH n°22 du 16 juin 1992

Renforcement au sein des hôpitaux de l'action de prévention de protection et de prise en charge de l'enfance maltraitée.

65 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.

Journal Officiel de la République Française, 14/07/89.

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

Journal Officiel de la République Française, 19/12/89.

67 Loi n°98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Journal Officiel de la République Française, 18/06/98.

68 Loi n°2000-196 du 6 mars 2000, instituant un Défenseur des enfants.

Journal Officiel de la République Française, 07/03/2000



ANNEXES.

ANNEXE 1 .

Convention internationale des droits de l'enfant.



QUELQUES REPERES

20 novembre 1989

Adoption de la Convention par l'Assemblée Générale des Nations Unies

2 septembre 1990

Entrée en vigueur de la Convention dans le monde (ratification par 20 Etats)

Ce texte signé par la France le 26 janvier 1990 a été soumis à l'approbation du Parlement qui, par une loi du 2 juillet 1990, en a autorisé la ratification.

6 septembre 1990

Entrée en vigueur de la Convention en France

12 octobre 1990

Publication du texte de la Convention au Journal Officiel de la République française.

PREAMBULE

Les Etats parties à la présente Convention, Considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

Ayant présent à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte des Nations Unies, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales,

Convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres, et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté,

Reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension,

Considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité,

Ayant présent à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par les Nations Unies en 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10) et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant,

Ayant présent à l'esprit que comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1959 par l'Assemblée générale des Nations Unies, "l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance,

Rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international (résolution 41/85 de l'Assemblée générale, en date du 3 décembre 1986), de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs ("Règles de Beijing"- résolution 40/33 de l'Assemblée générale, en date du 29 novembre 1985) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé.

Reconnaissant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière,

Tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant,

Reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, et en particulier dans les pays en développement, Sont convenus de ce qui suit:

PREMIERE PARTIE

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1 .Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2 .Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1 .Dans toutes les décisions qui concernent les enfants,

1." qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de la protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2 .Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3 .Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 6

- 1 .Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
- 2 .Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Article 7

- 1 .L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un 1 nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.
- 2 .Les Etats parties veillent à mettre ces droits en oeuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

Article 8

- 1 .Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.
- 2 .Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Article 9

- 1 .Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.
- 2 .Dans tous les cas prévus au paragraphe 1, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3 .Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4 .Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 10

1 .Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties, dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leurs familles.

2 .Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 2 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

Article 11

1 .Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.

2 .A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

Article 12

1 .Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2 .A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant. soit directement, soit par

l'intermédiaire d'un représentant ou d'un organisme approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 13

1 .L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2 .L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires:

a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou

b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

Article 14.

1 .Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

2 .Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

3 .La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Article 15

1 .Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

4 .L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

Article 16

1 .Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties:

- a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29 ;
- b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;
- c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;
- d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;
- e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Article 18

1 .Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2 .Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3 .Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Article 19

1 .Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2 .Ces mesures de protection comprendront, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

Article 20

1 .Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

2 .Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3 .Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la "Kafala" de droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnassent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de

veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

Article 22

1 .Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2 .A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations inter-gouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

Article 23

1 .Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2 .Les Etats parties reconnaissent le droit des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3 .Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4 .Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux

Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1 .Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2 .Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour:

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3 .Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4 .Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 26

1 .Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2 .Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Article 27

1 .Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2 .C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3 .Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en oeuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4 .Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats parties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

Article 28

1 .Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances:

a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;

b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;

c) Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;

d) Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;

e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

2 .Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3 .Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29

1 .Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit

a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;

b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;

c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;

d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;

e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2 .Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Article 30

Dans les Etats où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

Article 31

1 .Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge, et de participer librement à la vie culturelle et artistique.

2 .Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique, et encouragent l'organisation à son' intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques ., et culturelles, dans des conditions d'égalité.

Article 32

1 .Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2 .Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier:

- a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;
- b)Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;
- c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher:

- a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;
- b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;

c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que:

a) Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de 18 ans;

b) Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire: l'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;

c) Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge: en particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on n'estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par des visites, sauf circonstances exceptionnelles;

d) Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

Article 38

1 .Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.

2 .Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de 15 ans ne participent pas directement aux hostilités.

3 .Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de 15 ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de 15

ans mais de moins de 18 ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.

4 .Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

Article 40

1 .Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

2 .A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier:

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant ,suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes:

I -à être présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

II -à être informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et à bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense.

III -à ce que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa. situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

IV -à ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; à interroger ou faire interroger les témoins à charge, et à obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;

v -s'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, à faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;

VI -à se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;

VII -à ce que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3 .Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier:

a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;

b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4 .Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

Article 41

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer:

a) Dans la législation d'un Etat partie;

b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

DEUXIEME PARTIE

Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

Article 43

1 .Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2 .Le Comité se compose de 10 experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention. Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3 .Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etat parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4 .La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5 .Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des Etats parties et votants.

6 .Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7 .En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10 .Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11 .Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

12 .Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les

ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

Article 44

1 .Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits:

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés,

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2 .Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

13. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'il lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b) du paragraphe 1, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4 .Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

S .Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6 .Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention:

a) Les institutions spécialisées, l'UNICEF et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, l'UNICEF et tous autres organismes compétents qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leur mandat respectif. Il peut inviter les institutions spécialisées, l'UNICEF et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité.

b) Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, à l'UNICEF et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques,

accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication.

c) Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant.

d) Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

TROISIEME PARTIE

Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 49

1 .La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2 .Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 50

1 .Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général

convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale des Nations Unies.

2 .Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.

3 .Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

Article 51

1 .Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.

2 .Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3 .Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée. au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. En foi de quoi les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

Déclarations et réserve de la République Française

1 -Le Gouvernement de la République déclare que la présente Convention, notamment l'article 6, ne saurait être interprétée comme faisant obstacle à l'application des dispositions de la législation française relative à l'interruption volontaire de grossesse.

2 -Le Gouvernement de la République déclare, compte tenu de l'article 2 de la Constitution de la République française, que l'article 30 n'a pas lieu de s'appliquer en ce qui concerne la République.

3 -Le Gouvernement de la République Française interprète l'article 40, paragraphe 2,b,V, comme posant un principe général auquel la loi peut apporter des exceptions limitées. Il en est ainsi, notamment, pour certaines infractions relevant en premier et dernier ressort du tribunal de police ainsi que pour les infractions de nature criminelle. Au demeurant les décisions rendues en dernier ressort peuvent faire l'objet d'un recours devant la Cour de Cassation qui statue sur la légalité de la décision intervenue.

ANNEXE 2 .

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 (1)

NOR: FAMX89000341

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

Art. 1er. -L'intitulé du chapitre 1er du titre II du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé:

" Missions et prestations du département en matière d'aide sociale à l'enfance. "

Art. 2. -I. -le quatrième alinéa (30) de l'article 40 du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé:

" 3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs visés au deuxième alinéa (1°) du présent article: "

II. -Le quatrième alinéa (3°) du même article devient le cinquième alinéa (4°).

III. -Après le cinquième alinéa (4°) du même article, il est inséré un sixième alinéa (5°) ainsi rédigé: " 5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci. "

Art. 3. -Au chapitre 1er du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est inséré une section V ainsi rédigée:

« Section V

" Prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et protection des mineurs maltraités

" Art. 66. -Les missions définies au sixième alinéa (5°) de l'article 40 sont menées par le service de l'aide sociale à l'enfance, en liaison avec le service départemental de

protection maternelle et infantile mentionné à l'article L 148 du code de la santé publique et le service départemental d'action sociale mentionné à l'article 28 de la loi n° 75.535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ainsi qu'avec les autres services publics compétents.

" Art. 67. -Ces missions comportent notamment l'information et la sensibilisation de la population et des personnes concernées par les situations de mineurs maltraités ainsi que la publicité du dispositif de recueil d'informations prévu à l'article 68. .

" Le président du conseil général peut faire appel aux associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille pour participer aux actions d'information et de sensibilisation prévues à l'alinéa précédent.

" Art. 68. -Le président du conseil général met en place, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département.

" L'ensemble des services et établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs maltraités participent à cette coordination. Le président du conseil général peut, dans les mêmes conditions, requérir la collaboration des professionnels et des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille.

" La collecte, la conservation et l'utilisation de ces informations ne peuvent être effectuées que pour assurer les missions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40.

" Art. 69. -Lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou lorsqu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance, le président du conseil général avise sans délai l'autorité judiciaire et, le cas échéant, lui fait connaître les actions déjà menées auprès du mineur et de la famille concernés.

" Art. 70. -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 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

" Art. 71. -Un service d'accueil téléphonique gratuit est créé à l'échelon national par l'Etat, les départements et des personnes morales de droit public ou privé, qui constituent à cette fin un groupement d'intérêt public. Ce service concourt à la mission de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs maltraités prévue à la présente section. La convention constitutive du groupement prévoit des dispositions particulières pour adapter les conditions d'activité du service dans les départements d'outre-mer.

"Ce service répond, à tout moment, aux demandes d'information ou de conseil concernant les situations de mineurs maltraités ou présumés l'être. Il transmet immédiatement au président du conseil général, selon le dispositif mis en place en application de l'article 68, les informations qu'il recueille et les appréciations qu'il formule à propos de ces mineurs. A cette fin, le président du conseil général informe le groupement des modalités de fonctionnement permanent du dispositif départemental. Ce service établit une étude épidémiologique annuelle au vu des informations qu'il a recueillies et de celles qui lui ont été transmises dans les conditions prévues au quatrième alinéa du présent article.

" Le secret professionnel est applicable aux agents du service d'accueil téléphonique dans les conditions prévues à l'article 378 du code pénal. Le troisième alinéa de l'article 68 ci-dessus est également applicable aux informations recueillies par le service d'accueil téléphonique.

" La convention constitutive du groupement précise les conditions dans lesquelles le dispositif mentionné à l'article 68 transmet au service d'accueil téléphonique les informations qu'il recueille pour l'établissement de l'étude prévue au deuxième alinéa du présent article.

"Le service est assisté d'un comité technique composé des représentants du conseil d'administration du groupement d'intérêt public et des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille ainsi que d'experts de personnes qualifiées.

"Le comité technique est consulté sur l'organisation et l'activité du service, ainsi que sur les conditions de collaboration entre celui-ci et les départements. Il donne son avis préalablement à la publication de l'étude épidémiologique visée au deuxième alinéa du présent article.

" Outre les moyens mis à la disposition du service par les autres membres constituant le groupement, sa prise en charge financière est assurée à parts égales par l'Etat et les départements. La participation financière de chaque département est fixée par voie réglementaire en fonction de l'importance de la population, sous réserve des adaptations particulières aux départements d'outre-mer.

" L'affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique est obligatoire dans tous les établissements et services recevant de façon habituelle des mineurs.

" Art. 72. -Les dépenses résultant de l'application de la présente section constituent, pour le département, des dépenses obligatoires. "

Art. 4. -Les médecins, ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent. Cette formation est dispensée dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Art. 5. -L'article 59-1 du code de la famille et de l'aide sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé:

" Les articles 55, 55-1, 56, 58 et le premier alinéa de l'article 59 sont applicables dans les cas visés aux articles 68 et 69. "

Art. 6. -Au chapitre II du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est rétabli un article 78 ainsi rédigé:

" Art. 78. -Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le service de l'aide sociale à l'enfance d'un département accède aux demandes de renseignements relatives à une famille ou à un mineur formulées par le service de l'aide sociale à l'enfance d'un autre département pour l'accomplissement de ses missions. ",

Art. 7. -Au chapitre II du titre II du code de la famille et de l'aide sociale, il est rétabli un article 79 ainsi rédigé:

" Art. 79. -Lorsqu'il est avisé par le juge des enfants d'une mesure d'assistance éducative prise en application des articles 375 à 375-8 du code civil, le président du conseil général lui communique les informations dont il dispose sur le mineur et sa situation familiale. "

Art. 8. -Dans le second alinéa de l'article 83 du code de la famille et de l'aide sociale, le mot: " pas", est supprimé.

Art. 9. -L'article 86 du code de la famille et de l'aide sociale est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé:

" Le département chargé de la prise en charge financière d'une mesure, en application des deuxième et troisième alinéas ci-dessus, assure celle-ci selon le tarif en vigueur dans le département où se trouve le lieu de placement de l'enfant. ,

Art. 10. -L'article 94 du code de la famille et de l'aide sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé:

" Dans le cas où les mineurs visés à l'article 93 du code de la famille et de l'aide sociale ont été confiés à des particuliers ou à des établissements en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil, ils sont placés sous la protection conjointe du président du conseil général, dans les conditions prévues au présent article, et du juge des enfants. "

Art. 11. -Dans le cinquième alinéa (4°) de (l'article 375-3 du code civil, les mots: «Au service départemental), sont remplacés par les mots: «A un service départemental »

Art. 12. -L'article 433 du code civil est ainsi rédigé:

" Art. 433. -Si la tutelle reste vacante, le juge des tutelles la défère à l'Etat s'il s'agit d'un majeur, et au service de l'aide sociale à l'enfance s'il s'agit d'un mineur. »

Art. 13. -Il est inséré, dans le code de procédure pénale, un article 87-1 ainsi rédigé:

" Art. 87-1. -Le juge d'instruction saisi de faits commis volontairement à l'encontre d'un enfant mineur par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par l'un d'entre eux peut procéder à la désignation d'un administrateur ad hoc pour exercer, s'il y a lieu, au nom de l'enfant les droits reconnus à la partie civile. En cas de constitution de partie civile, le juge fait désigner un avocat d'office pour le mineur s'il n'en a pas déjà été choisi un.

« Les dispositions qui précèdent sont applicables à la juridiction de jugement. "

Art. 14. -Le premier alinéa de l'article 352 du code pénal est complété par les mots:

" sauf si les circonstances du délaissement ont permis d'assurer la santé et la sécurité de celui-ci ".

Art. 15. -Le premier alinéa de l'article 39 bis de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse est complété par la phrase suivante:

" Il en est de même de l'identité et de la personnalité des enfants qui ont été exposés ou délaissés dans les conditions prévues par les articles 349, 350, les alinéas 1 à 3 de l'article 351, l'article 352 et l'alinéa 1 de l'article 353 du code pénal. "

Art. 16. -L'article 7 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé:

" Lorsque la victime est mineure et que le crime a été commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par une personne ayant autorité sur elle, le délai de prescription est réouvert ou court à nouveau à son profit, pour la même durée, à partir de sa majorité. "

Art. 17. -Le ministre chargé de la famille présentera au Parlement, avant le 30 juin 1992, et tous les trois ans à compter de cette date, un rapport rendant compte des résultats des recherches menées sur l'enfance maltraitée et proposant toutes mesures propres à en diminuer la fréquence et la gravité. Le même rapport établit un bilan de fonctionnement du dispositif départemental de recueil d'informations et du service d'accueil téléphonique visés aux articles 68 et 71 du code de la famille et de l'aide sociale.

La présente loi sera exécutée comme loi d'Etat.

Fait à Paris, le 10 juillet 1989.

FRANÇOIS MITTERRAND

Par le Président de la République:

Le Premier ministre.

MICHEL ROCARD

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports,

LIONEL JOSPIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

PIERRE ARPAILLANGE

Le ministre de la défense,

JEAN-PIERRE CHEVENEMENT

Le ministre de l'intérieur,

PIERRE JOXE

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,

CLAUDE ÉVIN

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'intérieur, chargé des collectivités territoriales,

JEAN-MICHEL BAYLET

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, chargé de la famille,

HÉLÈNE DORLHAC

(1) Travaux préparatoires : loi n° 89-4:87.

Sénat:

Projet de loi no 260 (1988-1989):

Rapport de Mme Hélène Missoffe, au nom de la commission des affaires sociales, no 269 (1988-1989) :

Discussion et adoption le 2 mai 1989.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, no 645 :

Rapport de Mme Gilberte Marin-Moskovilz. au nom de la commission des affaires culturelles et annexe, observations de Mme Denise Cacheux, au nom de la commission des lois. n°731 .

Discussion et adoption le 13 juin 1989.

Sénat:

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale. n° 385 (1988-1989) :

Rapport de Mme Hélène Missoffe, au nom de la commission des affaires sociales, no 401 (1988-1989)

Discussion et adoption le 3 juillet 1989.

Assemblée nationale:

Projet de loi, modifié par le Senat n° 865 :

Rapport de Mme Gilberte Marin.Moskovitz au nom de la commission des affaires culturelles, n° 866

Discussion el adoption le 3 juillet 1989.

Assemblée nationale:

Rapport de Mme Gilberte Marin-Moskovilz, au nom de la commission mixte paritaire.
no 871.

ANNEXE 3 .

ENQUETE SUR LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DANS LES SERVICES DES URGENCES DE LORRAINE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS VICTIMES DE MALTRAITANCE.

STRUCTURE DU SERVICE :

- 1. Dans quel type de service travaillez-vous ?
 - ☐ S.A.U.
 - ☐ U.P.A.T.O.U.
 - ☐ P.O.S.U.
 - ☐ C.S.I.
- 2. Quel est votre statut ?
 - ☐ Assistant
 - ☐ Attaché
 - ☐ Praticien hospitalier
 - ☐ Interne
 - ☐ Praticien adjoint contractuel
 - ☐ Autres. Précisez :
- 3. Quel est le nombre de médecins dans votre service :
 - Quel est le nombre de séniors travaillant dans votre service ?
 - Quel est le nombre d'internes travaillant dans votre service ?
 - Quel est le nombre de médecins par 24 heures ?
 - Le jour :
- nombre de séniors :
- nombre d'internes :
 - La nuit :

- nombre de séniors :
- nombre d'internes :
- 4. Quel est le nombre d'années d'expérience que vous avez dans les services des urgences ?
- 5. Quel est le nombre de patients que votre service accueille par an ?
- 6. Votre service prend-il en charge les enfants et les adolescents de moins de 15 ans ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, précisez :

- ☐ Le jour
 - ☐ La nuit
 - ☐ Pour les urgences médicales
 - ☐ Pour les urgences chirurgicales
- 7. Dans votre service existe t-il :
 - ☐ Un système d'archives centralisées ?
 - ☐ Un système d'archives spécifiques au service et facile d'accès ?
 - ☐ Un système d'archives informatisées ?
- 8. Dans votre service, y a t-il un staff quotidien permettant d'exposer les dossier de la veille ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 9. Existe t-il une assistant sociale spécialement affectée à votre service ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 10. Dans votre service existe t-il un psychiatre ou un psychologue que vous pouvez joindre en urgence ou rapidement ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

- 11. En ce qui concerne la prise en charge des enfants et des adolescents de moins de 15 ans victimes de maltraitance, existe t-il dans votre service :
 - une personne référente ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - un protocole de conduite à tenir ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - une liste des principaux numéros de téléphone des professionnels à contacter ?
 - ☐ Oui. Précisez :
 - ☐ Non

PRATIQUE MEDICALE :

- 12. Quand vous examinez un enfant, avez-vous l'habitude de le déshabiller entièrement ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?
- 13. Demandez-vous habituellement à consulter le carnet de santé ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?
- 14. Consignez-vous habituellement votre examen clinique dans le carnet de santé ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?
- 15. Quels sont les différents éléments susceptibles d'attirer votre attention quand à une possible maltraitance chez un enfant ou un adolescent ?
- 16. Dans votre pratique médicale pensez-vous être vigilant aux situations d'enfants victimes de maltraitance ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non. Pourquoi ?

- 17. En cas de suspicion de sévices sans danger avéré immédiat sur un enfant ou un adolescent de moins de 15 ans, quelle serait votre attitude ?
- 18. Dans le même situation en cas de refus de coopération des parents, quelle serait votre attitude ?
- 19. En cas de sévices grave ou de suspicion de danger immédiat sur un enfant ou un adolescent de moins de 15 ans, quelle serait votre attitude ?
- 20. Dans la même situation en cas de refus de coopération des parents quelle serait votre attitude ?
- 21. Dans votre pratique médicale aux urgences, avez-vous déjà été confronté à des situations d'enfants ou d'adolescents victimes de maltraitance ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez le nombre de cas rencontrés :

Si oui, précisez les différentes situations rencontrées :

LES CONNAISSANCES JURIDIQUES ET ADMINISTRATIVES :

- 22. En ce qui concerne les enfants et les adolescents victimes de maltraitance, pensez-vous avoir déjà reçu une formation ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez :

- 23. Pensez-vous que vous devriez compléter votre formation ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, par quel moyen :

- 24. En ce qui concerne le secret professionnel : si vous êtes informé d'une situation de maltraitance chez un enfant, vous pensez que:
 - ☐ Vous n'avez pas le droit de signaler la situation car vous êtes tenu au secret professionnel.
 - ☐ Vous avez la possibilité de signaler la situation car vous êtes lever du secret professionnel.
 - ☐ Vous êtes dans l'obligation de signaler la situation.

- 25. En ce qui concerne le rôle du juge des enfants en matière de maltraitance, pensez-vous que le juge des enfants peut :
 - Demander une enquête sociale
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Condamner un parent maltraitant
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Décider un placement provisoire de l'enfant
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Décider une assistance éducative de l'enfant
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Demander un complément d'enquête par les services de police et de gendarmerie.
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 26. Parmi les termes suivants, lesquels vous sont familiers :
 - ☐ P.M.I.
 - ☐ O.P.P.
 - ☐ A.E.M.O.
 - ☐ A.S.E.
 - ☐ Aucun
- 27. Connaissez-vous les démarches à suivre pour faire un signalement administratif?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, précisez :

- 28. Connaissez-vous les démarches à suivre pour faire un signalement judiciaire ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, précisez :

LE RESSENTI DES MEDECINS :

- 29. Pensez-vous ne pas dépister certains cas de maltraitance chez les enfants
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

- 30. Pensez-vous qu'un service des urgences soit un lieu adapté au dépistage de cas de maltraitance chez les enfants ou les adolescents ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Pourquoi ?

ANNEXE 4.

CONDUITE A TENIR PAR LE MEDECIN DE GARDE AUX URGENCES DEVANT UN ENFANT VICTIME DE MALTRAITANCE.

C'est souvent le médecin des urgences qui est le premier contact de l'enfant maltraité avec l'hôpital. Beaucoup de choses vont dépendre de ce premier contact.

Le médecin doit savoir reconnaître la nature traumatique des signes et symptômes constatés, en faire un inventaire rigoureux, et en rechercher la cause. Il devra ensuite surtout protéger l'enfant, le soustraire du danger et du risque de récurrence.

L'hospitalisation permettra dans certains cas d'assurer la protection immédiate de l'enfant, et d'élaborer un travail pluridisciplinaire dans le but de proposer les solutions les plus adaptées à la situation.

Bien que chaque situation soit particulière, on peut tenter de proposer une conduite à tenir. En fonction du danger pour l'enfant et de la coopération des parents, on peut distinguer deux situations cliniques relativement différentes et deux démarches administratives et judiciaires peuvent être envisagées.

● *En cas de sévices graves ou de danger immédiat pour l'enfant :*

Le médecin doit tout faire pour convaincre de l'intérêt d'une hospitalisation. Avec l'accord des parents, et après information du médecin qui accueillera l'enfant, l'enfant sera admis dans un service de pédiatrie (ou de chirurgie) où un bilan médical, une observation, un bilan social, psychologique et psychiatrique auront lieu.

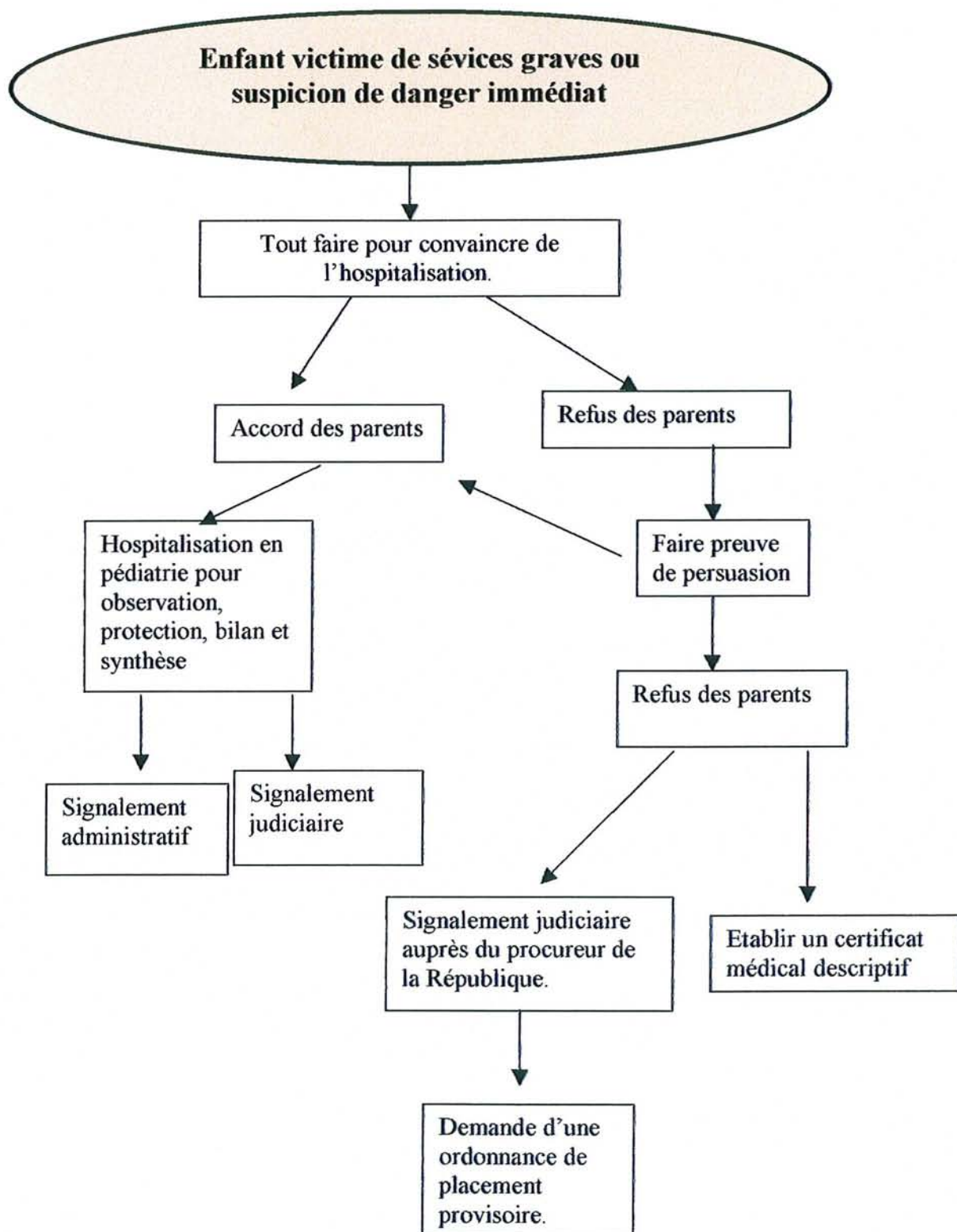
En cas de refus persistant des parents, le médecin des urgences établira un certificat médical descriptif et prendra contact avec le procureur de la République ou avec le substitut du procureur chargé des mineurs (joignable 24h/24 par téléphone ou par fax) afin de faire un signalement judiciaire en urgence. Ce signalement peut comporter une demande d'ordonnance de placement provisoire à l'hôpital.

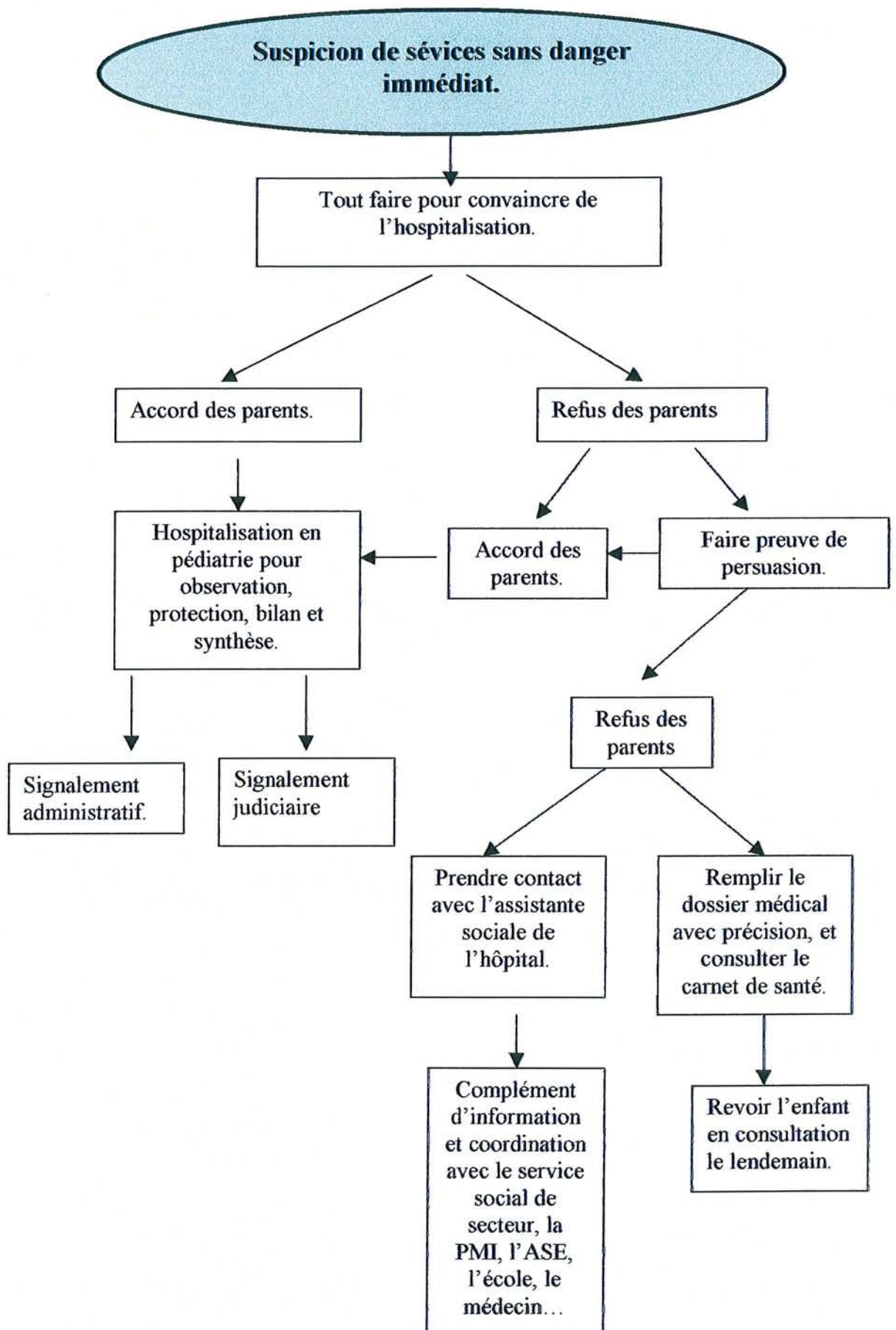
● *En cas de sévices sans danger avéré dans l'immédiat :*

Le médecin des urgences doit tout faire pour convaincre de l'intérêt d'une hospitalisation.

Avec l'accord des parents, l'enfant sera hospitalisé dans un service de pédiatrie, où, en prenant le temps, un bilan global et une observation seront réalisés.

En cas de refus de coopération des parents, le médecin des urgences doit étudier le carnet de santé de l'enfant, remplir le dossier médical avec précision, prendre contact avec le médecin traitant, le pédiatre de l'hôpital et si possible avec l'assistante sociale de l'hôpital pour établir un lien avec le service social de secteur.





ANNEXE 5.

LES PARTENAIRES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN LORRAINE :

MEURTHE ET MOSELLE :

Le parquet de Nancy :

- Procureur adjoint à la chambre de la famille : M. Nativel : 03.83.90.85.44.
- Greffier : 03.83.90.86.31.
- Substitut de permanence : 03.83.90.85.48.
- Fax : 03.83.90.86.02.

Le tribunal de grande instance de Briey : 03.82.47.56.00.

La CEMA : tel 03.83.27.69.12.

Fax 03.83.94.50.50

Répartition TAMS (Territoire d'Action Médico Sociale) et des médecins de PMI :

TAMS n°1 : Longwy 5, rue Pierre Curie 54400 LONGWY, tel : 03.82.39.59.51.

Médecin PMI de territoire : Dr CRUGNOLA PMI tel : 03.82.39.59.56.

CMS rattachés : LONGUYON 03.82.26.51.21.

LONGWY BAS 03.82.39.59.59.

LONGWY HAUT 03.82.24.96.58.

MONT SAINT MARTIN 03.82.26.06.60

VILLERUPT 03.82.89.11.48

TAMS n°2 : Briey Maison de l'information 54152 Briey, tel : 03.82.46.21.64

Médecin de territoire Dr HILY

CMS rattachés : BRIEY 03.82.46.23.98

JARNY 03.82.33.04.98

AUBOUE 03.82.22.02.05

JOEUF 03.82.22.10.70

PIENNES 03.82.21.92.31

TUCQUENIEUX 03.82.21.32.33

TAMS n°3 Toul 1, rue Victor Hugo 54200 Toul, 03.83.64.88.40

Médecin PMI de territoire : Dr HERGAT-KREMER

CMS rattachés : TOUL 03.83.43.03.54

TOUL « Croix de Metz » 03.83.65.39.00

VEZELISE 03.83.26.90.12.

LIVERDUN 03.83.24.47.65.

VEZELISE (MSA) 03.83.26.93.37.

TAMS n°4 Val de Lorraine 26, rue Maréchal Joffre 54702 Pont à Mousson, 03.83.80.01.70.

Médecin PMI de territoire : Dr LETSCHER , 03.83.80.01.73.

CMS rattachés : CHAMPIGNEULLES 03.83.31.20.45.

DIEULOUARD 03.83.23.58.41.

POMPEY 03.83.49.07.12.

PONT A MOUSSON 03.83.81.15.21.

BLENOD LES PONT A MOUSSON 03.83.82.35.81.

PAGNY SUR MOSELLE 03.83.81.46.50.

TAMS n°5 Lunévillois Rue Marquise du Chatelet 54300 Lunéville, 03.83.74.44.21.

Médecin PMI de territoire : Dr COLOMBO, 03.83.74.44.22.

CMS rattachés : BACCARAT 03.83.75.10.72.

BAYON 03.83.72.52.12

LUNEVILLE 03.83.74.00.11.

BLAINVILLE 03.83.75.80.75

LUNEVILLE 03.83.73.30.12.

LUNEVILLE 03.83.74.47.34

BADONVILLER 03.83.42.11.43.

MONT (MSA) 03.83.42.42.80.

LUNEVILLE (MSA) 03.83.74.47.34.

TAMS n°6 Nancy ville Tilleul argenté 17G, rue Laurent Bonnevey 54100 Nancy
03.83.98.55.11.

Médecin PMI de territoire : Dr RAYMOND 03.83.98.91.73.

CMS rattachés : NANCY « Beauregard » 03.83.96.10.00.

NANCY « Calmette » 03.83.17.03.30.

NANCY « F. Gross » 03.83.35.25.67.

NANCY “Haussonville” 03.83.27.06.15.

NANCY “ Pinchard” 03.83.96.53.15.

NANCY “Cèdre Bleu” 03.83.97.11.44.

NANCY « Loritz » 03.83.35.84.76.

TAMS n°7 Agglo sud 2, rue J.P. Rameau BP 97 54140 Jarville 03.83.56.90.10.

Médecins PMI de territoire : Dr HIMON, Dr BRETON 03.83.56.90.13.

CMS rattachés : DOMBASLE 03.83.48.21.44.

JARVILLE « Californie » 03.83.56.84.42.

LUDRES 03.83.25.92.98.

SAINT NICOLAS DE PORT 03.83.45.23.52.

TOMBLAINE 03.83.29.22.98.

TAMS n°8 Agglo sud ouest 80, boulevard Foch 54520 Laxou 03.83.67.81.70.

Médecins PMI de territoire : Dr HUOT-MARCHAND 03.83.67.81.74.

CMS rattachés : LAXOU 03.83.27.74.79

LAXOU « Champs le bœuf » 03.83.96.26.74.

NEUVES MAISONS 03.83.47.19.21.

VANDOEUVRE « Charmois » 03.83.51.45.31.

VANDOEUVRE « les grives » 03.83.51.55.46.

VANDOEUVRE EST 03.83.55.44.31.

VILLERS LES NANCY 03.83.27.70.95.

MAXEVILLE 03.83.32.96.47.

TAMS n°9 Agglo nord est 44, rue colonel Driant 54220 Malzéville 03.83.21.76.49.

Médecin PMI de territoire : Dr DJOFFON 03.83.21.36.66.

CMS rattachés : MALZEVILLE 03.83.29.34.88.

SAINT MAX 03.83.21.23.90.

SEICHAMPS 03.83.33.19.12.

MOSELLE :

Parquet de Metz :

Standard : 03.87.56.76.00

Permanence des mineurs : 03.87.56.76.85.

Parquet de Sarreguemine :

Standard : 03.87.28.31.00.

Substitut des mineur : 03.87.28.33.17

Parquet de Thionville

Standard : 03.82.82.43.50.

Substitut des mineurs :03.82.82.43.73.

Cellule Enfance en Danger : Direction de la solidarité. 28/30, avenue André Malraux. 57046 Metz cedex 1. Tel : 0800.05.67.89.

Répartition des UTAS (Unités Territoriales d'Action Sociale) et des médecins de PMI :

UTAS n°1 : Thionville Passage du dispensaire 57100 Thionville. 03.82.54.75.00.

Médecin PMI : Dr DEUTSCHER 03.82.54.75.05.

Groupe ASE: 03.82.54.75.01.

Secteurs : Hettange Grande I, Hettange Grande II, Terville, Thionville Basses-Terres-Manom, Thionville Beauregard, Thionville Bel-air, Thionville Centre, Thionville cours de Rome Mozart Chardon, Thionville écart Milliaire Val-Marie, Thionville

Guentrange, Thionville Malgrange, Thionville près de Saint Pierre, YutzI, Yutz II, Yutz III, Yutz IV.

UTAS n°2 : Hayange. 1, Esplanade de la Liberté. 57700 Hayange. 03.82.86.44.09.

Médecin de PMI : Dr GERHARD 03.82.86.44.05.

Secteurs : Algrange, Audun, Aumetz, Fameck, Florange, Fontoy, Hayange Konacker, Hayange Marspich, Hayange Neufchef, Hayange Patural, Hayange Saint Nicolas, Knutange, Nilvange, Seremange-Algrange2

UTAS n°3 Creutzwald 2, rue du Maréchal Ney. 57150 Creutzwald. 03.87.29.66.50/51.

Médecin PMI : Dr BRUNCHER 03.87.29.66.56.

UTAS n°4 Rombas. 25, rue Raymond Mondon. 57120 Rombas. 03.87.67.98.20.

Médecin de PMI : Dr RATSIANOHARANA. 03.87.67.98.25.

Secteurs : Amnéville, Clouange-Roselange, Moyeuvre Grande, Moyeuvre Froidcul, Rombas, Sainte Marie aux Chênes, Uckange.

UTAS n°5 Woippy. 30, route de Thionville. 57140 Woippy. 03.87.34.30.00.

Médecin PMI : Dr CROISET. 03.87.34.30.05.

Secteurs : Ennery-Ay sur Moselle, Hagondange, Maizières-les-Metz, Marange, Mondelange, Talange, Woippy.

UTAS n°6 Metz. 36, Place Saint Thiébault. 57000 Metz. 03.87.76.41.10.

Médecin PMI : Dr DECKER. 03.87.76.41.15.

Secteurs : Metz Bellecroix, Metz Nord, Metz Nouvelle Ville, Metz outre Seille, Metz Patrotte, Metz Pontiffroy, Metz devant les ponts, Metz vieille ville, Queuleu Plantière, Queuleu Tivoli.

UTAS n°7 Metz est 5/7 rue d'Anjou 57070 Metz Borny 03.87.

Médecin de PMI : Dr ALAOUI-SABRA 03.87.76.41.07.

Secteurs : Courcelles-Chaussy, Metz-Borny, Metz-Vallières-les Bordes, Pange-la-Grange aux Bois, Remilly, Saint Julien-les-Metz, Vigy.

UTAS n°8 Montigny-les-Metz. 7, Place Joseph Schaff. 57950 Montigny-les-Metz. 03.87.66.13.01.

Médecin PMI : Dr SCHMADEL. 03.87.66.13.05.

Secteurs : Ars, Longeville, Marly, Montigny, Moulins, Verny-Solgne, Sablon.

UTAS n°9 Saint-Avold. 26, Avenue Clémenceau ;57500 Saint-Avold.
03.87.93.92.10.

Médecin PMI : Dr GROJEAN. 03.87.93.92.14.

Secteurs : Chateau-Salins, Créhange, Deme, Faulquemont, Folschviller, Longeville-les-Saint-Avold, Morhange, Saint-Avold.

Groupement ASE : 03.87.93.92.12.

UTAS n°10 Forbach.

Service de l'ASE. 8, Place de l'Alma 57600 Forbach.

Service de PMI et Centre de Planification et d'Education Familiale, 12, Place de l'Alma. 57600 Forbach.

Service Départemental d'Action Sociale, 16, Place de l'Alma. 57600 Forbach.

Médecin PMI : Dr BADOIT.03.87.84.64.56.

Secteurs : Behren, Farebersviller, Forbach, Freyming Merlebach, Hombourg Haut, Petite Rosselle, Stiring Wendel.

UTAS n°11 Sarreguemines. 2, rue du Colonel Cazal. 57200 Sarreguemines.
03.87.27.60.40.

Médecin PMI : Dr MUON-PULS. 03.87.27.60.45.

Groupement ASE : 03.87.95.89.54.

Secteurs : Bitche, Sarreguemines, Puttelange-aux-Lacs, Rohrbach-lès-Bitche, Sarralbe.

UTAS n°12 Sarrebourg. 29, rue Gambetta. 57400 Sarrebourg. 03.87.03.09.11.

PMI : 03.87.03.09.13.

Médecin PMI : Dr WEIBEL. 03.87.03.09.15.

Secteurs : Albestroff, Dabo, Dieuze, Fenetrange, Lixheim, Lorquin, Phalsbourg, Rechicourt, Sarrebourg, Troisfontaines, Vic-sur-Seille.

VOSGES

Tribunal de grande instance d'Epinal : 03.29.34.53.53.

Répartition des circonscriptions et des médecins de PMI :

Circonscription Epinal ville : 2, rue Grennevo. 88000 Epinal. 03.29.29.86.50.

Médecins PMI : Dr THIRIAT et Dr WEDERHAKE

Circonscription Centre Vosges : 2, Rue Grennevo. 88000 Epinal. 03.29.29.86.30.

Médecins PMI : Dr HAAS et Dr SPINELLI-VINE.

Circonscription Moyenne Moselle : Place du Général de Gaulle. 88150Thaon les Vosges. 03.29.39.40.57.

Médecins PMI : Dr DUBAUX et Dr GUIGEMDE.

Circonscription Gérardmer : 18, Boulevard A. Garnier. 88400 Gerardmer. 03.29.63.66.66.

Médecins PMI : Dr BECOURT et Dr GATEL.

Circonscription Neufchateau : 28 , rue du Président Kenndy. 88300 Neufchateau. 03.29.94.02.84.

Médecin PMI : Dr SCHMUTZ.

Circonscription Vittel : 387, rue Saint Eloi. 88800 Vittel. 03.29.08.02.33.

Médecin PMI : Dr GESTIN.

Circonscription Remiremont : 17, rue P. Doumer. 88200 Remiremont. 03.29.62.25.45.

Médecins PMI : Dr CLEMENCE et Dr AUDRY

Circonscription Saint Die Ville : 67, rue de la prairie. 88100 Saint Die. 03.29.53.50.90.

Médecin PMI : Dr GRANDIDIER.

Circonscription Saint Die vallées : 8, rue des grands moulins. 88100 Saint Die. 03.29.55.22.88.

Médecins PMI : Dr HAMANN et Dr LEMOINE.

MEUSE .

Tribunal de grande instance de Verdun : 03.29.86.14.05.

Répartition des UDAS (Unité Départementale d'Action Sociale) et des médecins de PMI :

UDAS de Bar le Duc : 12, rue André Theuriet. 55012 Bar le Duc. 03.29.79.20.77.

Médecin PMI : Dr. BRULLIARD.

UDAS de Commercy : 49, avenue Stanislas. 55200 Commercy. 03.29.91.31.55.

Médecin PMI : Dr. REY.

UDAS de Stenay: 12, rue de l'hôpital. 55700 Stenay. 03.29.80.32.34.

Médecin PMI : Dr. ANTOINE.

UDAS de Verdun : 8, rue Couten. 55100 Verdun. 03.29.86.55.66.

Médecin PMI : Dr. BASSEGODA.

Service ASE-Enfance Famille: Mme. MAHAUT. 03.29.45.73.01.



VU

NANCY, le 4 juin 2002
Le Président de Thèse

NANCY, le 29 août 2002
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Mme le Professeur C. VIDAILHET

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 9 septembre 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE

Une enquête exhaustive, composée de 30 questions, destinée à évaluer les conditions de diagnostic et de prise en charge des enfants et des adolescents victimes de maltraitance dans les services des urgences a été soumise à 164 médecins des services des urgences de Lorraine par téléphone de octobre 2000 à juin 2001.

Cette étude a permis de mettre en évidence que les services des urgences sont des lieux importants pour le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance.

L'étude de la structure des services des urgences, de la pratique médicale et des connaissances administratives et judiciaires des médecins interrogés a montré certains dysfonctionnements : manque de moyens, manque de formation des médecins, méconnaissance des différents partenaires de la protection de l'enfance...

Les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge aux urgences des enfants maltraités reste une question ouverte. L'amélioration de la formation des médecins, la sensibilisation régulière des médecins, un examen plus systématique du corps des enfants, des relations approfondies entre les différents partenaires médicaux, sociaux et judiciaires sont des éléments qui paraissent déterminants pour permettre une prise en charge plus adaptée des enfants victimes.

TITRE EN ANGLAIS

CHILD ABUSE : RESULTS FROM A SURVEY CARRIED OUT ON DOCTORS OF EMERGENCY DEPARTEMENTS OF LORRAINE .

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2002

MOTS CLEFS

Enfance maltraitée, services des urgences, Lorraine, enquête, prise en charge, diagnostic, sévices.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
