

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEES 2003-2004

N°:4

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

HOSPITAL-BEZIER AUDE

Née le 11 Mars 1973 à Versailles

Présentée et soutenue publiquement le 26 Mars 2004

LES ENFANTS MALTRAITES :

**RECHERCHE SUR LE DEVENIR DE VINGT-SIX ENFANTS
ONZE A QUINZE ANS APRES LEUR SIGNALEMENT**

JURY

Président : Monsieur le professeur J-C. ROZE

Membres : Monsieur le Professeur J-M. ROGEZ

Monsieur le Professeur O. RODAT

Monsieur le Docteur G. PICHEROT

Madame le Docteur N. VABRES

REMERCIEMENTS

A Monsieur Le Professeur Jean-Christophe ROZE,
Professeur d'université,
Praticien Hospitalier
Chef de service de néonatalogie et de réanimation infantile au CHU de Nantes

Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury
Que nous avons pu apprécier au cours de notre enseignement
Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect

A Monsieur Le Docteur Georges Picherot,
Praticien Hospitalier
Chef de service de pédiatrie du CHU de Nantes

Qui nous fait l'honneur de participer à ce jury
Qui nous a dirigé dans ce travail
Et qui trouve ici l'expression de notre sincère gratitude pour ses conseils, ses
encouragements, sa gentillesse et sa compréhension
Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance pour tous ces instants précieux donnés à
la réalisation de cette étude.

A Monsieur Le Professeur Jean-Michel ROGÉZ
Professeur d'université,
Praticien Hospitalier,
Chef de service de chirurgie infantile du CHU de Nantes
Professeur d'anatomie

Qui nous fait l'honneur d'accepter de participer à notre jury,
Que nous avons apprécié pour son enseignement au cours de nos études universitaires
Qu'il soit assuré de notre sincère reconnaissance et de notre grande admiration

A Monsieur Le Professeur Olivier RODAT
Praticien Hospitalier
Chef de service de gériatrie
Professeur de médecine légale

Qui nous fait l'honneur d'accepter de participer à notre jury
Que nous avons souvent apprécié pour son enseignement
Qu'il soit assuré de notre sincère reconnaissance et de notre admiration

A Madame Le Docteur Nathalie VABRES
Praticien Hospitalier
Pédiatre

Qui nous fait l'honneur d'accepter de participer à notre jury
Qu'elle soit assurée de notre sincère reconnaissance

A toutes les personnes qui m'ont soutenue dans mes recherches

A Madame A.Grolleau, assistante sociale de l' Hôpital de ST Nazaire
Aux secrétaires de pédiatrie de l'hôpital de St Nazaire

Aux substituts des mineurs de St Nazaire et de Vannes,
Aux Greffières
Aux juges pour enfants, Madame Picard et Monsieur Desbordes

Au chef de service de L'ASE à St Nazaire, Monsieur Morel

Au chef de service du SPF, Monsieur Reimel

Au chef de service de l'AEE, Monsieur Ribeau

Au chef de service de la PJJ, Madame Coutant

Aux éducateurs, aux assistantes sociales et psychologues qui ont été en contact avec les enfants
qui m'ont permis de développer mon étude.

A Frédéric,

A Martin,

A mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de mes études

A Marine,

A ma famille,

A mes grands-parents,

A tous mes amis,

Au Docteur Jacques Juhel

Qui m'ont soutenue tout au long de mon travail

LA TABLE DES MATIERES

-INTRODUCTION-	Page 9
1-GENERALITES-	Page 9
2-METHODOLOGIE ET OUTILS-	Page 11
2-1 BUT DE LA RECHERCHE	Page 11
2-2 L'ECHANTILLON	Page 12
2-3 METHODE DE RECHERCHE	Page 13
2-3-1 Le questionnaire (voir annexe)	Page 13
2-3-2 Lieux de recherche et organismes contactés	Page 13
2-3-2-1 L'hôpital de St Nazaire	
2-3-2-2 Les tribunaux de Vannes et de St Nazaire	
2-3-2-3 L'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)	
2-3-2-4 Les CMP (Centre Medico-Psychologique) de la région Nazairienne	
2-3-2-5 L'accueil familial et thérapeutique	
2-3-2-6 L'association d'action éducative	
2-3-2-7 Le SPF (service de placement familiale)	
2-3-2-8 La PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)	

2-4 LES LIMITES DE LA RECHERCHE ET LES PROBLEMES RENCONTRES

Page 20

2-4-1 La pesanteur des démarches Page 20

2-4-2 La subjectivité du travail Page 21

2-4-3 Les problèmes d'archivage Page 21

2-4-4 Le poids des années Page 21

2-4-5 Les déménagements Page 21

2-4-6 L'adoption Page 22

2-4-7 Des enfants non retrouvés Page 22

3 LES RESULTATS

Page 23

3-1 SITUATION AVANT ET AU MOMENT DU SIGNALEMENT

Page 24

3-1-1 L'enfant Page 24

- Ses antécédents médicaux éventuels
- Répartition par sexe
- Age au moment du signalement

3-1-2 Les parents Page 27

- Situation conjugale,
- Situation judiciaire
- Situation professionnelle
- Situation financière
- ATCD médicaux et psychologiques de chacun des parents avec présence ou non de toxicomanie ou éthylisme
- Passé social des parents
- La situation sociale
- Relations avec le reste de la famille proche

3-1-3 La fratrie

Page 37

- Structure: fratrie proche ou hétérogène
- Rang de l'enfant dans la fratrie

3-1-4 Le signalement

Page 40

- L'hospitalisation (motifs et durées)
- Signalement administratif ou judiciaire?
- Auteur des sévices?
- Auteur du signalement et personnes adressant l'enfant
- Prise en charge avant et après signalement de l'enfant
- Prise en charge avant et après de la fratrie
- Réaction de la famille d'origine

3-2 BILAN EN 2002 ET EVOLUTION DES SITUATIONS SUR 11 A 15 ANS

Page 53

3-2-1- la prise en charge générale des enfants dans leur ensemble

Page 53

- Age des enfants en 2002
- Temps écoulé entre le signalement et le bilan en fonction de l'âge des enfants lors du bilan
- Durée de la prise en charge sociale et/ou juridique en fonction de la catégorie de maltraitance des 15 enfants retrouvés lors du bilan
- Temps écoulé entre la dernière information retrouvée (quelle que soit la nature de l'information et la source) et le bilan 2002 pour les 11 enfants échappant au bilan

3-2-2 Les 11 enfants non retrouvés en 2002 : leur histoire et les raisons de cette perte de contact

Page 59

3-2-2-1 Trois enfants n'ayant plus de suivi depuis plus de 10 ans

- Situation de départ
- Evolution de la prise en charge
- La perte de contact

3-2-2-2 Six enfants sans nouvelles depuis 5 à 10 ans

- Quatre enfants adoptés

- Situation de départ

- Évolution de la prise en charge

- La perte de contact

- Deux enfants non adoptés

- Situation de départ

- Évolution de la prise en charge

- La perte de contact

3-2-2-3 Un enfant sans nouvelles depuis 1 à 5 ans

- Situation de départ

- Evolution de la prise en charge

- La perte de contact

3-2-2-4 Un enfant sans nouvelles depuis moins d'un an

- Situation de départ

- Evolution de la prise en charge

- La perte de contact

3-2-2-5 La notion d'abus sexuel

3-2-3 Bilan 2002 pour 15 enfants

Page 69

3-2-3-1 Les enfants

La prise en charge sociale et /ou juridique :

- Tableau général

- Evolution de la prise en charge pour les enfants suivis depuis le signalement

- Evolution de la prise en charge pour les enfants de nouveau suivis après interruption

- Evolution de la prise en charge pour les enfants sans suivi récent

Situation personnelle des 15 enfants :

- Création d'une famille ?
- Situation scolaire ou professionnelle ? Projets ?
- Loisirs ?
- Problèmes médicaux éventuels.
- Problèmes psychologiques éventuels.
- Relation avec la justice ?délinquance ?

Notion d'abus sexuels :

3-2-3-2 Relations avec les familles d'accueil éventuelles

3-2-3-3 La famille d'origine

3-2-3-4 La fratrie

- Evolution de la structure
- Nature de la prise en charge

3-2-4 Bilan général

Page 88

- Le suivi en fonction de la catégorie de maltraitance
- Bilan général des relations parents/enfants
- Bilan pour les 11 enfants non retrouvés en 2002
- Bilan général pour les 15 enfants retrouvés en 2002
- Bilan scolaire et professionnel pour les 15 enfants
- La notion d'abus sexuel
- Conclusions

3-3 COMPARAISON DES BILANS DE 1992 ET DE 2002

Page 95

3-3-1 Comparaison des méthodologies de recherche

Page 95

3-3-2 Comparaisons sur la nature des résultats

Page 96

4-DISCUSSION	Page 99
4-1 LES DIFFICULTES FACE A UNE TELLE RECHERCHE	Page 99
4-1-1 Les points négatifs de cette étude	Page 99
4-1-2 Des problèmes relatifs à toute étude sur le devenir d'enfants maltraités	Page 101
4-2 D'AUTRES RECHERCHES SUR LE DEVENIR D'ENFANTS MALTRAITES	Page 102
4-2-1 Etudes longitudinales avec groupe témoin	Page 103
4-2-2 Etudes longitudinales sans groupe témoin	Page 106
4-2-3 Des recherches à visée thérapeutique	Page 109
4-2-4 Conclusions	Page 113
- CONCLUSIONS-	Page 114

LES ENFANTS MALTRAITES :

**RECHERCHE SUR LE DEVENIR DE VINGT-
SIX ENFANTS ONZE A QUINZE ANS APRES
LEUR SIGNALEMENT**

-INTRODUCTION-

Les médecins sont de plus en plus impliqués dans la prise en charge de la maltraitance tant en milieu hospitalier qu'en libéral.

Les chiffres sont en perpétuelle croissance :

-en 1992, on répertoriait 15000 enfants maltraités pour 18000 en 2001

-30000 enfants en risque en 1992 pour 67500 en 2001

Au total, 45000 enfants étaient considérés en danger en 1992 pour 85500 en 2001

L'un des points difficiles reste l'appréciation de l'évolution de ces situations souvent dramatiques.

Nous avons tenté de réaliser une étude rétrospective afin de retrouver l'ensemble de 26 enfants signalés entre 1987 et 1991, en 2002, soit 11 à 15 ans après leur signalement. Le but de cette recherche a donc été de faire le point à long terme avec l'aide des services sociaux, de l'hôpital et du tribunal, sur leur situation familiale, scolaire, médicale, psychologique et juridique.

Ce travail est en rapport avec ma formation de médecin généraliste. Il m'a permis de découvrir ou de mieux connaître les réseaux mis en place autour de ces enfants maltraités.

1-GENERALITES

La définition de la maltraitance est une notion qui a beaucoup évolué au cours du temps : elle est passée de la notion d'enfant battu à celle englobant toutes les situations où les besoins de l'enfant ne sont pas respectés.

L O.D.A.S. (observation national de l'action sociale décentralisée) afin de permettre une certaine cohérence, a proposé les définitions suivantes :

« L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »

« L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. »

L'enfant en risque est l'enfant qui se trouve dans une situation potentiellement dangereuse, situation faisant l'objet d'appréciations souvent aléatoires. Il s'agit de situations aussi diversifiées que la négligence, les soins inappropriés, le délaissement, ...

Ces deux catégories d'enfant sont des enfants en danger qu'il faut protéger et aider. Toute personne suspectant donc un enfant en danger se doit de le signaler.

La loi n° 92—683 du 22 juillet 1992, fait obligation à quiconque a eu connaissance de sévices ou de privations infligés à des mineurs de moins de 15 ans d'en informer les autorités administratives ou judiciaires.

Article 434-3 du code pénal :

«Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à des mineurs 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 psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. »

Cependant, les personnes tenues au secret professionnel ne sont pas soumises à l'obligation de dénoncer les mauvais traitements, elles ont la liberté de révéler ces faits si elles le décident, aux autorités judiciaires ou administratives et ne seront pas poursuivies (art 226-14).

Mais l'article 223-6 du code pénal évoque le problème de la non assistance à personne en danger :

«Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500000 F d'amende.» «Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Cet article ne comporte aucune exception.

Le signalement est en fait un ensemble d'informations faisant état de la situation de l'enfant et de la famille établi après évaluation pluridisciplinaire .Ce signalement peut être adressé soit à l'ASE (aide sociale à l'enfance) si les parents sont demandeurs ou capables de coopérer, soit directement au procureur de la république s'il y a urgence ou si des partenaires (hôpitaux, écoles, police, gendarmerie) ont déjà procédé eux même à une évaluation.

L'enfant est donc signalé lorsqu'on le considère en danger.

Mais que deviennent ces enfants sur le plan affectif, scolaire, médical?

Quelle est leur prise en charge au fil du temps ?

2- METHODOLOGIE ET OUTILS-

Afin d'essayer de répondre à ces questions, nous avons réalisé des recherches sur différents enfants signalés plusieurs années auparavant.

2-1 BUT DE LA RECHERCHE

Cette recherche a été réalisée sur 26 enfants signalés entre 1987 et 1991. Il s'agit d'un travail qui a permis de retracer les différentes étapes de la vie de certains enfants retrouvés et de faire le point début 2002 sur leur devenir soit 11 à 15 ans après leur signalement.

Elle permet d'expérimenter une méthode de recherche.

Elle permet aussi de donner suite à une première étude réalisée en juin 92 dans le cadre d'une thèse, qui retrace le devenir de ces mêmes enfants de 1 à 5 ans après leur signalement.

Lors donc de cette première étude le devenir de l'enfant a été envisagé à court terme, dans cette nouvelle étude il l'est à plus long terme. Nous allons essayer de comparer ces anciennes données aux nouvelles.

Le but de ce travail a donc été de déterminer la ou les prises en charge de l'enfant, les origines des changements d'orientation, ses relations avec ses parents, sa fratrie, sa progression scolaire ou psychologique, ses éventuels problèmes médicaux au cours de ces années pour parvenir à faire le point en 2002.

Nous avons également essayé de déterminer pourquoi et quand certains enfants sortaient du système de protection sociale.

Nous avons séparé ces enfants en 3 grandes catégories:

- Les enfants maltraités par sévices corporels,
- Les enfants maltraités par carence de soins
- Les enfants en risque.

2-2 L'ECHANTILLON

La liste des enfants est donc celle sélectionnée en 1992.
Elle est au nombre de 26.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Les enfants ont tous été hospitalisés dans le service de pédiatrie de St Nazaire, que ce soit au moment du signalement ou antérieurement.
- Ils ont tous fait l'objet d'un signalement judiciaire ou administratif soit par l'hôpital, soit par une autre personne pour suspicion de maltraitance ou d'enfant en risque.

Le nombre d'enfants avait été alors sciemment limité afin de permettre un meilleur suivi de l'évolution de chaque enfant.

Les enfants n'ont pas été sélectionnés sur le fait qu'ils ont été maltraités mais uniquement signalés pour des raisons pouvant être parfois très différentes.

En fait, certains enfants avaient été signalés au moment de leur naissance dans le cadre d'une prévention, certains sont en risque et d'autres font l'objet de maltraitance (violences et carence de soins).

Age des enfants au moment du signalement et dates des signalements :

- .4 sont signalés au moment de la naissance (enfants en risque : 1 en 88 et 3 en 90),
- .3 de moins d'un an (2 maltraitements par sévices corporels : 1 en 91 et 1 en 90 ; 1 en risque en 88),
- .5 entre 1 et 2 ans (3 en risque : 2 en 89 et 1 en 91 ; 2 maltraitements par sévices corporels : 1 en 90 et 1 en 91)
- .9 entre 2 et 5 ans (2 en risque : 1 en 87 et 1 en 89 ; 3 en carence de soins 1 en 87, 1 en 88 et 1 en 89 ; 4 maltraitements par sévices corporels : 1 en 87, 1 en 89, et 2 en 90)
- .4 entre 5 et 10 ans (2 maltraitements par sévices corporels en 89 ; 1 en carence de soins en 89 et 1 en risque en 89)
- .1 supérieur à 10 ans (1 en risque, voir en souffrance en 89).

Remarque : Les signalements inclus dans l'étude sont en grande partie réalisés en 89 (10 signalements) et 90 (7 signalements). On note 3 signalements pour les années 87, 88, 91.

Age des enfants début 2002 : l'âge va de 12 à 30 ans

- 1 décédé mais aurait 20 ans, 6 sont majeurs (de 19 à 30 ans),
- 5 ont 12 ans
- 3 ont 13 ans
- 4 ont 14 ans
- 1 a 15 ans
- 3 ont 16 ans
- 3 ont 17 ans

2-3 METHODE DE RECHERCHE

Les familles d'origine, d'accueil et les enfants ne pouvant être contactés, il a fallu passer par différents intermédiaires.

Un questionnaire a été élaboré puis rempli :

- .Soit par recueil d'informations sur dossier.
- .Soit après contact direct et discussion avec des personnes en relation immédiate avec l'enfant.
- .Soit directement par les éducateurs sans qu'aucune explication n'est pu être donnée.

Il faut noter qu'il y a eu un délai d'environ deux mois entre la date des premiers contacts avec les associations et le premier rendez- vous effectif.

2-3-1 Le questionnaire (voir annexe 1)

2-3-2 Lieux de recherche et organismes contactés

2-3-2-1 L'hôpital de ST Nazaire

L'hôpital a été le premier lieu de recherche .Nous avons pu nous appuyer sur deux types de dossiers:

-Les dossiers médicaux :

Ils ont permis de déterminer les conditions d'hospitalisation avant, après et au moment du signalement, le suivi, la durée du suivi et la nature de ce suivi. Nous avons fait des recherches à la fois sur les dossiers de pédiatrie mais aussi sur des passages éventuels dans des services d'adultes (12 ne sont plus pris en charge par la pédiatrie à partir de début 2002).

-Les dossiers réalisés par l'assistante sociale au moment des signalements :

Dans ces dossiers nous retrouvons des renseignements sur les situations familiales, les antécédents psychologiques des parents, la correspondance éventuelle avec l'ASE ou les tribunaux de grande instance, des traces des entretiens entre les parents et l'assistante sociale .Il existe également des dossiers spécifiques pour les enfants victimes d'abus sexuels.

Il a été retrouvé 16 dossiers du service social et un de la cellule d'accueil des enfants victimes d'abus sexuels. Ce sont des dossiers qui n'ont permis que la détermination d'une situation à son début et en aucun cas de son évolution. Il n'a pas été réalisé un dossier à chaque signalement.

La durée du suivi sur les dossiers médicaux est courte en moyenne sauf lors de pathologies spécifiques :

- 6 n'ont jamais été revus après leur signalement,
- 4 ont eu un suivi inférieur à 1 an,
- 4 ont fait 1 ou 2 apparitions ponctuelles durant ces 12 ans en moyenne,
- 1 a été suivi 9 ans pour un asthme,
- 2 ont été vus régulièrement pendant 9 ans et 11 ans,
- 5 pendant 2 à 5 ans, 2 pendant 6 ans,
- 2 ont été peu suivis après leur signalement puis très régulièrement après la découverte d'une dermatomyosite et d'une rectocolite hémorragique jusqu'en 2001.

Par l'intermédiaire de l'assistante sociale du service de pédiatrie la prise de contact avec l'ASE et les tribunaux a été facilitée.

2-3-2-2 Les tribunaux de Vannes et de St Nazaire

-Présentation:

Les enfants hospitalisés à St Nazaire venant à la fois des environs ou du sud du Morbihan les deux tribunaux de grande instance peuvent être concernés par le signalement et ceci en fonction du lieu d'habitation de la famille.

-Contact :

Par l'intermédiaire de l'assistante sociale, nous avons pu prendre contact avec le substitut des mineurs de St Nazaire. Après différents coups de téléphones pour pouvoir le joindre, un courrier destiné aux deux juges pour enfants a été rédigé afin de demander l'accès aux dossiers en détaillant le projet.

Il a été organisé un entretien avec l'un des juges, puis nous avons été mis en contact avec les greffières pour sortir les dossiers en cours et archivés.

La prise de contact avec le tribunal de Vannes a été réalisée par l'intermédiaire des deux substituts des mineurs.

-Informations et méthode d'archivage :

Il existe un dossier par famille.

L'enfant et sa fratrie sont donc répertoriés dans un même dossier. Tous les dossiers sont des dossiers papiers.

Par informatique, ne sont indiqués que les dates d'intervention.

Il existe un sous-dossier pour chaque enfants où sont réunis les différentes décisions du juge, les rapports d'expertise psychologique ou psychiatrique des enfants et des parents, les rapports des différentes associations prenant en charge l'enfant (ces courriers sont destinés aux juges afin que ceux-ci prennent leurs décisions. Il y a des informations sur la situation familiale, sur la situation scolaire, psychologique et médicale. Ils sont en règle général rédigés dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire: psychologue, éducateur, travailleur familial..).

On peut également y retrouver des lettres des parents ou des enfants.

Nous avons donc pu remplir les questionnaires, après lecture directe de ces documents:

13 dossiers ont été retrouvés au tribunal de St Nazaire dont 6 en cours,

2 ont été retrouvés par informatique mais ont disparu des archives,

3 dossiers sont à Vannes dont 2 en cours.

2-3-2-3 ASE (Aide Sociale à l'Enfance)

-Présentation:

Ce service apparaît comme le pivot du dispositif de prévention et de protection sociale de l'enfance maltraitée. Il est prévenu dans tous les cas relativement bénins quand la vie de l'enfant n'est pas en danger. Dans le cas contraire c'est au procureur qu'il faut signaler.

-Contact :

Après un premier contact téléphonique, une lettre est envoyée au chef de service de l'ASE ainsi qu'à l'inspecteur de l'ASE de St Nazaire, expliquant le projet.

Après réponse positive de la DISS, nous obtenons un entretien avec l'inspecteur de St Nazaire. Nous avons fait des recherches par informatique avec son aide, il a pu également parler de certains enfants qu'il avait encore très bien en mémoire.

Pour finir, il nous a mis en contact avec deux éducatrices prenant encore en charge deux enfants. Ces entretiens ont été téléphoniques.

Une liste avec l'adresse et les numéros de téléphone des différentes associations prenant en charge les enfants après leur signalement, nous a été remise afin de faciliter la suite des recherches.

-Archivage et informations :

Il faut noter que les dossiers sont détruits trois ans après arrêt de la prise en charge. Il ne reste donc ensuite que des traces informatiques notant les dates de prise en charge sans autre renseignement.

En revanche, les entretiens directs avec les éducatrices ont été extrêmement riches.

2-3-2-4 CMP (Centre medico-psychologique) de la région St Nazairienne

La liste des enfants a été envoyée par l'intermédiaire du pédopsychiatre de l'hôpital, aux différents CMP. Une recherche informatique a été réalisée.

Cependant seul un enfant a été reconnu comme ayant été vu au CMP de Guérande un court moment. Les documents relatant son suivi ont été retrouvés au tribunal.

2-3-2-5 Accueil familial et thérapeutique de St Nazaire.

C'est un centre recruté par le syndicat inter hospitalier. Il dépend du CHS de Blain. C'est un centre de soin avant d'être un centre de placement, cependant, il arrive que celui-ci soit utilisé par l'ASE ou après décision du juge dans certains cas exceptionnels.

Seul un enfant y a été pris en charge pendant trois ans.

Toutes les informations concernant cette période sont répertoriées au tribunal.

2-3-2-6 Association d'action éducative

-Présentation :

C'est une association loi de 1901 qui a été créée auprès des tribunaux de Nantes et de St Nazaire.

Cette association gère quatre services :

- .Le service d'AEMO,
- .Le service des enquêtes sociales,
- .Le service de médiation pénale,
- .Un foyer éducatif.

Les services sont habilités ou conventionnés (c'est-à-dire ont l'autorisation de fonctionner avec un budget) par le Ministère de la Justice ou la protection judiciaire de la jeunesse.

-Contact:

Après différents appels téléphoniques (barrage du secrétariat) et la réalisation d'un nouveau courrier, un premier contact a été établi. Le chef de service a fait une nouvelle demande auprès du tribunal de St Nazaire ainsi qu'auprès de ses supérieurs hiérarchiques afin de décider du droit ou non à l'accès aux dossiers.

Au total, il a été possible de lire les documents archivés mais pas le dossier en cours. Seul l'entretien avec le chef de service a permis d'obtenir des informations sur l'enfant suivi. Il a accepté de répondre aux différentes questions permettant de remplir le questionnaire.

-Information :

Les dossiers sont sur papiers et archivés depuis le début de l'existence de l'association. Y sont répertoriés toutes les décisions du juge et tous les rapports rédigés par les professionnels entourant l'enfant. Ont été retrouvés :
- Trois anciens dossiers.
- Un dossier en cours auquel il a été impossible d'accéder directement
(Les renseignements ont été donnés par l'intermédiaire du chef de service afin que celui-ci puisse maîtriser l'information).

2-3-2-7 Service de Placement Familial

-Présentation :

Cette association est un centre de placement familial spécialisé en protection de l'enfance, habilité par le Ministère de la Justice et le Conseil Général au titre de l'ASE pour accueillir jusqu'à 171 mineurs et jeunes majeurs de moins de 21 ans dans le cadre d'une mesure de placement judiciaire décidée par le juge des enfants (en assistance éducative pour des mineurs dont les conditions d'éducation sont gravement compromises ou en protection judiciaire sollicitée par des jeunes majeurs de moins de 21 ans) ou dans le cadre d'une décision administrative, prononcée par l'inspecteur de l'ASE (pour accueillir à titre provisoire, pour les pupilles de l'Etat ou pour la prise en charge provisoire des jeunes majeurs de moins de 21 ans).

Les formes d'accueil sont diversifiées en fonction des motifs du placement : c'est un accueil pour prendre soin de l'enfant pour un temps indéterminé, ou un dépannage, ou un accueil en urgence, à l'occasion par exemple d'une crise familiale, ou un séjour pour observation.

Ce service de placement familial fait partie de la Société de Protection de l'Enfance qui réunit également :

.Le SEMO (Service Educatif en Milieu Ouvert) qui s'occupe d'AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert),

.Le Centre d'Accueil et d'Observation qui est un internat mixte pour les enfants de 4 à 19 ans.

.Le Centre Socio Educatif Ville Marine qui reçoit des enfants de 11/21 ans parfois 6 ans s'ils proviennent de la même fratrie.

-Contact :

L'intervention directe du chef de service de pédiatrie a été nécessaire afin d'obtenir un contact téléphonique et ceci malgré l'appui du tribunal et de l'ASE.

Après de multiples contacts téléphoniques et un courrier, il a été possible de rencontrer le chef de service qui a accepté de sortir les dossiers archivés mais pas ceux en cours.

Il a refusé qu'il y ait un contact direct avec les éducateurs ou les professionnels travaillant avec les jeunes afin de ne pas modifier l'organisation de leur travail.

-Informations et archivage:

Les documents sur papiers sont archivés et conservés.

Nous avons donc pu retrouver tous les enfants ayant été pris en charge par le service.

En ce qui concerne les dossiers en cours, le questionnaire a été rempli par les éducateurs sans possibilité d'entretien et complété uniquement sur la partie « Bilan en 2002 ».

Douze enfants sont passés dans ce service et 3 enfants y sont encore pris en charge.

2-3-2-8 Protection Judiciaire de la Jeunesse : la PJJ.

-Présentation :

La PJJ est chargée du volet éducatif dans la mise en place des mesures prises par le juge des enfants à la suite d'actes de délinquance ou parce que le jeune se trouve dans une situation de danger avérée dans son propre milieu.

Elle s'occupe plus particulièrement d'enfants de 13 à 18 ans. Elle dispose de services déconcentrés dits « publics » et habilite des associations « secteur associatif ».

C'est un ensemble de services et d'établissements qui permettent une prise en charge adaptée :

- Les Services Educatifs Auprès du Tribunal (SEAT) au sein des tribunaux, chargés de recueillir des renseignements socio-éducatifs sur les mineurs et leur famille à la demande du magistrat ;

- Les foyers et les centres d'action éducative exerçant la fonction Hébergement ;

- Les centres éducatifs renforcés (limite de 3 à 6 mois) ;

- Les centres de placement immédiat accueillent les mineurs en grande difficulté, les délinquants en priorité ;

- Les centres d'action éducative en milieu ouvert, qui ont une fonction d'investigation en vue d'apporter une aide à la décision du magistrat ;

- Les centres de jour, rattachés soit aux centres d'action éducative en milieu ouvert soit aux foyers, proposent pour les jeunes confiés à ces services des activités d'insertion et de formation professionnelle selon des modalités diverses allant de la lutte contre l'illettrisme à l'acquisition d'une formation qualifiante.

-Contact :

Après deux contacts téléphoniques et un courrier, le chef de service nous a consacré une heure pour expliquer les fonctions et les modalités d'action de la PJJ puis nous a expliqué le système d'archivage afin de pouvoir rechercher les enfants inscrits sur la liste.

-Informations :

- Aucun des enfants n'y est pris en charge actuellement.

- Trois enfants y ont été pris en charge :

- .Un pendant 4 ans pour une OMO (Observation en Milieu Ouvert) puis AEMO.

- .Deux pour une OMO donc un cours moment (6 mois).

Nous avons retrouvé également 3 enfants de la même fratrie pris en charge par la PJJ et frères d'un enfant faisant partie de la liste des 26 enfants.

Beaucoup d'informations étaient déjà connues par l'intermédiaire du tribunal.

2-4 LES LIMITES DE LA RECHERCHE ET LES PROBLEMES RENCONTRES

2-4-1 La pesanteur des démarches.

Dans un premier temps, on peut noter qu'il est très difficile d'obtenir un premier contact avec les différents responsables des services. Ces premiers rendez-vous sont parfois facilités par des intermédiaires pour pouvoir être introduit auprès des dirigeants. Parfois même malgré, le soutien du tribunal, certaines personnes restent réticentes à communiquer des informations.

-Les premières prises de contact téléphonique ont souvent été difficiles. La peur de ne pas respecter le secret professionnel reste la première raison de cette réticence.

-Nous sommes confrontés aux emplois du temps chargés des différents intervenants travaillant souvent en dehors du bureau et donc impossible à contacter.

Après avoir établi une première relation, il a fallu écrire un courrier affirmant le respect du secret professionnel et l'absence de révélation de noms.

Ensuite, certains chefs de services ont demandé à leur hiérarchie la permission de laisser lire les dossiers.

Au total :

Aucun service cité ci-dessus n'a refusé de donner les informations nécessaires.

Pour les enfants encore pris en charge, les informations données ont été contrôlées car transmises par des intermédiaires (sauf au tribunal où il a été permis de lire tous les documents sans limite) :

.soit le questionnaire a été rempli directement, mais partiellement, par les éducateurs,
.soit il a été complété après entretien avec les éducateurs pour l'ASE, avec le chef de service pour « Action Educative »

2-4-2 La subjectivité du travail

Il existe un possible manque d'objectivité des informations données.

Soit l'entretien s'est fait directement et le questionnaire a été rempli au fur et à mesure des questions. L'objectivité peut être relative car l'enfant est en contact direct avec l'intervenant. Celui-ci répond en fonction de ses propres sentiments.

Soit le questionnaire a été transmis par l'intermédiaire du chef de service sans explication donc avec possibilité d'incompréhension de la demande ou rempli que partiellement par désintérêt.

Soit l'entretien s'est fait avec une personne du service ne travaillant pas directement avec l'enfant.

Notre propre manque d'objectivité peut être également souligné.

La plupart du temps, le questionnaire a été rempli par lecture direct du dossier.

Il s'agit d'une simple exploitation de courriers, sans pouvoir obtenir d'explications (courriers écrits par des psychologues, des psychiatres, des éducateurs, des médecins, des juges ,...des intervenants connaissant parfois plus ou moins bien l'enfant et la situation familiale avec parfois des avis divergents).

Il y a obligatoirement interprétation des faits.

2-4-3 L'archivage

On est confronté au problème d'archivage

.Destruction des dossiers trois ans après l'arrêt de la prise en charge.

.Egarement des documents.

2-4-4 Le poids des années

Il existe des changements d'équipes et des informations oubliées.

Les enfants grandissent, deviennent majeurs et sortent de ces structures destinées à l'enfance.

Ils deviennent souvent mobiles et donc difficiles à retrouver.

2-4-5 Les déménagements

Chaque région, chaque département, voir chaque périphérie de grande ville a son réseau d'intervenants, donc dès qu'une famille déménage avec son enfant, si celui-ci n'est pas placé, elle change complètement de prise en charge et peut alors échapper au système mis en place. Il est très difficile de les retrouver.

On peut également noter que ces populations sont souvent instables sur le plan professionnel, social, familial, et donc souvent en mouvement.

2-4-6 L'adoption

Quatre enfants ont été adoptés au cours de ces années.

Ces enfants ont une nouvelle vie, une nouvelle famille.

L'ASE et le SPF savent où ils ont été recueillis mais il est naturellement impossible d'avoir la moindre information sur leur développement.

2-4-7 Des enfants non retrouvés

La grande majorité des enfants dont nous avons pu retracer l'histoire jusqu'en 2002 sont des enfants qui sont encore suivis par les services sociaux et/ou le tribunal.

11 enfants n'ont pu être retrouvés lors du bilan 2002. On a pu déterminer les raisons de la perte de contact : adoption, changement de situation familiale, obtention de la majorité. Leur devenir actuel reste inconnu.

3 LES RESULTATS

Dans un premier temps, nous faisons le point sur la situation de l'enfant et de la famille avant et au moment du signalement en essayant de déterminer certaines caractéristiques familiales.

Nous déterminons les raisons et les conditions du signalement en séparant les enfants en trois catégories :

- les enfants en risque
- les enfants maltraités par sévices corporels
- les enfants maltraités par carence de soins

Ensuite, nous avons fait le point sur l'année 2002.

Deux catégories d'enfants se détachent alors :

- les 11 enfants pour lesquels le bilan à cette date a été impossible.
- les 15 enfants retrouvés.

Pour première catégorie d'enfant, nous avons recherché la durée de leur prise en charge en fonction de la nature des sévices, la situation familiale et l'évolution de celle-ci. Nous avons tenté de déterminer les raisons de la perte de contact.

Pour la deuxième catégorie d'enfant, nous essayons de faire le point en 2002 sur la situation scolaire, médicale, psychologique, sociale de l'enfant, sur la situation familiale.

En dernière partie, nous cherchons à comparer ces résultats avec le précédent travail, réalisé en 1992.

3-1 SITUATION AVANT ET AU MOMENT DU SIGNALEMENT

3-1-1 l'enfant.

-Antécédents médicaux éventuels avant le signalement.

Ces antécédents ont été retrouvés par l'intermédiaire des dossiers présents à l'hôpital de St Nazaire

Il s'agit soit des motifs d'hospitalisation, soit de prise en charge en consultation.

Type de pathologie	Maltraitance avec sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
1/Sans rapport avec le signalement			
Fente labiale	1	0	0
Infections MF	1	2	0
Infections ORL	1	2	2
Hyperthermie	1	0	1
Hypothyroïdie	0	1	0
Hernie inguinale	1	0	1
Gastroentérite	1	0	0
IMC	0	0	1
2/Pouvant avoir un rapport avec une maltraitance			
TC avec PC	1	0	0
TC sans PC	0	1	0
Syndrome abdominal douloureux avec bilan -	1	0	0
Ecchymoses multiples	1	0	0
Retard staturo-pondéral	2	2	0
Prématurité et hypotrophie	0	0	2
3/Pas d'hospitalisation avant signalement	3	0	7

Avant le signalement :

-10 enfants n'avaient fait aucun séjour à l'hôpital. Parmi ceux-ci, on compte 4 enfants signalés à la naissance.

-16 avaient déjà été vus en milieu hospitalier : certains avaient des motifs d'admissions ou des symptômes pouvant nous alerter d'une maltraitance ou d'une souffrance, d'autres non.

Seuls 8 pouvaient avoir des symptômes en rapport avec une maltraitance ou une négligence :

-les 2 traumatismes crâniens se sont avérés être des accidents ;

-les 2 hospitalisations pour hypotrophie et prématurité étaient dans un contexte d'alcoolisme suivies ensuite en PMI.

-les ecchymoses multiples rentraient véritablement dans le cadre d'une maltraitance suivie ensuite par l'ASE mais sur une courte durée.

-suite au syndrome abdominal douloureux, le bilan médical réalisé s'est avéré négatif et ce n'est que plus tard qu'il a été prouvé que l'enfant subissait des brimades.

Nombre d'hospitalisations à l'hôpital de St Nazaire pour chaque enfant avant le signalement :

Nombre d'hospitalisations	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
aucune	3	0	7
1	3	2	2
2	1	2	1
3	2	0	1
4	0	0	0
5 et plus	1	0	1

La majorité des enfants ont été peu vus avant leur signalement et souvent dans un contexte qui ne présumait pas d'une maltraitance.

En ce qui concerne les 2 enfants vus très fréquemment, il s'agit d'un enfant présentant une IMC, et d'un enfant pour lequel on a suspecté par la suite un syndrome de Münchhausen par procuration (infections ORL à répétition).

-Répartition par sexe :

Sexe	Maltraitance avec sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Masculin	6	3	5
Féminin	4	1	7

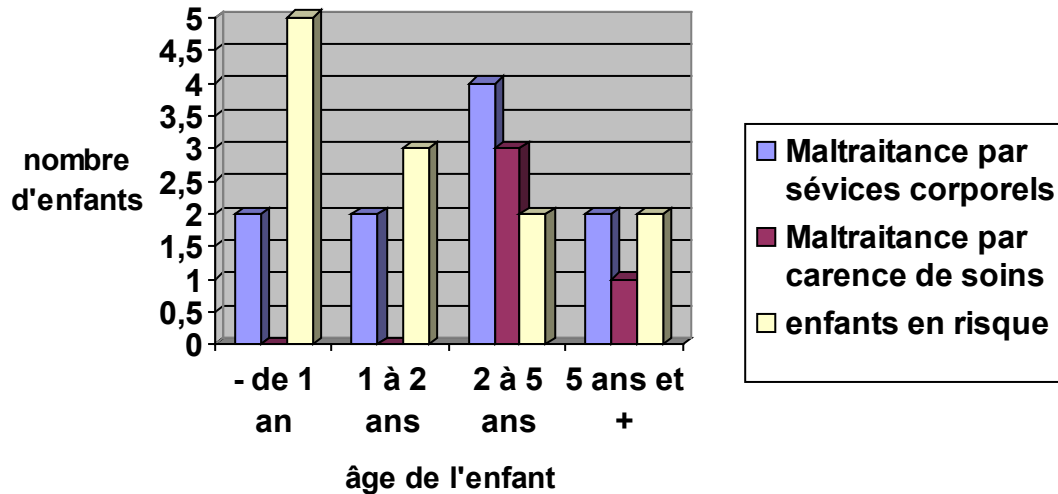
Il y a au total, 12 filles et 14 garçons. Il y a donc un équilibre entre les 2 sexes.

9 garçons sont considérés dans la catégorie maltraitance, pour 5 filles.

7 filles pour 5 garçons sont en risque.

Le sexe n'est pas en faveur d'un type de maltraitance.

-Age au moment du signalement :



Il n'y a pas de maltraitance par carence de soins avant 2 ans.
21 signalements sur 26 ont été faits pour des enfants de moins de 5 ans.
Seuls 5 enfants ont été signalés à 6 ans et plus.

Entre 2 et 5 ans, on note 9 enfants correspondant à la période de signalement la plus fréquente.

Plus l'âge avance moins les signalements sont fréquents.

Mis à part les signalements faits à la naissance, les signalements par carence de soins ou pour des enfants en risque, se font entre 1 et 5 ans. En effet c'est l'évolution de l'enfant qui va le plus souvent alerter.

3-1-2 Les parents

-Situation conjugale :

Situation conjugale		Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
1/Couple ayant uniquement des enfants ensemble	Stable	2	0	2
	Conflictuelle	1	2	3
2 /Famille reconstituée, enfant vivant avec ses deux parents	Stable	1	1	0
	Conflictuelle	3	0	1
3/Famille reconstituée, enfant vivant avec l'un des parents	Conflictuelle	3	1	1
	Stable	0	0	1
4/Couple séparé enfant vivant avec un parent seul		0	0	4

Les familles reconstituées avec enfant vivant avec ses parents sont des familles dans lesquelles il y a eu un précédent mariage avec enfants pour l'un des parents mais l'enfant signalé est issu de ce nouveau couple.

Les familles reconstituées avec enfant vivant avec l'un des parents, sont des familles pour lesquelles l'enfant vit avec sa mère (sauf pour un seul des enfants qui vit avec son père et sa nouvelle concubine) et le compagnon de la mère. La situation conjugale alors relatée est celle de ce nouveau couple.

Pour les couples séparés avec l'enfant vivant avec l'un des parents seul, celui-ci vit uniquement avec la mère : pour 3 des enfants le père est inconnu ; pour 1, il est incarcéré et la mère cherche à le fuir.

Un couple est stable, s'il n'y a pas de notion de violence ou de séparation prévisible.

11 couples sont considérés en conflit au moment du signalement.

11 couples sont stables.

4 femmes vivent seules avec leur(s) enfant(s).

Dans la majorité des familles, le foyer est instable :

Cette instabilité se retrouve essentiellement dans la catégorie enfant en risque.

Cette instabilité se retrouve sans distinction dans les quatre types de foyer.

-Situation judiciaire

Une mère vit avec un homme ayant été incarcéré à plusieurs reprises, avec notion de délinquance dans l'enfance (enfant en risque) ;

Un père a été incarcéré pour vol un an avant signalement, parents mis sous tutelle (enfant en risque) ;

Une mère et son concubin sont en procès pour vols et trafic de chèques avec risque d'incarcération (maltraitance avec sévices corporels) ;

Un père est incarcéré et la mère accusée d'entrave à la justice (enfant en risque) ;

Un père a été plusieurs années dans une institution spécialisée d'éducation surveillée avec notion de délinquance (enfant en risque) ;

Un père est en procès et mis sous tutelle suite à des actes de violence envers des voisins et de gros problèmes de dettes (enfant en risque).

-Situation professionnelle

Situation professionnelle du père :

Situation professionnelle	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Père : aucun renseignement	1	1	3
Pas d'indications professionnelles	1	0	0
Sans profession	1	0	2
Chômage	4	1	4
Maçon	2	1	0
Ouvrier	0	1	0
Electricien	0	0	1
Charcutier	0	0	1
Incarcéré	0	0	1
Commerçant sur les marchés	1	0	0

On note 9 pères sur 26 au chômage dont un terrassier, un paludier, un chauffeur routier et un plombier pour les autres aucun renseignement n'a été retrouvé sur leur profession.

12 soit 46,15 % sont au chômage ou sans profession.

On note en 1989 un taux de chômage en France de 9,6 % pour la population générale, de 7,3 % pour les hommes mais de 24,8 % pour les hommes de moins de 25 ans sans diplômes.

Tous les pères n'ont pas obligatoirement leur enfant à charge : certains sont inconnus, d'autres absents. 4 mères vivent seules : pour 3 le père est inconnu, pour une le père est incarcéré.

Pour 2 femmes, les pères sont inconnus mais vivent avec des concubins.

Pour les concubins (enfants ne vivant plus avec leur père mais avec la mère et son compagnon), un est sans profession, 3 sont au chômage et un fait les marchés.

Situation professionnelle de la mère :

Situation professionnelle	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Pas d'éléments retrouvés	1	0	0
Sans profession, au foyer	6	2	9
Marchande sur les marches	1	0	0
Restauration	0	1	0
Chômage	1	1	3
Employée de maison	1	0	0

La majorité des femmes sont au chômage ou sans profession (dont une ouvrière, un professeur de musique, une serveuse) : 21 femmes soit 80,77 %

En 1989 en France, le taux de chômage des femmes est de 12,6 % et de 35,2 % pour les femmes sans diplôme.

Dans un des cas, l'enfant vit chez le père (mère employée de maison) et la compagne ne travaille pas.

Une des mères est SDF : professeur de musique.

Dans la catégorie maltraitance par carence de soins, une des mères est considérée comme au foyer mais il y a la notion de prostitution.

-Situation financière du couple s'occupant de l'enfant :

Nombre de personne travaillant dans le foyer	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Aucun	5	2	10
Un	3	2	2
Deux	1	0	0
Sans réponse	1	0	0

Dans 17 foyers, aucun ne travaille soit 65,38 % :

50 % dans la catégorie maltraitance par carence de soins ;

83,33% pour les enfants en risque ;

50 % dans la catégorie maltraitance par sévices corporels ;

Il semble donc que c'est dans la catégorie enfants en risque que la situation professionnelle soit la plus instable.

Seul un foyer possède deux revenus.

Une des femmes bénéficie d'une pension adulte handicapée.

Notion de dettes et problèmes financiers déclarés ou suivis :

Notion de dettes	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
OUI	4	2	6
NON	3	1	0
Sans réponse	1	1	6

12 couples soit 46,15% ont des problèmes de dettes et/ou de gestion étiquetés.

Seuls 4 soit 15,38% n'ont aucun problème de dettes.

Pour 8 foyers, aucun renseignement n'a été retrouvé dans les différents dossiers.

-Passé social

Passé social du père biologique :

Passé social	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soin	Enfants en risque
Pas d'éléments retrouvés	8	3	6
Issu d'une famille stable	0	1	2
Passé familial douloureux sans notion de signalement	2	0	2
Abandon, pupille de la nation	0	0	1
Placé dans l'enfance avec notion de passé familial douloureux	0	0	1

Dans 17 cas soit 65, 38%, aucune information n'a été notée concernant le passé du père : il existe en effet 5 pères inconnus ou totalement absents face à l'éducation des enfants et lors de séparations, les enfants vivent chez la mère sauf dans un cas.

6 ont un passé douloureux : dont un abandonné, un placé, quatre ayant eu un passé familial difficile sans notion de signalement.

Passé social de la mère :

Passé social	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soin	Enfants en risque
Notion de viol par membre de la famille sans prise en charge judiciaire	1	1	1
Pas d'éléments retrouvés	5	1	3
Placée avec notion de passé familial douloureux	2	2	3
Passé familial douloureux sans notion de placement	2	1	3
Syndrome de Silverman sans notion de placement	0	0	1
Famille stable	0	0	1

Les éléments concernant la mère sont plus facilement retrouvés car dans 9 cas soit 34,62 % seulement on ne note aucun renseignement dans les dossiers.

Une des mères est issue d'une famille stable : famille de chapeliers sans problèmes conjugaux ni financiers.

2 ont été violées par leur beau-père sans qu'elle l'ait dit au moment des faits et sans qu'il y ait eu procès, et une par son père.

7 ont été placées dans l'enfance ,6 ont été en souffrance au sein de leur famille, 1 était battue sans qu'il y ait eu signalement

16 (61,54%) peuvent être considérées comme ayant été maltraitées.

-ATCD médico-psychologiques de chacun des parents avec présence ou non de toxicomanie ou éthylisme :

Antécédents médicaux du père :

Antécédents	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soin	Enfants en risque
Pas d'éléments retrouvés	8	1	3
Lombalgies chroniques	1	0	0
Alcoolisme	1	3	9
Prise de drogues	0	0	1
AVP avec coma	0	0	1

Pour la moitié des pères (13 sur 26 soit 50 %), il y a la notion d'alcoolisme chronique avec violence.

Ils se trouvent en grande majorité dans la catégorie des enfants en risque : 9 sur 12 soit 75%.

Dans la catégorie enfants en risque, un des pères était considéré comme très brillant puis après un traumatisme crânien s'est développé des troubles de la personnalité avec prise de drogues et d'alcool.

Il n'y a pour aucun d'eux la notion de maladie prise en charge à 100%.

Personnalité et antécédents psychologiques du père :

Personnalité et psychologie	Maltraitance par services corporels	Maltraitance par carence de soin	Enfants en risque
Pas d'éléments retrouvés	6	1	3
Violence	2	3	9
Immaturité	1	1	2
Carences affectives	1	1	2
Prise en charge orthophonique	1	0	0

La notion de violence étant associée systématiquement à la prise d'alcool, elle reste là encore très présente : 14 sur 26. Cette violence est encore majoritairement présente dans la catégorie enfants en risque.

10 cas dans lesquels, il n'y a aucune information.

La notion d'immatunité et de carences affectives se retrouve chez des pères ayant été en souffrance dans leur enfance.

Antécédents médicaux de la mère :

Antécédents médicaux	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfant en risque
Pas d'antécédents retrouvés	8	3	7
Hépatite B	0	0	1
Alcoolisme	2	1	4
Débilité légère	0	0	2
Prise de drogues	0	0	2
Handicap physique	0	0	1

18 n'ont aucun antécédent signalé dans les dossiers.

7 mères soit 26,92% sont considérées comme ayant un problème d'alcoolisme dont une avec prise de drogues dures.

1 est dépendante de l'héroïne et porteuse d'une hépatite B enfants en risque signalé à la naissance.

Personnalité et psychologie de la mère :

Personnalité et psychologie	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Pas d'éléments retrouvés	3	1	6
Dépression	4	1	1
Immatunité	3	2	1
Carences affectives	1	2	1
Névrose obsessionnelle avec états délirants	1	0	0
Troubles de la personnalité	1	0	3

9 mères soit 34,62% présentent des troubles psychiatriques étiquetés :
Dépression, névrose obsessionnelle et trouble de la personnalité avec souvent notion d'hystérie.

Les dépressions sont plus présentes dans la catégorie maltraitance par sévices corporels et les troubles de la personnalité souvent associés à des névroses hystériques dans la catégorie enfants en risque.

La notion de carences affectives se retrouve chez les mères ayant été en souffrance dans l'enfance.

-Situation sociale des parents au moment du signalement (suivi ou non) :

Suivi	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Absence de suivi	4	1	2
Suivi récent par le secteur (inf à un an)	5	2	8
Suivi lointain	1	4	1

On peut noter que 15 familles soit 57,68% sont suivies ou ont été suivies peu de temps avant le signalement par le secteur médico-psychologique.

Toutes ces familles sont suivies alors en PMI.

Une des mères était en foyer, 3 des familles sont suivies en AEMO ou par des services de placement pour d'autres enfants de la fratrie hétérogène ou homogène.

Ces familles sont suivies pour les enfants, pour des grossesses, pour des problèmes psychologiques des parents ou bien des problèmes de dette.

7 familles soit 26, 92% ne sont a priori pas connues du secteur médico-psychologique.

-Relation avec la famille proche avec la notion de conflit ou de stabilité

Nature des relations avec la famille proche	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence d soins	Enfants en risque
Conflits dans la famille	4	3	4
Famille proche absente	1	0	4
Relations stables	2	1	3
Pas d'éléments retrouvés	3	0	1

16 familles sur 26 soit 61,54 % sont isolées de leur famille proche ou bien en conflit

.66.67 % dans la catégorie enfants en risque

.75 % dans la catégorie maltraitance par carence de soin

.50% dans la catégorie maltraitance par sévices corporels

Dans une grande majorité des cas, il s'agit d'une rivalité Mère/Fille ou Belle-mère/Belle-fille.

Certains autres conflits sont issus de l'enfance des parents.

Une majorité de familles semblent donc isolées.

15,38 % ont des relations familiales stables.

3-1-3 La fratrie

Structure : fratrie proche ou hétérogène :

Nombre d'enfants issus du même couple : Fratrie homogène.

Nombre d'enfants issus du même couple (parents de l'enfant)	Maltraitance par séviesses corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
1(Enfant étudié seul)	7	3	7
2	1	1	2
3	0	0	0
4	0	0	2
5	0	0	1
6	1	0	0
7	1	0	0

Dans 18 familles soit 69,23 %, l'enfant est le seul enfant du couple au moment du signalement :
 4 familles ont 2 enfants (l'enfant signalé et un frère ou une sœur) ;
 5 familles ont 4 ou plus de quatre enfants de la même fratrie ;
 La maltraitance par carence de soins ne concerne que des familles de 1 ou 2 enfants.

Structure de la famille avec la présence ou non d'une fratrie hétérogène :

Nombre d'enfants		Fratrie prise en charge par le couple	Fratrie absente du Foyer
Issus de la mère uniquement	0	18	18
	1	0	2
	2	0	2
	3	2	1
	4	1	0
Issus du père uniquement	0	23	23
	1	0	1
	2	1	0
	3	0	1

Il existe 9 familles reconstituées : 34,62 % des familles présentent des enfants d'une précédente union.

Dont deux familles avec des enfants du côté du père et de la mère.

Parmi ces 9 familles, 4 familles ont en charge les enfants de la fratrie hétérogène.

5 familles n'ont pas en charge de fratrie hétérogène : soit ces enfants sont placés soit ils sont pris en charge par l'ex-conjoint.

Nombre d'enfants pris en charge par le foyer :

Nombre d'enfants pris en charge par le foyer	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
1	5	2	7
2	1	1	1
3	0	0	0
4	1	1	3
5	1	0	1
6	1	0	0
7	0	0	0
8	0	0	0
9	1	0	0

Le nombre d'enfants pris en charge par le foyer concerne les fratries homogène et hétérogène
14 familles soit 53,85% n'ont qu'un seul enfant à charge :

- 50% dans la catégorie maltraitance par sévices corporels ;
- 50% dans la catégorie maltraitance par carence de soins ;
- 58,33% dans la catégorie enfants en risque.

3 foyers ont 2 enfants à charge.

7 foyers ont entre 4 et 6 enfants et 1 foyer a 9 enfants : 30,77 % des familles sont des familles nombreuses.

-Rang de l'enfant au sein de la fratrie prise en charge par le foyer (fratrie homogène et hétérogène).

Rang de l'enfant dans la fratrie homogène	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
1 ^{er} de la fratrie	5 :1/1 1 :1/1 avec 3 aînés d'une fratrie hétérogène placés 1 :1/1 et 4 enfants de la belle mère TOTAL : 7	2 :1/1 1 :1/1 avec 2 aînés de pères différents et 1 petit frère d'un 3 ^{ème} père 1 :1/2 avec 3 aînés placés d'une fratrie hétérogène TOTAL : 4	6 :1/1 1 :1/2 avec 2 autres petits frères de pères différents 1 :1/1 avec 4 aînés de fratrie hétérogène placés TOTAL : 8
2eme de la fratrie	1 :2/2	0	1 :2/2 avec un frère aîné placé (fratrie hétérogène)
3eme de la fratrie	1 :3/6 1 :3/7 plus 2 aînés du père	0	0
4eme de la fratrie	0	0	2 :4/4
5eme de la fratrie	0	0	1 :5/5

19 enfants signalés soit 73,08% sont les aînés de la fratrie homogène.

5 sont des derniers.

Seuls deux dans la catégorie maltraitance par sévices corporels sont au milieu de la fratrie.

3-1-4 Le signalement

-L'hospitalisation

-Nature des sévices motivant le signalement (24 ont été hospitalisés au moment du signalement et 2 étaient connus du service par l'intermédiaire du service de consultation et /ou par des hospitalisations antérieures).

On peut noter que 5 grossesses étaient non désirées avec l'échec d'une IVG, la demande d'une IVG trop tardive et une grossesse déclarée à 7 mois.

Principales raisons motivant le signalement	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Retard staturo-pondéral	2	2	1
Retard psychomoteur	2	2	1
Troubles du comportement	2	1	2
Noyade ; passage en réanimation	1	0	0
Contusions multiples sans fractures	7	0	0
Contusions avec fracture du fémur	2	0	0
Sd de Münchhausen : otites à répétition	1	0	0
TS médicamenteuse de l'enfant	0	0	1
Notion de violence dans le couple et /ou placement des aînés	1	0	4 (enfants signalés dès la naissance)
Abandon de l'enfant : chez une tierce personne ou retrouvé seul	0	2	0
Soins inadaptés et problèmes sociaux	0	1	4
Demande d'aide de la mère	0	0	1

NB : pour 2 des enfants victimes de sévices corporels, les hématomes retrouvés sont partiellement dus à une automutilation.

Il faut noter qu'il peut y avoir discordance entre le motif d'admission à l'hôpital et le motif du signalement :

- 2 ont été admis à l'hôpital pour des problèmes infectieux lors du signalement dont un avec sa sœur hospitalisée pour ingestion accidentelle de médicaments ;

- 1 pour la cure d'une hernie inguinale

Cette discordance existe surtout quand l'enfant est amené par un membre de la famille spontanément sans avoir été adressé par un professionnel.

Les raisons ayant motivé le signalement sont rarement uniques .Il s'agit d'un ensemble de facteurs surtout dans les catégories maltraitance par carence de soins ou enfants en risque. Dans ces deux catégories, il ne s'agit pas de symptômes physiques francs mais d'un comportement, d'une notion de souffrance associée à une situation familiale précaire.

Dans la catégorie enfant maltraité par sévices corporels, il y a toujours lésions physiques :

- 9 présentent des contusions avec ou sans fractures ;

- 1 a été hospitalisé en réanimation après qu'une travailleuse familiale soit arrivée à temps alors que sa mère laissait la tête de l'enfant dans son bain. Ces lésions peuvent être associées à des troubles du comportement ou un retard de développement.

- Durées des hospitalisations au moment du signalement :

Durée en jours	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Inférieure à 8	0	1	2
8-15	4	1	2
15-21	2	2	5
21-30	3	0	1
Supérieure à 30	1	0	0
Pas d'hospitalisation	0	0	2

Pour 2 des enfants, il n'y a pas eu hospitalisation car le signalement c'est fait par l'intermédiaire des services sociaux en collaboration avec le service de consultation de l'hôpital : il s'agit d'enfants en risque.

Les hospitalisations durent majoritairement de 8 à 21 jours : 16 cas sur 26 soit 61,54 %.

La durée de l'hospitalisation n'est pas directement en rapport avec la catégorie de la maltraitance mais en rapport avec la mise en place des soins :

- Les hospitalisations inférieures à 15 jours concernent essentiellement la mise en place d'une OMO ou d'une AEMO ;
- 2 placements ont été réalisés entre 8 et 15 jours d'hospitalisation ;
- tous les autres placements sont mis en place entre 15 et 30 jours d'hospitalisation ;
- une seule AEMO est mise en place après 15 jours ;
- après l'hospitalisation supérieure à 1 mois, c'est une nourrice à la journée qui a été proposée.

La durée d'hospitalisation augmente lors des placements souvent dus à l'attente d'une famille d'accueil.

- Signalement administratif ou judiciaire :

Nature du signalement	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Judiciaire	8	2	8
Administratif	2	2	4

18 enfants soit 69,23 % ont été signalés sur le plan judiciaire.

Seuls 2 enfants de la catégorie sévices corporels ont eu un signalement administratif.

Dans la catégorie maltraitance par carence de soins, 2 sont signalés sur le plan administratif et 2 sur le plan judiciaire.

8 sur 12 des enfants en risque soit 66,67 % sont signalés sur le plan judiciaire.

- Auteur supposé des sévices :

Auteur	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Père	2	0	1
Mère	4	1	4
Les parents	1	3	7
Concubin de la mère	2	0	0
Frère	1	0	0

Dans la catégorie maltraitance par sévices corporels, il y a une personne en cause au sein du foyer sauf dans l'un des cas où les 2 parents sont maltraitants : il s'agit du syndrome de Münchhausen.

Dans la catégorie maltraitance par carence de soins, les deux parents sont en cause par négligence.

Dans le cas où la mère est la seule en cause, celle-ci vit seule.

Dans la catégorie enfants en risque, c'est le foyer qui met l'enfant en danger souvent par violence réciproque.

Les cas où la mère est en cause :

- il s'agit de femmes seules dans 3 cas ;
- le quatrième cas concerne une mère vivant en concubinage et exerçant un harcèlement moral envers sa fille.

Dans un cas le père est en cause, il s'agit d'une adolescente ayant fait une TS médicamenteuse en réaction à l'alcoolisme de son père.

Au total, dans 23 cas soit 88,46 %, la personne maltraitante est soit le père soit la mère, soit les deux parents.

Dans 9 cas soit dans un tiers des cas c'est la mère qui est maltraitante seule. Pour 3 cas seulement, il s'agit du père.

- Auteur du signalement et personnes adressant l'enfant :

Auteur du signalement		Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
L' H O P I T A L l o r s d' u n e h o s p i t a l i s t i o n	Amené par la police	0	1	0
	Amené par les parents ou un membre de la famille : problème en rapport avec le signalement	3	1	2
	Amené par les parents ou un membre de la famille : problème sans rapport avec le signalement	0	0	3
	Adressé par le médecin traitant	4	0	0
	Adressé par un pédiatre	0	1	0
	Adressé par n pédopsychiatre	0	0	1
	Adressé par les services sociaux	3	1	0
	Au moment de la naissance par le pédiatre hospitalier	0	0	4
	SERVICES SOCIAUX	0	0	2

Dans 24 cas, c'est l'hôpital qui signale, même si l'enfant est adressé et donc que le problème a été soulevé par un pédiatre, les services sociaux, le médecin traitant ou le pédopsychiatre.

6 sont adressés par des médecins extérieurs au service : les 4 enfants adressés par le médecin traitant sont victimes de sévices corporels, un est adressé par le pédopsychiatre dans le cadre de troubles du comportement, et un par un pédiatre.

Les services sociaux extérieurs à l'hôpital ont adressé 4 enfants : 3 maltraitances par sévices corporels (dont un par l'intermédiaire du SAMU lors d'une noyade) et 1 pour carence de soins.

9 enfants sont amenés par un membre de la famille sans être adressés : 6 pour un problème en rapport avec le signalement et 3 sans rapport avec le signalement (problèmes infectieux, cure d'une hernie inguinale).

3 enfants victimes de sévices corporels sont amenés directement par les parents : syndrome de Münchhausen par procuration, syndrome de Silverman et une fracture du fémur. Les 7 autres enfants ont été adressés.

Les signalements sont faits en majorité par l'hôpital puisque le recrutement des dossiers se fait par l'intermédiaire de ce dernier.

2 signalements sont faits par les services sociaux, en collaboration avec l'hôpital pour un des enfants présentant une IMC. C'est le pédiatre de l'hôpital qui organise alors la prise en charge en milieu spécialisé (rééducation). Ce signalement est administratif.

L'autre enfant est connu du service mais déjà en AEMO donc signalé judiciairement par l'organisme le prenant en charge alors.

- Prise en charge avant et après signalement de l'enfant :

.Prise en charge sociale avant le signalement :

Nature de la prise en charge de l'enfant	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Aucune	3	2	5
Surveillance ASE AEMO- OMO	3	0	1
Surveillance PMI	4	2	6

Pour 2 des enfants mis dans la catégorie enfants en risque, les familles étaient suivies en PMI mais dans une autre région, pour 2 autres ce sont les grossesses qui ont été suivies plus ou moins régulièrement (il s'agit d'enfants signalés ensuite à la naissance), et pour un dernier la mère vivait en foyer.

10 soit 38, 46% n'ont aucun suivi avant signalement : pas de suivi direct en PMI ;

4 sont déjà en AEMO mais sans signalement judiciaire dont 3 dans la catégorie maltraitance par sévices corporels ;

12 sont suivis en PMI : 50 % des enfants sont classés en risque et maltraitance par carence de soins, 40% sont en maltraitance par sévices corporels.

. Prise en charge medico-psychologique avant le signalement :

Prise en charge psychologique de l'enfant	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
OUI	0	1(IME)	1
NON	10	3	11

Prise en charge médicale régulière (sauf PMI)	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
OUI	3	1	3
NON	7	3	9

Seuls 2 enfants sont déjà suivis sur le plan psychologique.

7 enfants sont suivis sur le plan médical.

Prise en charge sociale de l'enfant immédiatement après le signalement :

Prise en charge sociale	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
OMO- AEMO par AE, PJJ, SEMO, ASE	4	3	4
Placements (foyers, familles d'accueil, placements provisoires	5	1	6
Foyer mère enfant	0	0	1
Nourrice à la journée	1	0	0
Placement en milieu spécialisé (centre de rééducation)	0	0	1

Pour tous les enfants une mesure de prise en charge a été décidée avant leur sortie.

Les 4 enfants déjà suivis en AEMO avant signalement :

- 3 sont placés (signalement judiciaire)
- 1 est pris en charge par une nourrice à la journée (nouveau signalement administratif).

Les décisions sont majoritairement en faveur d'un placement :

- 11 sont en AEMO (42,31%) avec 9 signalements judiciaires et 2 administratifs ;
- un est chez une nourrice à la journée ;
- 13 sont placés en FA (50%) avec 9 signalements judiciaires et 4 administratifs ;
- Un est en foyer mère enfant (administratif).

Remarque :

- 40 % des maltraitances par sévices corporels sont en AEMO pour 50 % placés.
- 25% des maltraitances par carence de soins sont placés pour 75% en AEMO.
- 50% des enfants en risque ont placés, pour 33,33% en AEMO.

Les enfants en risque et victimes de sévices corporels sont plus facilement placés dès le début de la prise en charge.

. Prise en charge médico-psychologique après le signalement :

Prise en charge psychologique	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
OUI	5	4	3
NON	5	0	9

Prise en charge médicale	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
OUI	5	3	7
NON	5	1	5

12 enfants ont une prise en charge psychologique après signalement pour 2 avant signalement
Ce sont les enfants en risque qui vont être le moins suivis sur ce plan.

15 enfants vont avoir une prise en charge médicale soit à l'hôpital soit en PMI après signalement pour 7 avant signalement.

Ce sont les enfants en risque et en carence de soins qui vont être le plus suivis médicalement:
souvent il s'agit d'une surveillance du développement staturo-pondéral et psychomoteur.

- Prise en charge sociale avant et après le signalement de la fratrie homogène :

.Prise en charge avant signalement de la fratrie homogène en parallèle avec la prise en charge de l'enfant concerné :

Prise en charge de la fratrie	Enfants signalés déjà suivi (PMI, OMO, AEMO)	Enfants signalés sans aucun suivi
Fratrie homogène absente	9	8
Fratrie homogène non suivie	2	4
Suivie en AEMO ou OMO	0	0
Suivie en PMI	3	0
Fratrie homogène placée	0	0

Il n'existe pas de cas où la fratrie homogène est suivie et non l'enfant.
Mais dans 2 cas seulement l'enfant est déjà suivi sans prise en charge de la fratrie.

.Prise en charge après le signalement de la fratrie homogène en parallèle avec la prise en charge de l'enfant signalé :

Prise en charge de la fratrie	Enfants signalés pris en charge en AEMO ou OMO après signalement	Enfants signalés placés après signalement (foyers, familles d'accueil, pouponnières ...)
Fratrie homogène absente	7	10
Fratrie homogène non suivie	1	2
Suivie en AEMO ou OMO	4	1
Suivie en PMI	0	0
Fratrie homogène placée	0	1

Dans un cas les 2 enfants sont placés en même temps et dans la même famille.

Dans 4 cas, la fratrie est surveillée en AEMO au même titre que l'enfant.

Dans un cas, l'enfant est placé et la fratrie mise en AEMO : la famille était suivie en PMI.

Dans 2 cas l'enfant est placé et la fratrie non prise en charge : dans un cas l'enfant est le seul à subir des brimades, dans l'autre cas il s'agit d'une adolescente ayant fait une TS médicamenteuse et le reste de la fratrie est majeur.

Dans un cas, l'enfant est en AEMO et la fratrie non suivie, il s'agit du syndrome de Münchhausen. Le frère ne présente aucun signe de maltraitance.

- Prise en charge sociale avant et après le signalement de la fratrie hétérogène.

. Prise en charge avant le signalement de la fratrie hétérogène en parallèle avec celle de l'enfant concerné.

Il n'y a que 9 familles dans lesquelles il existe une fratrie hétérogène dont 2 familles où il existe des enfants du côté de la mère et du père.

Prise en charge de la fratrie hétérogène	Enfants signalés déjà suivis (PMI, AEMO, OMO)		Enfants signalés sans aucun suivi	
Fratrie issue de :	Mère	Père	Mère	Père
Fratrie non suivie	0	0	0	1
Suivie en AEMO ou OMO	1	0	1	0
Suivie en PMI	1	1	0	0
Fratrie placée	2	0	3	1

Remarque : la fratrie englobe un à plusieurs enfants, et celle-ci est hétérogène si l'enfant signalé ne possède un lien de parenté que par son père ou par sa mère.

Lorsque l'enfant est déjà suivi par le secteur social, tous les enfants issus de la fratrie hétérogène sont déjà pris en charge :

- .1 fratrie en AEMO
- .2 fratries en PMI
- .2 fratries placées

Par contre l'enfant peut ne pas être suivi alors que la fratrie hétérogène l'est :

- .4 fratries sont déjà placées
- .1 en AEMO

Une seule fratrie n'est pas prise en charge au même titre que l'enfant.

.Prise en charge après le signalement de la fratrie hétérogène en parallèle avec la prise en charge de l'enfant concerné :

Prise en charge de la fratrie hétérogène	Enfants pris en charge en AEMO ou OMO après le signalement		Enfants signalés placés après signalement (foyer, famille d'accueil, pouponnière.)	
	mère	père	mère	père
Fratrie issue de				
Fratrie non suivie	0	0	0	1
Suivie en AEMO ou OMO	1	1	2	0
Suivi en PMI	0	0	0	0
Fratrie placée	1	1	4	0

Après le signalement, il n'y a eu de changement de prise en charge que pour 2 familles : les enfants étaient suivis en PMI et une mesure d'AEMO a été mise en place alors que l'un des enfants a été placé et l'autre mis en AEMO.

Il faut noter que pour les autres familles les enfants n'étaient pas pris en charge par le foyer ou étaient déjà placés.

- Réaction de la famille d'origine :

Réaction de la famille	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Acceptation des mesures prise voir soulagement	5	1	4
Refus des mesures prises voir violences	5	2	6
Aucune réaction	0	1	2

Dans 10 cas, il y a acceptation de la prise en charge qui peut être considérée comme un soulagement par la famille.

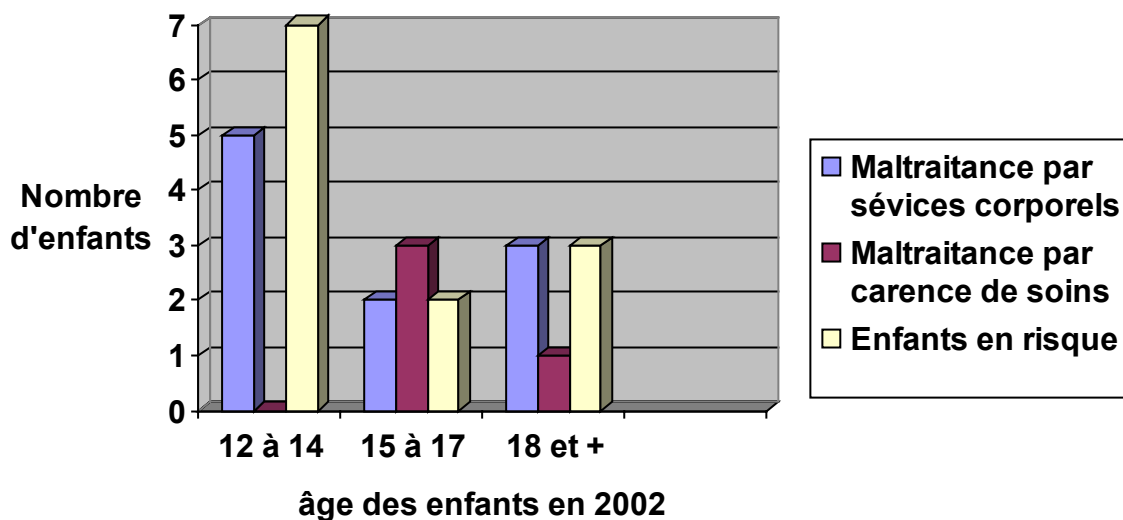
Dans certains cas, il y a bonne acceptation permettant un signalement administratif, cependant dans d'autres cas le signalement judiciaire est malgré tout nécessaire.

Parfois, il n'y a aucune réaction, les parents sont absents face aux prises de décisions.

3-2 EVOLUTION SUR 11 A 15 ANS ET BILAN 2002.

3-2-1- La prise en charge générale des enfants dans leur ensemble.

- Âge des enfants en 2002 au moment du bilan.



Âge en 2002	maltraitance par sévices corporels	maltraitance par carence de soins	enfants en risque	TOTAL
12 ans	1	0	4	5
13 ans	3	0	0	3
14 ans	1	0	3	4
15 ans	1	0	0	1
16 ans	1	0	2	3
17 ans	0	3	0	3
18 ans et plus	3	1	3	7

L'âge des enfants va de 12 à 30 ans.

Parmi les 7 enfants actuellement majeurs : un est décédé en 2001 à 18 ans, un a 18 ans, 2 ont 19 ans, 2 ont 20 ans, un a 23 ans et un 30 ans.

L'âge moyen est de 16,8 ans

Les enfants de la catégorie maltraitance par carence de soins ont actuellement plus de 17 ans.

La répartition des enfants par âge est homogène. On peut noter qu'il y a plus d'enfants de 12 ans ou majeurs et un seul enfant de 15 ans.

Parmi les 4 enfants en risque de 12 ans, 3 ont été signalés à la naissance.

- Temps écoulé entre le signalement et le bilan en fonction de l'âge lors du bilan :

AGE/DUREE	11 ans date du signalement : 91	12 ans date du signalement : 90	13 ans date du signalement : 89	14 ans date du signalement : 88	15 ans date du signalement : 87
12	2	3	0	0	0
13	1	2	0	0	0
14	0	1	1	2	0
15	0	1	0	0	0
16	0	0	3	0	0
17	0	0	1	1	1
18 et plus	0	0	5	0	2
TOTAL	3	7	10	3	3

Les enfants recrutés dans l'étude ont été majoritairement signalés en 89 et 90 : 17 pour ces deux années.

L'âge des enfants en 2002 est fonction :

- de la date du signalement ;
- de l'âge auquel il a été signalé.

Les enfants signalés en 89 ont plus de 16 ans :

- pour les enfants de 16 ans le signalement s'est fait entre 18 mois et 3 ans,
- pour l'enfant de 17 ans le signalement s'est fait à 4 ans ,
- pour les enfants de plus de 18 ans les signalements se sont faits entre 6 et 17 ans.

Les enfants signalés en 90 ont moins de 15 ans : 5 avaient moins de 18 mois au moment du signalement, un 2 ans et un 3 ans.

Les enfants avaient en majorité moins de 5 ans au moment du signalement mais le recul que nous avons étant variable face à l'évolution (dates de signalement étalées sur 5 ans), les âges des enfants se répartissent sur 8 ans pour 24 des enfants (plus un de 23 ans et un de 30 ans).

Plus la date du signalement se rapproche de 91, plus le recul est faible, et plus les enfants sont jeunes.

-Durée de la prise en charge sociale et/ou juridique en fonction de la catégorie de maltraitance.

Il s'agit de la présence ou non d'une prise en charge locale et de la durée de cette prise en charge directement après le signalement.

Durée de prise en charge	Maltraitance par sévices corporels			Maltraitance par carence de soins			Enfants en risque		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Inf à 1 ans	0	1	1	0	0	0	0	0	3
1 à 2 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2 à 4 ans	0	3	0	0	0	0	0	0	1
4 à 6 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	2
6 à 8 ans	0	1	2	0	0	0	0	0	1
8 à 10 ans	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Sup. à 10 ans	2	0	0	2	0	0	3	0	1(DCD)

1 : dossiers toujours pris en charge par les services sociaux et/ou juridiques sans interruption depuis le signalement.

2 : dossiers pris en charge durant un temps avec reprise ultérieure du dossier après la notion d'un arrêt du suivi social.

3 : dossiers suivis un temps puis arrêt sans notion retrouvée de réouverture du dossier dans la région.

NB : La durée de prise en charge est le temps durant lequel les enfants ont été suivis après leur signalement sans la notion d'interruption.

Sur les 4 enfants pris en charge moins de un an après leur signalement, 3 n'ont jamais été revus par les services sociaux de la région, un seul a été revu. Il appartient à la catégorie maltraitance par sévices corporels.

Sur les 5 enfants pris en charge entre 1 et 4 ans : 3 de la catégorie enfants maltraités par sévices corporels ont été revus ultérieurement par les services sociaux et les 2 enfants en risque n'ont pas été repris en charge dans la région (une adoption sur les 2).

Les 2 enfants suivis entre 4 et 6 ans ont été adoptés donc introuvables à partir de la date d'adoption.

Les enfants suivis pendant 6 à 8 ans, 3 sont de la catégorie maltraitance par sévices corporels et 1 enfant en risque. Parmi ces 4 enfants, un de la catégorie maltraitance par sévices corporels a été repris en charge ultérieurement.

Les 2 enfants suivis pendant 8 à 10 ans sont dans la catégorie enfants en risque et n'ont pas été revus après arrêt de la prise en charge. Un a été adopté après 9 ans de placement

Tous les enfants qui ont une prise en charge supérieure à 10 ans sont encore suivis en 2002 sauf un enfant décédé en 2001. Ces enfants appartiennent aux 3 catégories.

Les 5 enfants pour lesquels il y a réintervention des services sociaux après arrêt de la prise en charge appartiennent à la catégorie maltraitance par sévices corporels.

-Les enfants retrouvés en 2002 avec mise en valeur de la source d'information ayant permis le bilan :

Sources d'information	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Enfants suivis depuis le signalement:services sociaux et/ou tribunal	2(13 et 12 ans)	2(17ans)	3(14 ans)
Enfants suivis actuellement par les services sociaux après arrêt	3	0	0
Pas de suivi actuel mais informations hospitalières	1	1	2
Pas de suivi actuel mais information par l'intermédiaire d'un suivi récent de la fratrie	1	0	0

Pour 15 enfants soit 57,69%, il est donc possible de faire le point en 2002.

Dans la catégorie maltraitance par sévices corporels : 7 enfants sur 10 ont été retrouvés.

Dans la catégorie maltraitance par carence de soins, 3 enfants sur 4 ont été retrouvés.

C'est dans la catégorie enfants en risque, que les informations restent les plus pauvres : 5 enfants sur 12.

Les 7 enfants encore suivis, le sont depuis 12 à 14 ans et ont entre 12 et 17 ans

-Pour 11 enfants le bilan en 2002 n'a pas été possible

On note un décès datant de Août 2001 : dossier complet jusqu'à cette date.

On note 4 adoptions dont 3 dans la catégorie enfants en risque: 4 enfants pour lesquels les informations sont protégées.

.Temps écoulé entre la dernière information retrouvée (quelle que soit la nature de l'information et de la source) et le bilan 2002 pour les 11 enfants non retrouvés:

Temps écoulé	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Inférieur à un an	0	0	1(DCD)
de 1 à 5 ans	1	0	0
de 5 à 10 ans	1	1	4
Supérieur à 10 ans	1	0	2

3 enfants n'ont pas été vus à l'hôpital, ou par les services sociaux ou juridiques de St Nazaire depuis plus de 10 ans.

Parmi les 6 enfants pour lesquels il n'existe plus d'informations depuis 5 à 10 ans, 4 ont été adoptés.

3-2-2 Les 11 enfants non retrouvés en 2002 : leur histoire et les raisons de cette perte de contact.

3-2-2-1 Trois enfants sans nouvelles depuis plus de 10 ans

-Situation de départ

.Situation familiale :

Les 3 mères ne travaillaient pas.
2 pères au chômage et un incarcéré.

.Origine du signalement

Pour 3 des enfants, les renseignements datent de plus de 10 ans.

2 appartiennent à la catégorie enfants en risque et 1 maltraitance par sévices corporels.

Les 3 situations étaient très différentes :

- un syndrome de Münchhausen par procuration ;
- une tentative de suicide médicamenteuse chez une adolescente ;
- une prise en charge inadaptée chez un enfant porteur d'une IMC.

.Âge des enfants au moment du signalement :

- 3 ans pour la suspicion de syndrome de Munchausen par procuration ;
- 17 ans pour la tentative de suicide ;
- 18 mois pour l'enfant porteur d'une IMC.

-Evolution et prise en charge

.L'enfant victime d'un syndrome de Münchhausen par procuration.

Le syndrome de Münchhausen par procuration a été suspecté après un an d'hospitalisation à répétition pour un écoulement d'oreille inexpliqué avec troubles de l'équilibre et après deux interventions pour mastoïdite en ORL à Nantes. Le signalement est fait alors que cet enfant présente des troubles de l'équilibre et un hématome de la joue droite côté de l'écoulement

Le signalement est judiciaire :

AEMO par l'organisme « action éducative » pendant 10 mois.

La prise en charge est médicale, sociale, judiciaire, et psychologique.

On peut noter l'absence de trace au tribunal de St Nazaire alors qu'il a été retrouvé des lettres du juge par l' « action éducative » et que cet organisme n'agit qu'après décision du juge.

Il y a main levée 10 mois après le signalement, la maltraitance n'ayant pu être prouvée par les éducateurs.

Le frère aîné n'a pas été suivi alors.

Au cours, de l'AEMO, il y a naissance au sein du foyer d'une fille porteuse d'une IMC qui décède à un an d'une mort suspecte.
Pas de nouvelle prise en charge connue des deux aînés.

L'enfant ayant réalisé une TS (tentative de suicide) médicamenteuse présente lors du signalement un syndrome dépressif avec anorexie et trouble du sommeil. Notion de conflit avec son père alcoolique.

Le signalement est administratif :

Prise en charge dans un foyer 6 mois avec retour au domicile les fins de semaine.

L'ensemble de la fratrie est majeur : 2 sœurs vivant au domicile des parents, une sœur mère célibataire et un frère inculpé pour viol.

3 ans après le signalement, elle a été hospitalisée à l'hôpital pour une pyélonéphrite et sort contre avis médical. La notion de névrose hystérique est soulevée.

Aucune information depuis 10 ans.

7 mois après le signalement, elle est majeure.

L'enfant porteur d'une IMC présente un état neurologique préoccupant au moment du signalement : suivi par un pédiatre et un rééducateur.

Signalement administratif : ASE pour l'enfant.

Prise en charge en milieu spécialisé en externat pendant 9 mois.

Au cours de ces 9 mois, le père sort de prison. Suite à des violences conjugales, la mère (fracture de la mâchoire) fuit et déménage avec les enfants sur La Rochelle
Plus de suivi possible.

-Bilan

. Les raisons des pertes de contact sont :

- un déménagement ;
- l'obtention de la majorité 7 mois après le signalement ;
- Absence de preuve pour affirmer la maltraitance.

.Origines des informations :

- hospitalières uniquement pour deux dossiers.
- hôpital et AE pour un (pas de dossier retrouvé au tribunal alors que le signalement est assurément judiciaire?).

3-2-2-2 Enfant sans nouvelles depuis 5 à 10 ans : 6 enfants.

-Les 4 adoptions

Parmi ces 6 enfants ,4 sont à présent adoptés
4 enfants sur 26 sont adoptés soit 15,38%.

.Age au moment du signalement.

Âge au moment du signalement	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Naissance	0	3
2 ans	1	0

Aucun enfant, de la catégorie maltraitance par sévices corporels n'a été adopté.
La maltraitance par carence de soins étant diagnostiquée souvent plus tardivement, c'est à deux ans que le seul enfant de cette catégorie est signalé.
Les 3 autres enfants sont signalés à la naissance.

.Origines détaillées du signalement

Situation(s) ayant motivé le signalement	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Pédiculose	1	0
Abandon	1	0
Absence de vaccinations	1	0
Retard staturo-pondéral	1	0
Toxicomanie des parents	0	1
Alcoolisme d'un ou des parent(s)	1	2
Absence de logement des parents	0	1
Fratrie hétérogène placée	1	2
Grossesse non désirée et/ou non suivie	0	2
Suivi psychiatrique d'un des parents	0	2
Problèmes financiers suivis	1	1
Violences conjugales	0	3

Les enfants signalés à la naissance l'ont été dans un contexte de situation familiale précaire et pour des raisons multiples.

.Prise en charge immédiate après signalement

Mode de prise en charge	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
AEMO	1	1
Placement familial	0	2

2 enfants sont placés immédiatement après le signalement et suivis par le « SPE ».

2 enfants sont en AEMO avec un signalement judiciaire et un administratif tous deux suivis par le «SEMO».

.Evolution de la prise en charge :

À 6 mois

Mode de prise en charge	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
AEMO	1	0
Placement familial	0	3

A 4 mois, la mère abandonne son enfant chez sa sœur après une courte prise en charge en foyer mère-enfant.

L'enfant est placé suivi par l'ASE.

A 2 ans

Les 4 enfants sont placés :

3 suivis par le SPE et un par l'ASE.

L'adoption :

Temps écoulé entre le signalement et la déclaration d'abandon :

Temps écoulé	Maltraitance par sévices corporels	Enfants en risque
3 ans	0	2
4 ans	0	1
9 ans	1	0

Le temps écoulé pour les 3 enfants signalés à la naissance est inférieur à 4 ans.

L'adoption est faite par les familles d'accueil après la déclaration d'abandon .Ils ont alors moins de 4 ans.

Pour un des enfants, les grands parents, oncle et tante restent très présents.

Pour l'enfant de la catégorie maltraitance par carence de soins, la déclaration d'abandon se fait après 5 ans de placement et l'adoption 2 ans plus tard à l'âge de 11 ans, par une famille différente de la famille d'accueil.

Plus l'enfant vieillit plus l'adoption semble difficile

.Situation parentale au moment de l'abandon :

Les 4 couples sont séparés et n'ont pas vu l'enfant depuis 3 ans et plus :

- Pour un enfant, aucune nouvelle mais présence des grands-parents.
- Pour un enfant, décès du père un an après la séparation des parents, mère dépassée de retour chez ses parents.
- Pour un enfant, père absent, mère devenue SDF, notion de TS.
- Pour un enfant, père vivant seul en caravane, mère de nouveau en concubinage.

.Situation médico-psychologique de l'enfant au moment de l'adoption :

- Situation psychologique :

Les deux enfants placés à la naissance et celui placé à 4 mois ont tous un développement psychomoteur et staturo-pondéral normal.

Pour un, il y a notion de troubles du sommeil.

L'enfant abandonné à 9 ans et adopté à 11 ans, présente des difficultés scolaires avec un suivi psychologique et orthophonique.

- Situation médicale :

Un présente une dilatation pseudo kystique de la vésicule biliaire principale et des infections urinaires à répétition sur reflux (opéré)

Un est asthmatique.

Les problèmes médicaux ne sont pas directement en rapport avec la maltraitance.

.Prise en charge de la fratrie homogène.

3 des enfants ont une fratrie hétérogène déjà placée.

1 n'a aucune fratrie.

Seule l'enfant en carence de soins possède un frère né au moment du signalement ,placé à un an et adopté à 9 ans en même temps que sa sœur dans une famille différente. Peu de relations entre les deux enfants. Ils souhaitent chacun s'intégrer à leur famille d'accueil.

-Les 2 enfants non adoptés

Un enfant est dans la catégorie sévices corporels, l'autre en risque
Pour ces deux enfants les informations sont extrêmement restreintes :

.Enfant victime de sévices corporels :

Origine du signalement : fracture du fémur avec ecchymose autour du cou à 14 mois, découverte à la radio de fractures anciennes (clavicule, tibia).

Prise en charge : AEMO

Pas de dossier au tribunal ni auprès des services sociaux : aucune nouvelle immédiate après signalement.

Dernières nouvelles : 6 ans plus tard présence d'un courrier d'un pédiatre de Nantes qui suspecte face à un comportement érotisé, des abus sexuels sur cet enfant.

.Enfant en risque :

Origine du signalement : retard staturo-pondéral avec asthénie.

Mère : prise de drogue, seule vivant en foyer, dépassée

Age : 13 mois

Le signalement est administratif, prise en charge par l'ASE : placement 7 mois puis retour avec sa mère avec suivi PMI.

Dernières nouvelles 4 ans plus tard : vit chez sa tante, et sa mère dans un foyer de la croix rouge ; vu à l'hôpital pour infections bronchiques à répétitions.

-Bilan

.Raisons de la perte de contact :

-Pour 4 enfants l'adoption est la raison de cette perte de contact : L'ASE connaît encore actuellement les familles dans lesquelles évoluent ces enfants mais leur devenir et leur identité est protégée.

-Pour l'enfant victime de sévices corporels : les informations sont introuvables alors que d'après les documents hospitaliers, il y a eu signalement judiciaire .De plus les parents vivant alors à La Baule, il aurait dû être pris en charge au Tribunal de St Nazaire.

La perte de contact est inexpliquée.

-Pour l'enfant en risque : la prise en charge est administrative et il est élevé par la tante (à l'ASE, les informations détaillées ne sont conservées que 3 ans d'où cette absence d'information)

.Origine des informations :

- pour les deux enfants non adoptés les informations sont uniquement hospitalières.

- pour les enfants adoptés, les origines des informations sont : hospitalières (pour 4 enfants), judiciaires (pour 3 enfants seulement car un dossier n'a pas été retrouvé dans les archives) et sociales (SPE pour les 4).

3-2-2-3 Un enfant sans nouvelles depuis 1 à 5 ans : victime de sévices corporels :

-Origine du signalement et situation:

AEG, anorexie, griffures, ecchymoses, lésions buccales, absence d'émotions à 18 mois.

Signalement judiciaire.

Enfant vivant avec père et concubine, auteurs des sévices.

Père refuse droit de visite à la mère biologique.

-Prise en charge :

- OMO et AEMO par PJJ puis AE.

- 2 ans plus tard : placement en foyer car danger mental, retard psychoaffectif.

- 3 ans après le signalement décès du père : retour chez la mère remariée.

- AEMO lors de la prise en charge par la mère.

- main levée après 6 ans de prise en charge.

-Situation avant mainlevée :

Rentre en CP à 6 ans, trouve sa place au sein de sa nouvelle famille.

-Nature de la perte de contact :

Retour à une situation familiale stable après décès du père maltraitant qui avait obtenu la garde de l'enfant après le divorce.

-Organismes :

SPE avec suivi juridique.

3-2-2-4 Enfant sans nouvelles depuis moins d'un an : enfant décédé en Août 2001

-Enfant en risque :

Origine du signalement : suivi après placement de son frère signalé pour maltraitance par carence de soins, 7 ans : asthénie, problèmes de langage, instable, exhibitionniste.
Signalement judiciaire.

-Prises en charge sociale et juridique :

- .AEMO pendant 3 ans : ASE.
- .Un an après prise en charge déclare avoir été victime d'abus sexuels par un ami du beau-père : le procès sera en sa faveur.
- .Placement au centre d'accueil et d'observation pendant 2 ans sur demande de la mère.
- .Placement en famille d'accueil pendant 6 ans : quelques contacts douloureux avec sa mère qui la rend responsable de ses TS, père peu présent.
- .Au cours du placement en famille d'accueil avoue que les abus sexuels étaient réalisés en collaboration avec le beau-père. Procès : non lieu ;
- .Retour en foyer car essoufflement de la famille d'accueil. Y retourne les fins de semaines et les vacances.
- .A 18 ans, demande de prestations jeunes majeurs.
- .A 19 ans, prise en charge en foyer, dans la famille d'accueil du départ, dans une autre famille d'accueil en vacances, et dans un centre de rééducation.

-Bilan personnel de la dernière année:

.Scolaire :
BEP secrétariat arrêt en cours d'année, incapacité à suivre un projet.

.Médical :
Évolution d'une dermatomyosite depuis 5 ans : traitements lourds immunosuppresseurs, refus des traitements, gros problèmes d'observance, différentes hospitalisations en urgence.

.Psychologique :
Agressivité, anorexie, recherche les conflits, négligence physique (refuse de se laver)

-Relations avec ses parents :

.Père refuse de la voir, problème relationnel majeur avec la belle-mère.
.relation avec sa mère très conflictuelle, la rend responsable de son mal être depuis sa déclaration d'abus sexuel.

-Relations avec la fratrie :

Jalousie envers la fratrie présente au domicile de la mère.
Ne voit plus son frère placé depuis le signalement : conflits.

-Le décès :

Insuffisance respiratoire aigue alors qu'elle refuse tout traitement.

-Organisme : SPE avec suivi juridique.

-Perte de contact :

Le décès.

3-2-2-5 La notion d'abus sexuel

2 enfants sont suspectés comme ayant été victimes d'abus sexuel :

- Abus sexuel précédant la prise en charge : déclaré au cours de l'AEMO.
L'enquête a confirmé les déclarations de l'enfant et l'homme est incarcéré.

- Abus sexuel suspecté par un pédiatre devant un comportement érotisé alors qu'il n'y a plus de suivi social et juridique connu : les résultats sont inconnus, pas de traces retrouvées de l'enquête .Déménagement probable

3-2-3 Bilan 2002 pour les 15 enfants retrouvés.

3-2-3-1 Les enfants :

-La prise en charge sociale et /ou juridique

.Tableau général

Situation actuelle	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Prise en charge depuis le signalement	2	2	3
Prise en charge actuelle après arrêt	3	0	0
Plus de prise en charge en rapport avec une maltraitance	2	1	2

7 enfants répartis dans les 3 catégories sont encore suivis par les services sociaux et le tribunal et ce suivi s'est déroulé sans interruption depuis le signalement pris en compte par l'étude.

3 enfants de la catégorie maltraitance par carence de soins ont été suivis puis après un arrêt de cette prise en charge par les services sociaux de la région de St Nazaire il y a reprise récente du dossier.

5 enfants ne sont pas pris en charge dans le cadre du signalement d'origine mais revus soit par l'intermédiaire de visites à l'hôpital, soit par l'intermédiaire du suivi récent d'un membre de la fratrie.

Nous allons donc retracer le devenir de chacun de ces enfants en fonction de l'évolution de leur prise en charge

- Enfants encore suivis et ce depuis le signalement
- Enfants de nouveau suivis et ce après perte de contact (interruption au cours des dernières années)
- Enfants sans suivi actuel mais pour lesquels nous avons obtenus des informations récentes

.Evolution de la prise en charge des 7 enfants encore suivis.

Prise en charge immédiate après le signalement :

Nature de la prise en charge	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
AEMO	0	1	1
Placement	2	1	2

Les enfants sont en famille d'accueil sauf un enfant en pouponnière.

Les enfants en AEMO sont suivis par la PJJ ou L'AE.

Evolution :

7 mois après le signalement : 6 enfants sont placés.

9 mois après le signalement : 7 enfants sont placés.

Age au moment du placement :

Age au moment du placement	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Inférieur à un an	2	0	2
Entre 1 et 2 ans	0	0	1
Entre 3 et 5 ans	0	2	0

Les deux enfants victimes de sévices corporels ont été placés dès le signalement et avaient moins de un an : un après tentative de noyade et un dans un contexte d'hématomes avec fractures anciennes à la radio et lésions aux poignets après avoir été attachés.

Les deux enfants en carence de soins sont signalés plus tardivement dans un contexte de retard staturo-pondéral et psychoaffectif (violence, agitation, absence de langage, troubles du sommeil).

Un a été placé dès le signalement. L'autre est alors sous surveillance en AEMO mais devant l'aggravation de la situation psychoaffective de l'enfant, il est placé en urgence 7 mois après.

Les deux enfants de moins de un an et en risque sont placés dès le signalement :

- un à la naissance devant l'absence de coopération des parents et leur violence. Ils vivent dans une pièce chez un ami qui a la tuberculose.

- un alors que sa sœur est hospitalisée après ingestion accidentelle de médicaments : parents absents et en conflit. Déménagement récent dans la région et fratrie hétérogène déjà placée.

Un enfant en risque est suivi en AEMO après le signalement mais la mère menaçant de se suicider avec son enfant, ce dernier est placé.

Situation en 2002 :

Les 7 enfants sont placés en famille d'accueil (cependant un doit partir en foyer début 2003 alors qu'il évolue dans la même famille depuis le début).

Changements de famille d'accueil ?	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Pas de changement	2	1	2
Un changement	0	0	1
Trois changements	0	1	0

5 enfants sont placés dans la même famille depuis le début.

Origine des changements :

- pour un : problème de couple dans la famille d'accueil.
- pour l'autre: épuisement des familles d'accueil malgré l'aide des services sociaux.

Durée des placements :

Durée du placement	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
11 ans	1	0	0
12 ans	1	1	1
13 ans	0	0	2
14 ans	0	1	0

Les enfants sont en famille d'accueil depuis 11 à 14 ans.
Tous les enfants encore suivis sont placés.

Organismes :

5 sont suivis par le SPE et le tribunal.

2 sont pris en charge par l'ASE (maltraitance par sévices corporels), un après délégation de l'autorité parentale, l'autre après suivi par le service de placement thérapeutique (service avec structure psychiatrique pouvant parfois avoir un rôle de placement).

.Evolution de la prise en charge des 3 enfants de nouveau suivis.

Ils appartiennent à la catégorie enfants victimes de sévices corporels.

Prise en charge immédiate en fonction des sévices et de l'âge, durée de la prise en charge :

Nature des sévices	Age au moment du signalement	Nature de la prise en charge	Durée de la prise en charge initiale	Age actuel
Troubles du comportement et ecchymoses	2 ans	placement puis AEMO	3 ans	14 ans
Ecchymoses multiples	5 ans	nourrice à la journée puis placement puis AEMO	3 ans	19 ans
Ecchymoses multiples, traumatisme crânien avec perte de connaissance	2 ans	placement puis AEMO	10 ans	16 ans

Origine et nature de la nouvelle prise en charge :

Ces trois enfants ont été restitués à leur famille définitivement après une période d'AEMO variant de 1 à 4 ans :

- un est confié à la mère après divorce. Perte de contact suite au déménagement de celle-ci.
- un est remis à la mère après stabilisation psychologique de celle-ci.
- retour chez sa mère après qu'elle ait quitté son concubin auteur de violences.

Tous ces enfants sont revus en 2001

Age des enfants	Origine de la prise de contact	Nature de la prise en charge	Organisme
14 ans	demande de l'enfant de vivre avec son père alors qu'il a été placé un an après le divorce dans une autre région	judiciaire : mise en place d'une enquête familiale	tribunal
19 ans	dit avoir été violée par son beau-père	judiciaire	tribunal, cellule d'accueil de l'hôpital des enfants victimes d'abus sexuels
16 ans	troubles du comportement, agressivité, vols	judiciaire avec AEMO	AE

Début 2002, la situation est la suivante :

- .mise en place d'un procès pour viol.
- .attente de la décision du juge pour le retour éventuel d'un enfant chez son père.
- .mise en place d'une AEMO pour le suivi d'un enfant prédélinquant.

.Evolution de la prise en charge des 5 enfants sans suivi récent :

Nous avons pu retrouver des informations sur 5 enfants alors qu'ils ne sont plus pris en charge par les services sociaux.

Pour 4 des enfants les informations sont hospitalières et pour un des enfants nous avons eu des renseignements par l'intermédiaire de la PJJ qui a suivi de 1999 à 2002 une partie de la fratrie pour pré-délinquance.

Durée et nature de leur prise en charge en fonction des sévices :

Catégorie de maltraitance	Sévices décrits lors du signalement	Age au moment du signalement	Nature de la prise en charge de départ	Durée de la prise en charge	Age actuel	Raisons de l'arrêt du suivi
Sévices corporels	Troubles du comportement après brimades	10 ans	placement en foyer puis en famille d'accueil (judiciaire puis ASE)	8 ans	23 ans	majorité
	Battue par un frère en absence des parents	6ans	AEMO par SEMO (judiciaire)	3 ans	20 ans	divorce des parents et stabilisation familiale
Carence de soins	Enfant abandonné chez une tante dépassée, mutisme	6 ans	AEMO par AE (judiciaire)	9 ans	20 ans	Père auteur de violence DCD Remariage de la mère
En risque	Troubles du comportement adressé par le pédopsychiatre problème de logement	3 ans	AEMO par la PJJ (judiciaire)	1 an	16 ans	bon développement de l'enfant présence d'un logement
	Mère dépassée agressive envers l'enfant	2 ans	placement puis AEMO (judiciaire)	6 ans	18 ans	amélioration de la situation financière de la mère

Tous ces enfants ont en 2002 16 ans et plus, et 4 sur 5 sont majeurs.

Après arrêt de la prise en charge, il n'y a pas eu de nouveau signalement.

Le temps écoulé entre la dernière prise en charge sociale et 2002 varie de 5 à 12 ans

-Situation personnelle des 15 enfants retrouvés

.Création d'une famille ?

Cette situation ne concerne qu'un seul des enfants :

Il a une fille de moins de un an et dit avoir peur d'être un jour violent avec elle .Il craint ses pulsions et souhaite un suivi psychologique pour l'aider dans ce mal être.

.Situation scolaire ou professionnelle ? Projets ?

.Les 7 enfants encore suivis :

Tous se trouvent au début ou à la fin de l'adolescence (âge de 12 à 17 ans)

Type d'enseignement	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Enseignement général	1	0	2
SEGPA	1	0	1
Apprentissage	0	2	0

-3 enfants sur 7 suivent une filière générale :

Ils ont tous un an de retard (un en 6 ème et deux en 4 ème)

2 présentent de l'intérêt pour les études mais un est en véritable difficulté, un ne travaille plus et est désintéressé.

-4 sont en SEGPA ou suivent un apprentissage :

Les deux enfants en SEGPA sont en 5 ème

Pour chacun des enfants, il y a notion de difficultés de concentration et d'acquisition de connaissances.

Les enfants en SEGPA suivent bien et un a le projet de travailler dans les espaces verts.

Les enfants en apprentissage ont tous deux 17 ans :

- Un veut être menuisier comme le père de la famille d'accueil et présente un grand intérêt pour cette profession. Ne pourra sans doute pas faire de CAP car grosses difficultés pour compter et se concentrer.

-Un veut travailler dans les espaces verts, semble motivé, parvient à suivre son projet. Doit être sous tutelle dès ses 18 ans car gros problèmes de gestion.

Ces enfants peuvent avoir des projets mais ont des difficultés pour les mettre en place .Ils nécessitent une aide pour leurs réalisations.

Les 3 enfants de nouveau suivis :

Etudes en fonction de l'âge

Age	Etudes	Projets professionnels
14 ans	5 ème SEGPA	aucun
19 ans	études universitaires	fait des études de langue doit partir aux Etats Unis
16 ans	3 ème SEGPA	veut etre couvreur mais problème d'engagement Ne va pas aux stages proposés

Seule une enfant fait des études supérieures.

Un présente des capacités intellectuelles mais est incapable de suivre ses engagements et ne supporte aucune contrainte ou hiérarchie.

Les 5 enfants sans suivi récent :

Situation scolaire ou professionnelle	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Artisan	1	0	0
Stages en menuiserie	0	0	1
Lycée professionnel : secrétariat	1	0	0
CAP coiffure	0	0	1
Travaille aux chantiers de l'atlantique	0	1	0

Tous ces enfants ont des projets d'avenir.

Nous n'avons pas d'information sur leurs capacités de réalisation.

.Loisirs connus ?

.Enfants encore suivis :

Seul un enfant a une passion : athlétisme de haut niveau (enfant de la catégorie maltraitance par carence de soins).

.Enfants de nouveau suivis :

Aucune passion connue.

.Enfants sans suivi récent :

Un fait du rugby régulièrement.

.Problèmes médicaux suivis ?

.Enfants encore suivis :

Nature des troubles	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Pas de troubles connus	2	0	2
Enurésie	0	2	0
Convulsions	0	0	1

2 enfants présentent un problème d'énurésie non résolu à 17 ans :

Problème très fréquent chez les enfants maltraités souvent d'origine psychologique.

On note que les 5 autres enfants ont tous été suivis pour ce même problème mais qu'au moment du bilan, seuls les deux enfants de la catégorie carence de soins sont encore énurétiques.

1 enfant présente des crises convulsives traitées faisant suite à l'utilisation excessive de jeux vidéo dans la famille d'origine lors d'hébergements occasionnels.

.Enfants de nouveau suivis :

L'enfant pour lequel il y a notion de viol est suivi depuis l'âge de 13 ans pour des crises d'asthmes violentes sans origine retrouvée alors .C'est à cet âge qu'elle affirme que les viols réguliers ont eu lieu.

.Enfants sans suivi récent :

.4 enfants sur 5 ont été retrouvés par l'intermédiaire de l'hôpital :

.2 enfants sont suivis régulièrement :

- Un pour une Hypothyroïdie (enfant en risque).
- l'autre pour une rectocolite hémorragique découverte il y a 3 ans.

.2 enfants ont été vus occasionnellement début 2002 :

- un lors d'un accident de travail pour une entorse du genou.
- l'autre a souhaité une consultation avec le pédiatre qui était présent lors du signalement pour mieux comprendre. Peur d'être maltraitant à son tour car il vient d'avoir une petite fille.

. Suivi psychologique éventuel

.Enfants encore suivis :

Seuls deux enfants sur sept sont suivis par un psychiatre : enfants en carence de soins présentant à 17 ans une énurésie.

.Enfants de nouveau suivis :

Mise en place d'un soutien psychologique pour l'enfant de 19 ans qui a avoué avoir été violée.

.Enfant sans suivi récent :

Pas de prise en charge connue.

.Relation avec la justice ? Délinquance ?

.Enfants encore suivis :

Un enfant est prédélinquant : vols au sein de la famille d'accueil et magasins. Enfant très influencé par son père d'origine qui l'incite aux larcins. Doit être pris en foyer.

Pas d'intervention judiciaire pour l'instant.

.Enfants de nouveau suivis :

Un est pris en charge par l'AE et le tribunal après des vols.

.Enfants sans suivi récent

Pas de notion de prédélinquance

-La notion d'abus sexuel :

.Enfants encore suivis : Y a t il eu enquête a propos d'abus sexuels au sein de la famille ?

Enquête au sein de la famille ?	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
NON	1	1	0
OUI pour l'enfant	1	1	1
OUI pour la fratrie	0	0	2

3 familles ont fait l'objet d'une enquête suite à des dires des enfants ou bien face à des comportements érotisés survenant après des visites chez les parents.

2 familles ont fait l'objet d'enquêtes après troubles du comportement d'un membre de la fratrie. Aucune enquête n'a abouti à des mesures pénales.

.Enfants de nouveau suivis :

Enquête en cours pour une enfant déclarant avoir été violée par son beau-père 6 ans auparavant.

.Enfants sans suivi récent :

Pas de notion d'abus sexuel.

3-2-3-2 Relation avec la famille d'accueil éventuelle.

-Enfants encore suivis : les 7 enfants sont en famille d'accueil.

.5 enfants sont très attachés à la famille d'accueil.

Parmi ces 5 enfants :

.4 sont dans la même famille depuis le début de la prise en charge.

.1 enfant (carence de soins) est dans cette famille depuis 4 ans après deux changements, il s'est retrouvé dans cette famille après recrutement exceptionnel. L'enfant a choisi cette famille qui se trouve être les voisins de la précédente famille d'accueil. Depuis, il ne présente plus de troubles du caractère. Il se sent valorisé, devient autonome et considère la fille de la famille comme sa soeur

.Un enfant (en risque) dans la même famille d'accueil se trouve en conflit car il est très admiratif de son père qui se trouve en désaccord avec la famille d'accueil. Cet enfant doit être pris en charge en foyer

.Un enfant (en risque) dans la même famille depuis 3 ans est actuellement en conflit et a un comportement provocateur. Elle était très attachée à la précédente nourrice qu'elle voit toujours.

-Enfants de nouveau suivis :

Seul l'enfant placé 6 ans a gardé des contacts chaleureux avec sa famille d'accueil après retour à domicile mais les rapports sont de plus en plus rares.

-Enfants sans suivi récent :

2 des enfants ont été placés :

- un n'a plus vu la famille d'accueil après son retour au sein de sa famille d'origine.
- un a gardé des contacts 2 ans après sa majorité, puis n'a plus donné de nouvelles depuis 3 ans.

3-2-3-3 Relations avec la famille d'origine

-Enfants encore suivis :

.Les relations enfant /parent :

Relation avec les parents d'origine		Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Absence de nouvelles	Mère	1	1	0
	Père	1	1(père inconnu)	0
Nouvelles occasionnelles	Mère	1	0	1(mère incarcérée)
	Père	1	1(parents séparés)	0
Visites protégées avec tierce personne	Mère	0	1(parents séparés)	1
	Père	0	0	1
Visites et hébergement	Mère	0	0	1
	Père	0	0	2(un dont mère incarcérée)

2 enfants n'ont plus de nouvelles depuis 6 ans et plus : un dans la catégorie maltraitance par sévices corporels, un en carence de soins.

Les deux enfants se sont investis dans la famille d'accueil et ne parlent jamais de leurs parents.

Pour le 2ème enfant victime de sévices corporels, les parents s'en désintéressent mais les grands parents et les tantes restent présents.

Pour le 2ème enfant en carence de soins, il ne voit son père qu'en visite chez ses grands-parents et sa mère sous surveillance car cette dernière présente de graves troubles psychiatriques perturbant l'enfant à chaque rencontre.

Dans la catégorie enfants en risque :

- Un ne voit ses parents qu'une fois par mois et sous surveillance pour éviter la violence verbale des parents d'origine envers la famille d'accueil et contrôler les propos incohérents de la mère.

Les rencontres sont organisées à la demande de l'enfant.

- Un ne voit que son père dont il est très admiratif. Sa mère est incarcérée pour meurtre.

- Un voit régulièrement ses parents, va pêcher avec son père lorsque celui-ci est présent. Il aimerait protéger sa mère qu'il sent vulnérable.

Situation conjugale actuelle des parents des enfants encore suivis:

Situation conjugale	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Séparés avant signalement	0	1 (mère vivant en concubinage avec même homme)	0
Séparés depuis signalement	1 (mère problèmes psychiatriques, père immature)	1 (mère problème psychiatrique et père alcoolisme)	1 (mère incarcérée, père en concubinage avec la même femme)
Couple stable	1	0	1 (problèmes psychiatriques de la mère)
Couple instable	0	0	1 (différentes séparations et retrouvailles)

Dans la catégorie maltraitance par sévices corporels :

.Un des couples s'est séparé récemment. Ils ne voient plus leurs enfants depuis plusieurs années (l'enfant et son frère vivant dans la même famille d'accueil).

.Un des couples est stable mais se désinvestit de l'éducation des enfants (2 enfants en familles d'accueil différentes).

Dans la catégorie maltraitance par carence de soins :

.Une mère est avec le même concubin depuis le début du suivi mais séparation prévisible au moment du signalement, le père est inconnu.

L'enfant ne voit plus sa mère ni sa fratrie hétérogène depuis plusieurs années.

.Un des couples est séparé depuis 12 ans, séparation survenue un an après le signalement : l'enfant ne voit son père qu'occasionnellement et sa mère en milieu protégé (pas de fratrie).

Dans la catégorie enfants en risque :

.Un couple s'est séparé immédiatement après le signalement. Le père est très présent mais très revendicateur. La concubine est immature. La mère est incarcérée pour meurtre.

.Un couple est stable avec respect mutuel mais problème d'alcoolisme non résolu avec troubles psychiatriques chez la mère. L'enfant voit ses parents régulièrement au domicile. Les sœurs sont majeures et vues au domicile des parents.

.Un couple est toujours lié mais reste très instable. Les visites sont protégées et médiatisées une fois par mois. L'enfant voit sa sœur par l'intermédiaire des familles d'accueil.

Seuls 2 couples sur 7 semblent être sables dont un ne vivant que pour eux-mêmes sans voir les enfants

-Enfants de nouveau suivis

Tableau récapitulatif de la situation pour les 3 enfants

Age de l'enfant	Situation conjugale	Problèmes médico-psychologiques des parents	Relation avec l'enfant	Relation avec le reste de la famille
14 ans	parents séparés après le signalement	pas de problèmes particulier	veut vivre avec son père et sa grand -mère. conflits avec la mère	très attaché à sa grand mère
19 ans	parents séparés avant signalement	mère dépressive	vit avec son père voit peu sa mère mais inquiète pour elle	pas d'information
16 ans	parents séparés avant signalement	mère alcoolique doit etre prise en cure de désintoxication	père : pas de nouvelles depuis 6 ans mère : vulnérable, manipulée par l'enfant	très influencé par un cousin suivi par la PJJ pour vols et violences

Dans ces 3 cas, les situations familiales sont instables avec présence unique de l'un ou l'autre des parents biologiques.

-Enfants sans suivi récent

1 enfant (séviés corporels) commence à se rapprocher de ses parents depuis qu'il a créé sa propre famille.

4 vivent encore dans leur famille

Nature des séviés	Age	Situation familiale	Relations
Séviés corporels	20 ans	mère : vit seule père : vu occasionnellement séparation après signalement	très proche de sa mère s'occupe de la fratrie plus jeune
Carence de soins	20 ans	père : décédé mère : remariée séparation au moment du signalement	très proche de son beau-père
En risque	18 ans	mère : seule père : inconnu	conflits avec sa mère
	16 ans	situation conjugale stable	proche de son père

Les enfants ne présentent pas de problèmes connus particuliers au sein de leur famille.

4 enfants sur 5 vivent sans la présence de leur père biologique.

3-2-3-3 La fratrie

-Enfants encore suivis : Évolution de la structure et prise en charge:

Enfants	Fratrie	Avant signalement	Situation actuelle	Prise en charge	Pb psychologiques
1 : Sévices corporels	homogène	0	1	placé avec sa sœur à la naissance	suivi orthophonique et psychologique coléreux, troubles du sommeil
	hétérogène (mère)	3	3	pris en charge par le père après placement (plus de suivi)	?
2 : Sévices corporels	homogène	0	2	1 : placé à 18 mois, voit sa soeur en FA 1 : en AEMO	1 : problèmes scolaires, suivis au CMP, très sociable 1 : inquiétude des éducateurs
	hétérogène	0	0	0	0
3 : Carence de soins	homogène	0(père inconnu)	0	0	0
	hétérogène (mère)	3	6 et une mort subite du nourrisson	2 placés et 4 en AEMO	déménagement, peu de nouvelles
4 : Carence de soins	homogène	0	0	0	0
	hétérogène	0	0	0	0
5 : En risque	homogène	3	3	Majeurs une reste en FA avec aide jeune majeur	2 : travaillent, distance avec FO 1 : BEP secrétariat proche de la FA
	hétérogène	0	0	0	0
6 : En risque	homogène	0	1	placé à 1 mois, voit sa sœur en FA	éveillé, veut rester en FA
	hétérogène	0	0	0	0
7 : En risque	homogène	1	1	en foyer, placé depuis signalement	difficile, agressif
	hétérogène	1 (mère) 0	1 3(père)	incarcéré 2 placés sans droit de visite 1 AEMO	2 enfants avec de grandes carences affectives et éducatives

La structure de la fratrie a évolué pour 5 familles sur 7 :

Pour 2 familles, il y a évolution de la fratrie hétérogène : pour une issue du père et pour une issue de la mère.

Tous ces enfants sont soit placés soit en AEMO.

Pour 3 familles il s'agit d'une évolution de la fratrie homogène : Les enfants sont soit placés soit en AEMO

Les fratries homogènes présentes avant ou après le signalement sont placées sauf un enfant qui reste au domicile des parents sous surveillance (AEMO).

On note aussi qu'une fratrie a atteint sa majorité et n'est donc plus suivie. Cependant une sœur bénéficie d'une aide jeune majeure et a souhaité rester une année de plus en famille d'accueil.

Tous les enfants gardent des contacts avec la fratrie homogène par l'intermédiaire des familles d'accueil ou au domicile des parents lorsque le droit de visite et d'hébergement est autorisé. Ils sont tous très attachés à leur fratrie.

Les enfants possédant une fratrie hétérogène ont peu ou pas de contact sauf pour un qui voit un demi-frère au domicile des parents.

-Enfants de nouveau suivis : situation actuelle de la fratrie

Age de l'enfant	Fratrie avant signalement	Fratrie après signalement	Prise en charge actuelle
14 ans	fratrie hétérogène : 2 placés fratrie homogène : 0	fratrie hétérogène : 2 fratrie homogène : 1	fratrie hétérogène : pas de nouvelles fratrie homogène : placée dans une autre région
19 ans	pas de fratrie	fratrie hétérogène	vit avec la mère pas de prise en charge
16 ans	pas de fratrie	fratrie hétérogène	pris en charge en AEMO par SEMO suite à des troubles du comportement

Depuis le signalement la structure a évolué dans chaque famille.

2 enfants sur trois nés après le signalement sont actuellement pris en charge :

.Un présente de grandes carences affectives et éducatives.

.Un étant placé dans une autre région, nous avons peu d'informations

-Enfants sans suivi récent : prise en charge et situation actuelle de la fratrie :

Tableau récapitulatif

Age de l'enfant	Fratrie avant signalement	Fratrie après signalement	Prise en charge
23 ans	fratrie homogène : 5	pas de changement	tous majeurs, n'ont jamais eu aucun suivi
20 ans	fratrie homogène : 6 fratrie hétérogène : 2	pas de changement	3 des frères sont actuellement suivis par la PJJ pour travail d'intérêt général : délinquance
20 ans	pas de fratrie	fratrie hétérogène : un enfant issu d'un viol, et un enfant du remariage	enfant issu du viol suivi par psychiatre pas de suivi social
16 ans	pas de fratrie	0	0
18 ans	pas de fratrie	0	0

La structure n'a évolué que pour 1 famille sur 5

Seule une famille présente actuellement des problèmes avec la fratrie pour un problème de pré-délinquance :

Les 3 frères doivent partir vivre avec leur père pour subir l'autorité paternelle jusque là inexistante.

3-2-4 Bilan général

-Suivi en fonction de la catégorie de maltraitance

Suivi	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque
Enfants non retrouvés	3	1	7
Encore suivis	2	2	3
De nouveau suivis	3	0	0
Plus de suivi mais informations	2	1	2

42,3 % ont échappé au bilan de 2002.

38,5 % sont suivis par les services sociaux en 2002.

19,2 % ont été retrouvés sans suivi actuel.

.Pour la catégorie maltraitance par sévices corporels :

3 n'ont pas été retrouvés dont un de façon inexplicée.

5 sont suivis actuellement dont un pour lequel nous avons peu d'informations puisqu' il a été placé peu de temps après son signalement mais dans une région du nord. Il y a reprise récente du dossier par le tribunal de St Nazaire.

2 n'ont plus de suivi mais un a été placé jusque sa majorité

.Pour la catégorie maltraitance par carence de soins :

Un n'est pas retrouvé car adopté.

2 sont encore suivis.

1 n'est vu que par l'intermédiaire de l'hôpital pour une hypothyroïdie.

.Pour la catégorie enfants en risque :

7 enfants sont non retrouvés avec 3 enfants adoptés et un décédé.

3 sont suivis depuis le début.

2 n'ont été revus que par l'intermédiaire de l'hôpital : un pour un simple accident de travail, l'autre pour la prise en charge d'une rectocolite hémorragique posant un problème d'observance et traitement.

-Bilan général des relations parents / enfants :

Sur les 26 enfants, on note que :

- 6 ont un mode relationnel inconnu (pas d'informations retrouvées)
- 1 décédée 4 mois avant le bilan avait des contacts rares et très conflictuels avec son père et sa mère séparés.
- 6 enfants n'ont plus de contact avec leurs parents depuis plus de 6 ans : 4 adoptés et deux suivis en 2002, vivant en famille d'accueil.
- 6 ont des relations avec leurs parents tout en vivant en famille d'accueil :
 - .1 est placé dans une autre région sous la dépendance de sa mère qui s'en désintéresse.
 - .3 ont des relations rares ou violentes avec leurs parents
 - .1 est très admiratif de son père mais ne voit pas sa mère depuis plusieurs années
 - .1 enfant uniquement a des relations tendres avec ses parents
- 5 vivent chez un de leurs parents :
 - .1 avec son père
 - .4 avec leur mère
- 1 vit avec sa femme et son enfant mais recommence à voir progressivement ses parents
- 1 seul enfant vit avec ses deux parents sans conflits majeurs apparents

Remarques :

- Nous n'avons pas d'informations dans 23 % des cas.
- Les enfants n'ont aucune relation avec leurs parents dans 23 % des cas.
- Il existe une relation tendre avec les deux parents pour deux des enfants (un placé et un vivant au domicile des parents) soit dans 7,6 % des cas.
- Dans 46,1 % les relations avec les parents sont soit rarissimes, soit conflictuelles, soit très inégales avec le père ou la mère.
- 8 enfants soit 30,8 % sont encore placés en 2002 : 7 dans la région de St Nazaire et 1 dans la région de Reims

-Bilan pour les 11 enfants non retrouvés en 2002

.Origine de la perte de contact :

Origine de la perte de contact	Maltraitance par sévices corporels	Maltraitance par carence de soins	Enfants en risque	Durée de la perte de contact
Obtention de la majorité	0	0	1	plus de 10 ans
Maltraitance non prouvée	1	0	0	plus de 10 ans
Déménagement	0	0	1	plus de 10 ans
Adoption	0	1	3	5 à 10 ans
Perte de contact inexplicée	1	0	0	5 à 10 ans
Enfant pris en charge par un membre de la famille	0	0	1	5 à 10 ans
Auteur des sévices décédé	1	0	0	1 à 5 ans
Enfant décédé	0	0	1	moins de 1 an

Pour les 3 enfants perdus de vue depuis plus de 10 ans et les 2 enfants non adoptés sans nouvelles depuis 5 à 10 ans, les informations sont très restreintes.

.On note que :

-L' enfant victime d'un syndrome de munchhausen par procuration n'a eu qu'un suivi limité face à une maltraitance non prouvée et un développement psychomoteur normal mais qu'il y a eu par la suite enquête suite au décès inexpliqué de sa sœur porteuse d'une IMC.

-L' enfant porteur d'une IMC perdu de vu suite à un déménagement nécessite alors des soins spécialisés non apportés par une famille très instable.

-L' enfant obtenant sa majorité 6 mois après le signalement est revu à l'hôpital 2 ans plus tard pour un problème médical mais le diagnostic de névrose hystérique est soulevé.

-L' enfant victime de graves sévices corporels est perdu de vue de façon inexplicable puisque la maltraitance corporelle était majeure et que 6 ans plus tard il y a suspicion de sévices sexuels.

-L' enfant en carence de soins a été placé quelques mois mais on apprend par la suite que 4 ans plus tard l'enfant vit avec sa tante et sa mère en foyer.

Toutes ces situations ne sont plus prises en compte par les différents services sociaux de la région de St Nazaire mais ne semblent pas pour autant être véritablement résolues
Y a t il eu relais par ailleurs ?

-On note 4 enfants adoptés pour lesquels nous n'avons plus de données depuis 5 à 10 ans :

.Les dernières informations étaient positives en ce qui concerne les 3 enfants adoptés avant 4 ans puisqu'ils ont alors un bon développement psychomoteur et staturo-pondéral.

.Cependant, les résultats sont moins favorables pour l'enfant adoptée tardivement à 11 ans (2 ans après la déclaration d'abandon), puisque lors des dernières informations, elle présente un retard scolaire, des difficultés d'apprentissage et des troubles psychologiques (agressivité, angoisses, troubles du sommeil).

.Ces enfants n'appartiennent pas à la catégorie maltraitance par sévices corporels.

-Un enfant retourne chez sa mère après décès du père maltraitant .Après 3 ans d'AEMO dans le foyer reconstitué par la mère, le bilan est positif avec stabilisation du développement psychologique de l'enfant.

-Un enfant décède des conséquences d'une dermatomyosite après refus de tout traitement alors qu'elle est en détresse morale .La notion de dépréciation de soi est soulevée(Ne se lave pas, n'a aucun soin de son corps...).

-Bilan général pour les 15 enfants retrouvés en 2002

.Les 7 enfants encore suivis :

Les informations sont plus détaillées car les dossiers sont complets grâce aux renseignements donnés par le tribunal, l'ASE ou le SPF.

Ils sont tous placés depuis plus de 11 ans sans avoir pu revivre dans leurs familles d'origine.

Ces enfants parviennent à faire à présent des projets de vie mais ont besoin de soutien

Les deux enfants approchant de la majorité :

. Un va être mis sous tutelle.

. L'autre va rester en famille d'accueil.

Ils ont tous des troubles de la concentration et des difficultés d'acquisitions de connaissances.

On note que deux sont énurétiques à 17 ans et qu'un est prédélinquant.

Ces enfants restent attachés à leur famille d'accueil. Un seul pose à présent problème pour sa prise en charge et va partir pour un foyer.

Deux enfants ne voient plus leurs parents depuis longtemps.

Un ne voit que sa famille proche.

Deux voient leurs parents sous contrôle médiatique.

Ces enfants sont détachés de cette famille d'origine ou bien souhaitent la voir tout en appréhendant chaque visite.

Un est très admiratif de son père qui est incapable d'apporter une conduite éducative.

Un voit ses parents, auxquels il est très attaché mais est conscient de leur incapacité à le prendre en charge.

Les fratries issues de ces mêmes familles posent des problèmes identiques puisque pour la plupart, elles sont également placées.

.Les 3 enfants de nouveau suivis :

Les informations sont plus restreintes.

Un est placé dans une autre région depuis de nombreuses années en foyer alors que la garde a été donnée à la mère incapable d'apporter les soins nécessaires .Il est actuellement en échec scolaire et souhaite se rapprocher de son père.

Une est actuellement en détresse morale après l'aveu d'avoir été violée par son beau-père.

Elle a peur pour sa mère et sa demi sœur .Elle parvient à suivre ses projets professionnels en poursuivant des études supérieures .On peut noter qu'elle était suivie pour des crises d'asthme inexplicables déclenchées au moment des premiers viols à l'âge de 13 ans.

Un est suivi pour pré-délinquance et troubles du comportement .Il est actuellement incapable de mettre un projet en place.

.Les 5 enfants non suivis actuellement :

Les informations sont encore plus limitées.

Trois enfants se trouvent actuellement dans un contexte familial de nouveau stable et semblent avoir une évolution psychologique favorable.

Une des jeunes filles a déclaré une rectocolite hémorragique et présente un problème d'observance de son traitement et une relation très conflictuelle avec sa mère.

Un est majeur et a créé sa propre famille .Il demande une aide psychologique de peur d'être lui aussi maltraitant envers sa fille.

-Bilan scolaire et professionnel pour les 15 enfants :

.1 enfant fait des études supérieures, orientation langue et commerce

.2 ont une activité professionnelle paraissant stable : un aux chantiers de l'atlantique et un est artisan

.3 suivent un enseignement général avec difficultés sauf un qui réalise une 6 ème correcte .Ils ont tous les 3, un an de retard.

.4 suivent un enseignement parallèle pour enfants en difficultés avec orientation professionnelle : ils sont en SEGPA

Un veut travailler dans les espaces verts, l'autre désire faire un apprentissage pour être couvreur mais ne se présente pas aux stages proposés .Pour les deux autres enfants nous n'avons pas d'information sur leurs projets de vie.

.3 sont en apprentissage : 2 en menuiserie (un des enfants présente de grandes difficultés pour compter ce qui rend son projet de CAP menuiserie probablement irréalisable) ,1 dans les espaces vert.

.1 est en CAP coiffure et 1 prépare un Bac Professionnel orientation secrétariat

Parmi ces 15 enfants, seuls deux travaillent. Ils ont 20 et 23 ans.

Entre 15 et 20 ans, ces enfants ont souvent des projets mais en 2002, il est encore trop tôt pour savoir si ceux-ci vont être réalisables.

-La notion d'abus sexuel :

8 familles sur 26, font l'objet d'enquêtes après suspicion d'abus sexuels portant sur l'enfant ou un membre de la fratrie alors qu'au moment du signalement aucun enfant ne rentrait dans le cadre de cette maltraitance.

-Conclusions :

Il est très difficile de mettre tous ces enfants dans des catégories bien définies car chacun évolue suivant un contexte qui lui est propre.

Chaque histoire est unique : la situation de départ, la famille d'origine, l'évolution de celle-ci, la personnalité de l'enfant, ce qui va découler de l'inné ou de l'acquis, les personnes qu'il va rencontrer et l'aider à grandir.

L'échantillonnage est restreint.

Les informations sont très différentes suivant les sources qui peuvent être médicales et/ou sociales et/ou juridiques.

Il est alors parfois compliqué de faire le point face à des documents pouvant être très différents et ce pour chaque enfant.

3-3 COMPARAISON DES BILANS DE 1992 ET DE 2002 (1)

Ces deux études portent sur les mêmes enfants.

La première s'intéresse aux conditions dans lesquelles se sont passés les signalements ainsi que le devenir à court terme des enfants et de leurs familles (soit 1 à 5 ans après le signalement).

Cette deuxième recherche s'est de nouveau portée sur les conditions de départ puis sur le devenir à moyen terme voir long terme de ces enfants et de leurs proches (soit 11 à 15 ans après le signalement).

3-3-1 Comparaison des méthodologies de recherche

Le poids des années est le principal facteur qui va différencier ces deux études.

Les conditions dans lesquelles le signalement s'est déroulé, ont été beaucoup plus difficiles à retrouver.

Lors de la première étude, les enfants étant pour la plupart âgés de moins de 6 ans ,ils pouvaient être pris en charge en PMI au moment du signalement et du bilan,source non exploitable en 2002 car tous ces enfants ont alors 11 ans et plus

En 1992, les conditions dans lesquelles se sont déroulés les évènements étaient plus faciles à obtenir car la transmission orale était encore possible.

Les changements d'intervenants au cours de ces 10 ans n'étant pas négligeables, toute information non inscrite disparaît.

Il est important de noter que les dossiers de l'ASE ne sont conservés que 3 ans.

Il faut noter également qu'avec le temps qui passe certains dossiers disparaissent : par exemple, deux dossiers archivés au tribunal n'ont pu être retrouvés de façon inexplicquée.

Y a-t-il encore d'autres informations qui nous ont échappé ?

Par ailleurs, la méthodologie semble identique puisque les différents organismes susceptibles de prendre en charge les enfants ont été les mêmes contactés.

3-3-2 Comparaisons sur la nature des résultats :

-Les conditions de départ :

Certaines informations ont été développées lors de la première étude alors que cela a été impossible lors de la deuxième par manque d'informations

.La situation géographique des familles :

Urbaine à 50% dans la première étude, alors que dans les dossiers retrouvés ce jour ceci n'est mentionné que dans moins de la moitié des cas

.Les conditions de logement :

Il est mentionné que 6 familles sont considérées comme sans domicile fixe alors qu' en 2002, cette information n'est retrouvée que pour 3 familles et que dans la majorité des dossiers aucune donnée sur le logement n'est inscrite.

.Le niveau d'étude des parents :

14 familles (le père et/ou la mère) sont considérées comme sans diplôme, une mère est analphabète et 5 ont fait des études jusqu' au BEPC .Aucune information de cette nature n'est retranscrite et disponible en 2002.

.L' âge des parents au moment du signalement :

En 1992 on note que dans 3 familles la mère a moins de 20 ans au moment de la naissance de l'enfant .Ceci peut être une information intéressante puisque la jeunesse de la mère est considérée comme un facteur aggravant de la maltraitance mais cette information n'a pu être mise en valeur que dans quelques dossiers au tribunal .La date de naissance des parents n'est pas systématiquement indiquée.

.Les relations avec les grands-parents :

Dans les deux études, il a été mentionné la présence ou non de conflits avec la famille proche cependant en 1992, il a été possible de détailler ces conflits en notant la présence ou non d' un isolement et de préciser la sévérité du conflit ce qui est impossible en 2002.

.Les antécédents médicaux des enfants ont été pris en compte dans la deuxième étude et non dans la première.

.Les autres thèmes abordés ont pu être développés dans les deux études et mettent en avant les mêmes conclusions:

On note qu'il existe des informations non mentionnées surtout lors de la deuxième étude pouvant faire varier certains chiffres : par exemple, l'absence de notion de dettes , d' alcoolisme au sein du foyer,de maladies médicales ou psychiatriques ,ne signifie pas que l'on écarte définitivement la présence de ces éléments.

-Nature des bilans sur le devenir des enfants à court et long terme :

Ces deux études reprennent des thèmes similaires

.La prise en charge

2 enfants sortent de l'étude en 1992 pour 11 en 2002.

En 1992 ,14 enfants sont placés pour 7 en 2002 mais 24 sont encore sous surveillance connue (suivi en PMI, AEMO et /ou tribunal) en 1992 pour 10 en 2002.

En 2002 ,5 enfants ont été retrouvés alors qu'ils sont sortis du circuit de prise en charge sociale.

Il existe donc un échappement progressif du suivi des enfants.

.Les adoptions

En 1992, 3 projets d'adoption étaient en cours :

.2 se sont mises en place rapidement,

.L' autre n'a pas abouti mais les parents ont été déchus de l'autorité parentale.

Pour les deux autres adoptions mises en place après le premier bilan, cette solution n'était pas encore soulevée en 1992.

En 2002 ,4 adoptions sont mises en places.

.Le développement de l'enfant

La première étude en 92 concerne des enfants de moins de 12 ans et une majorité de moins de 7 ans.

Elle a donc été orientée plus particulièrement sur le développement psychomoteur (l'acquisition de la marche, du langage...) et staturo-pondéral.

On note d' ailleurs que ces informations sont presque inexploitable dans les dossiers reconstitués en 2002

Les conclusions générales :

Il n' y a pas de problèmes médicaux persistants en rapport direct avec la maltraitance (uniquement des séquelles radiologiques de fractures sans conséquences fonctionnelles)

On note 9 enfants présentant un retard staturo-pondéral au moment du signalement, et un rattrapage de ce déficit pour 4 d'entre eux au moment du bilan.

7 enfants sont considérés comme ayant un retard des acquisitions.

Les enfants placés à la naissance n'ont alors aucun retard psychomoteur ni de troubles du comportement.

Un seul parmi ceux de plus de 8 ans présente des signes de pré-délinquance à type de chapardage.

En 2002 :

Les enfants ayant 12 ans et plus on s'oriente plus vers la recherche de désordres psychologiques, de mise en place de projets de vie notamment professionnel avec évaluation du niveau scolaire, de situation de prédélinquance, de comportement social.

.Le devenir de la famille :

En 1992, l'étude a pu reprendre l'évolution professionnelle voir financière des parents ainsi que de leur logement, faire le point sur les relations avec les grands-parents, avec leur médecin traitant, avec l'hôpital : éléments introuvables en 2002.

On note d'ailleurs qu'en 1992, il y a déjà 7 couples pour lesquels la situation financière est indéterminée.

Seules la situation conjugale et les relations enfants-famille ont pu être déterminées dans cette deuxième étude.

La nature des éléments retrouvés sur le devenir de la fratrie est identique : seules la prise en charge et la structure évoluent dans le temps.

On note qu'en 2002, 8 familles ont fait l'objet d'enquêtes suite à la notion d'abus sexuel ou d'attouchements, événements non soupçonnés lors de la première étude.

4-DISCUSSION

4-1 LES DIFFICULTES FACE A UNE TELLE RECHERCHE :

Le devenir des enfants maltraités est un sujet qui paraît être important à étudier afin de mieux comprendre leur évolution et d'adapter leurs prises en charge de façon optimale.

«Cependant, les études longitudinales sont difficiles à mener, la méthodologie en est délicate, les résultats souvent discutables en fonction de biais difficiles à éviter» soulignent C.Mignot et M. Manciaux (2).

Les difficultés méthodologiques se retrouvent donc autant dans cette étude que dans d'autres recherches effectuées sur ce même sujet.

4-1-1 Les points négatifs de cette étude :

- Un trop petit nombre d'enfants étudiés et retrouvés :

26 enfants étudiés et 15 retrouvés ne permettent pas de réaliser une étude statistique. Il ne peut s'agir que d'une étude descriptive.

Cette étude ne permet que d'expérimenter une méthode de recherche et de mettre en valeur ses limites afin de pouvoir par la suite mettre en œuvre une étude sur un plus grand nombre d'enfants et ce en collaboration étroite avec les différents services sociaux.

- L'absence d'uniformité des informations :

Dans cette étude, l'origine des informations a pu être médicale, sociale ou juridique.

Chaque service n'a qu'une vision partielle de l'enfant. Pour certains, les sources d'informations ont pu être multiples, pour d'autres, elles sont uniques : soit médicale, soit sociale, soit juridique. Les données sont alors très hétérogènes.

Certaines informations étant mentionnées dans un dossier et pas dans un autre (par exemple la date de naissance des parents, la situation géographique, la présence d'alcoolisme...), il est parfois impossible de tirer des conclusions ou de créer une base de résultats sur un ensemble de cas.

-La subjectivité du travail :

Toutes les informations ont été soit transmises oralement par des personnes en contact ou non avec l'enfant soit tirées de courriers.

Certaines données comme l'âge des enfants ne peuvent être qu'objectives mais d'autres comme la nature des troubles psychologiques de l'enfant sont subjectives et analysées avec la sensibilité de l'intervenant.

On note d'ailleurs que la classification des enfants dans les trois catégories maltraitance par sévices corporels, en risque ou maltraitance par carence de soins n'est pas toujours aisée. Par exemple, un enfant présentant un simple retard de croissance, est-il considéré en risque ou en carence de soins ? Un enfant subissant des brimades sans séquelles corporelles est-il classé dans la catégorie maltraitance par sévices corporels ou en risque ?

Toutes ces données sont obligatoirement classées en fonction de la sensibilité de chacun.

- L'hétérogénéité des situations et des différences d'âge des enfants étudiés.

Toutes les situations décrites sont très différentes. La classification des enfants dans trois catégories a permis d'homogénéiser un peu les différentes histoires mais chaque enfant vit malgré tout des événements différents car il évolue à travers une situation familiale qui lui est propre.

De plus on note, des enfants répartis dans les 3 classes de façon inégale: 10 en sévices corporels, 4 en carence de soins et 12 en risque.

Enfin, l'âge des enfants étant différent au moment du signalement, il l'est toujours au moment du bilan. Les besoins, les centres d'intérêt et le terrain psychologique d'un enfant au stade de préadolescence changent en approchant de l'âge adulte.

Il est alors difficile de faire le point face à une telle hétérogénéité.

- La réticence à donner des informations :

Le secret professionnel est naturellement observé.

De ce fait, il est difficile d'obtenir toutes les informations indispensables.

- La sectorisation du problème de la maltraitance.

Tous les organismes sociaux travaillent au sein d'un secteur. Ils agissent en collaboration avec le tribunal de grande instance et le service d'aide sociale à l'enfance du secteur mais indépendamment les uns des autres.

Il n'y a pas de dossier unique et chaque secteur a son propre réseau.

Lors de déménagements (événements très courants car concerne souvent une population instable), il est difficile de retrouver ces enfants.

-plus de suivi=plus d'information.

.L' adoption :

Dans un souci de confidentialité, après l'adoption, nous ne pouvons plus avoir de nouvelles de ces enfants.

Comment évaluer le bon développement de ces enfants?

.Les enfants restitués :

Après AEMO avec ou sans placement, les enfants sont restitués à leurs familles .Nous n'avons plus de moyens pour connaître leur devenir.

Dans cette étude, nous avons pu retrouver 5 enfants, un peu par hasard, lors de passage à l'hôpital ou par l'intermédiaire d'un suivi de la fratrie.

Il s'agit d'une étude simplement descriptive.

4-1-2 Des problèmes relatifs à toute étude sur le devenir d'enfants maltraités

C. Mignot décrit dans son ouvrage toutes les difficultés méthodologiques de telles études. (2)

Le problème majeur est celui de l'échantillonnage.

Tout d'abord, que devenons-nous inclure dans le terme de maltraitance ? S'agit-il de sévices corporels ou de carences de soins ? Englobons nous tous les problèmes de sévices sexuels, d'inceste?

De plus, toutes ces études sont faites non pas en collaboration avec différentes structures mais dans un cadre bien défini .Le recrutement se fait donc soit à l'hôpital, soit au tribunal, soit par l'intermédiaire des PMI .Les situations y sont différentes.

Il est très difficile de comparer ces populations à un groupe témoin compte tenu de la multiplicité des facteurs

Un gros pourcentage d'enfants n'est pas retrouvé

Pour exemple: Martin H.P. a fait une recherche sur 159 enfants hospitalisés pour maltraitance, seuls 36% ont été revus trois ans et cinq mois plus tard. (3)

Il est donc très difficile d'analyser ensuite des résultats et d'en tirer des généralités.

Kinard EM souligne également dans un article les problèmes méthodologiques face à des études sur la maltraitance: le problème de la classification des différentes formes de maltraitance, faire la distinction entre une maltraitance accidentelle ou chronique ? Choisir un groupe témoin sans qu'il y ait maltraitance au sein de ce groupe ? Savoir s'il faut informer ou non les participants à l'étude, recenser les informations de façon uniforme (4)

4-2 D'AUTRES RECHERCHES SUR LE DEVENIR D'ENFANTS MALTRAITES :

Le pronostic à court terme a été envisagé sur la base de la pratique clinique, en ce qui concerne les séquelles somatiques et les troubles psychoaffectifs, aussi bien pour les sévices physiques ou psychologiques que pour les abus sexuels .Les conséquences à plus long terme sont beaucoup plus difficiles à cerner.

C'est à partir de psychothérapie d'adultes, de biographie de parents d'un enfant maltraité, de monographie de familles maltraitantes, d'antécédents de jeunes en situation de marginalité ou d'un très petit nombre d'études transversales et plus rarement longitudinales que les conséquences à long terme chez l'adulte ont été mises en lumière.

Ces études sont très différentes autant dans le recrutement de la population, dans ce qu'elles ont cherché à démontrer, que dans leur méthodologie.

4-2-1 Etudes longitudinales avec un groupe témoin.

Ces études sont à visée pronostique.

Les études comparatives avec présence d'un groupe témoin sont longues et difficiles à mener dans le choix de l'échantillonnage et dans la durée du suivi.

Deux types de recherches sont retrouvées: soit elles s'intéressent au développement psychologique et social de l'enfant, soit au risque de criminalité.

-Des résultats sur le développement psychologique et social des enfants maltraités :

.Deux études comparent des enfants hospitalisés pour maltraitance à une population hospitalisée pour des motifs différents .Chacune a démontré des notions différentes .Cette évaluation est plutôt réalisée à moyen terme

C.W Morse a essayé de préciser le devenir de plusieurs groupes d'enfants hospitalisés : un groupe pour sévices corporels et carence de soins et un groupe pour accidents ou raisons médicales.

Après un recul de 5 ans, il est défini que les enfants maltraités sont plus exposés à des accidents ou blessures que le groupe témoin (5)

Sandgrund et ses collaborateurs ont comparé un groupe témoin d'enfants hospitalisés pour raisons médicochirurgicales et des enfants maltraités.

Il semble que le pourcentage de déficience mentale est plus important chez les enfants maltraités que dans le groupe témoin. (6)

.Des recherches très intéressantes ont été réalisées sur un plus long terme (de 10 à 20 ans) et sur de gros échantillons comparativement à une population générale :

Horwitz a comparé 641 enfants victimes de maltraitance (sexuelle, physique et par carence de soins) en 1970 à 510 enfants sans problème apparent.

Ces personnes ont été interviewées 20 ans après .Ils se sont intéressés à leur santé mentale :

Par rapport au groupe témoin, les personnes maltraitées lors de leur petite enfance semblent présenter plus de problèmes de comportement social et de troubles du caractère à type de dysthymie que la population générale .Comparant ces deux groupes, il n' y a pas de différence significative en ce qui concerne les problèmes d'alcool mais comparativement il y a plus de femmes alcooliques dans le groupe des maltraitances (7)

Une étude a été réalisée afin de mettre en évidence les conséquences psychologiques à l'adolescence chez un enfant maltraité lors de la petite enfance. 585 enfants entrant en maternelle dans trois sites différents ont été sélectionnés au hasard .Le bilan a été réalisé à leur entrée en 11 ème grade soit vers 15 ans.

Les auteurs ont fait des recherches sur leur scolarité (notion de niveau, absentéisme, suspension), sur leur terrain psychologique (anxiété et dépression), sur la notion de prise de drogue, de délinquance, de fugue, de grossesse, sur la présence de projets professionnels.

Il en découle que les adolescents maltraités ont plus de problèmes d'absentéisme à l'école, d'agressivité, de comportement social, de niveau scolaire. (8)

Une étude a été réalisée sur 776 enfants sélectionnés au hasard et suivis pendant 17 ans à partir de l'âge de 5 ans afin de déterminer le risque de dépression et de TS chez les sujets maltraités dans l'enfance comparativement à une population non victime de maltraitance.

Les résultats mettent en évidence un comportement suicidaire et une tendance dépressive trois fois plus importante au moment de la préadolescence et de l'adolescence dans la population maltraitée .Cependant, il faut noter qu'il n'y a plus de différence significative à l'âge adulte.

En ce qui concerne les enfants victimes d'abus sexuels : il y a 8 fois plus de risque de TS à répétition et de syndrome dépressif comparativement à une population non victime de sévices et ceci autant au moment de l'adolescence qu'à l'âge adulte (9).

Ces mêmes auteurs ont cherché à démontrer par une étude rétrospective ,qu'il y a plus de rémission à l'âge adulte des troubles de la personnalité dans une population victime de négligence, alors que les enfants victimes de sévices corporels restent plus facilement impulsifs et associables (10).

Une dernière recherche va confirmer une nouvelle fois ce qui a été dit précédemment puisqu'elle établit une corrélation entre maltraitance dans l'enfance et troubles du comportement à type de mauvaise estime de soi (11).

-Des résultats sur la notion de maltraitance et de risque de criminalité.

.Une étude s'est penchée sur la relation entre le comportement criminel et la maltraitance .Les auteurs ont comparé 667 sujets non maltraités (personnes du même âge, même sexe et même milieu) à 908 considérés comme maltraités (tous pris en charge par le tribunal entre 67 et 71) 22 à 26 ans après.

La moyenne d'âge au moment du bilan est de 32,5 ans.

Les résultats mettent en évidence qu'à 32 ans la moitié des personnes maltraitées ont été arrêtées pour un délit ne concernant pas la circulation de la route.

Les personnes victimes de sévices ont plus de problèmes concernant la circulation (49% pour 38%) et sont plus en rapport avec des crimes violents (18% pour 14 %). (12)

.Un article récent reprend cette étude et les auteurs soulignent que pour eux, il y a un rapport significatif entre négligence et criminalité mais que les chiffres ne sont pas significatifs dans les catégories de maltraitance par sévices corporels ou d'abus sexuels. (13)

Ces études mettent en évidence un pronostic plus sombre pour les enfants maltraités mais ne prennent pas toujours en compte l'état initial des enfants, l'évolution environnementale des situations et les prises en charges .Seules deux études réalisées par les mêmes auteurs cherchent à différencier maltraitance physique et négligence des abus sexuels ou bien sévices corporels et carences de soins .Aucune ne met en lumière les effets thérapeutiques.

4-2-2 Etudes longitudinales sans groupe témoin :

Il existe également des études descriptives permettant de démontrer les effets de la maltraitance mais sans comparer ses enfants à une population témoin ce qui les rend moins intéressantes sur le plan statistique .Elles se portent souvent sur leur terrain psychologique, l'évolution scolaire et /ou sociale.

-Certaines études sont réalisées sur un nombre d'enfants restreint, inférieur à 100.

.Une étude nancéienne de 1974 a été réalisée sur 47 observations (14).
31 familles ont pu être suivies avec un recul moyen:

Ce premier travail a mis en évidence une période de vulnérabilité après le signalement puisque 10 familles se sont dissociées .De plus, il montre un nombre important d'enfants adoptés. Six ans après, un bilan psychologique a pu être réalisé sur 24 enfants soit presque la moitié de la population initiale (chiffres en corrélation avec notre étude). Ils ont en moyenne 11 ans et 3 mois.

L'étude s'est portée sur les résultats scolaires et le quotient intellectuel.

« La répartition des niveaux intellectuels est satisfaisante ; les niveaux les plus bas correspondent aux enfants ayant subi une carence affective ou éducative prolongée et sont en rapport avec la gravité des sévices physiques .Les résultats scolaires sont globalement plus mauvais que ne le laisserait attendre la distribution des niveaux intellectuels ».

Par contre dans cette étude, il semble que le pronostic soit très lié à des facteurs antérieurs aux sévices, ainsi qu'à la possibilité pour l'enfant de construire ou de restaurer des images parentales .L' importance d'une prévention axée sur le dépistage des situations à risque pendant la grossesse et lors de la naissance est confirmée.

.Une étude parisienne sur 54 enfants a été réalisée en 1991(15). Elle porte sur des enfants signalés entre 1959 et 1970.

Le premier bilan s'est mis en place entre 1973 et 1975, soit entre 3 et 16 ans après la maltraitance puis un deuxième en 1991(avec une durée des suivis allant de 20 à 33 ans). Cette deuxième partie ne porte plus que sur 18 enfants (dont 15 filles).

Leur histoire a été reconstituée et les jeunes ont pu être rencontrés ainsi que des professionnels ayant eu en charge l'enfant .Ils ont tous été placés à un moment ou à un autre.

Les résultats sont les suivants:

- des séquelles physiques importants à type d'hémiplégie, cécité,
- une dépréciation de l'image corporelle : négligence, obésité,
- des troubles psychosomatiques : troubles du sommeil, cauchemars, dépressions, troubles du caractère,
- psychologie: des capacités affectives et relationnelles précaires, des relations interhumaines marquées par la dépression, la peur de la perte,
- relation avec les parents : marquée par l'idéalisation de l'un ou l'autre, souvent le père et le dénigrement de l'autre,
- relation avec les grands-parents : ils sont souvent présents pour garder les petits enfants et peuvent soit compenser les carences ou bien reproduire les mêmes relations pathogènes s'ils ont été maltraitants avec leurs propres enfants.
- deux des filles sont mères : elles expriment leur peur d'être maltraitantes comme nous avons pu également le montrer dans un cas.
- professionnels : sauf deux cas de grande marginalité (une aveugle et un handicap moteur et intellectuel), le bilan est positif .Six ont atteint un niveau bac +2, deux ont le BEPC et deux un CAP.

.Une étude suisse est réalisée sur 34 enfants de moins de 10 ans admis pour traumatismes non accidentels. Leurs conclusions sont les mêmes que précédemment : les enfants maltraités ont plus de problèmes scolaires que les autres (16).

.Plus le nombre de cas étudiés est petit, moins les conclusions paraissent claires car plus les situations semblent isolées :

Une étude s'est portée sur 19 personnes sévèrement battues dans l'enfance et sur leur évolution psychosociale à l'âge adulte .Les conclusions sont disparates : certaines sont immatures, avec une autonomie limitée d'autres non, certaines recherchent leurs parents, d'autres non... (17)

Ces études sur un très petit nombre d'enfants (comme notre étude) sont toujours très difficiles à exploiter pour en tirer des généralités

-D'autres études sur un plus grand nombre d'enfants s'attachent à d'autres problèmes :

.Une recherche à visée pronostique est différente des précédentes car elle va s'attarder sur les relations enfants et parents après prise en charge d'une maltraitance.

Cette étude porte sur 2653 enfants ayant 17 ans et plus et ayant été pris en charge au moins 18 mois par les services sociaux.

Leurs conclusions portent sur le fait qu'une grande proportion des enfants retourne chez leurs parents d'origine soit après leur majorité, soit après l'arrêt des mesures sociales (18).

.Une autre étude un peu différente s'intéresse au taux de récurrence de maltraitance chez 304 enfants pris en charge puis quittant le programme social entre 86 et 87 (19).

5 ans après il y a un taux de récurrence de 16,8 %, avec un plus grand risque de récurrence dans les deux années suivant l'arrêt de la prise en charge.

On note également dans cette étude qu'il y a plus de récurrence lors de négligences que lors de sévices physiques et que les récurrences se passent dans des familles où le chômage subsiste, dans des foyers instables, vivant en appartement.

.Une étude réalisée sur 155 enfants (74 filles et 81 garçons) victimes de sévices ou de négligence en rapport direct avec une violence caractérisée du conjoint et non du parent (20). Cette étude est donc particulière dans le recrutement de la population étudiée. Ces enfants sont suivis jusqu'à la fin de l'adolescence sur le plan psychologique.

On note que chez les garçons les troubles du comportement apparaissent immédiatement après les faits, alors que chez les filles, ils sont plus tardifs, survenant vers l'âge de 16 ans avec une plus grande intériorisation de la souffrance.

Cette étude est également originale dans le sens où elle différencie le comportement des filles et des garçons.

Ces études sont intéressantes car elles permettent de mettre en lumière les éléments à surveiller et peuvent guider d'éventuelles études sur un plus gros échantillonnage.

4-2-3 Des recherches à visée thérapeutique :

Elles sont très hétérogènes de part l'échantillonnage, le but des démonstrations et la durée des prises en charge évaluées.

-Certaines études cherchent à évaluer les effets du placement chez des enfants maltraités :

Certaines études sont réalisées en mettant en rapport le développement des enfants et une prise en charge caractérisée.

Lynch M. a réalisé une étude sur 42 enfants qui ont séjourné quelques semaines dans une unité spécialisée et suivis régulièrement par une équipe pour leur prise en charge. Quatre ans plus tard un bilan est fait par les professionnels directement en contact avec l'enfant sur la notion de retard staturo-pondéral, psychomoteur, de langage.

Leurs conclusions mettent en évidence que le devenir global de ces jeunes dépend de leur maintien à domicile et d'une thérapie intensive. Il met en lumière que le devenir global des familles n'est pas prévisible.

Aucun facteur prédictif ne permet de dire pourquoi certains se restructurent et pas d'autres.
(21)(22)

Cependant une étude américaine va démontrer exactement le contraire (23)
Cette étude a comparé deux populations prises en charge par les services sociaux : le premier groupe concerne des enfants placés pendant 6 ans et le deuxième groupe des enfants placés puis restitués à leur famille. La population est représentée par des enfants placés entre mai 90 et octobre 91 (suite à des maltraitances par sévices corporels, carence de soins, abus sexuel). Ils ont alors entre 7 et 12 ans.

75 % des enfants sélectionnés au départ sont revus à 6 ans soit 149 enfants et sont interrogés. Ils ont entre 13 et 17 ans.

42,3% ont été restitués à leur famille pour 57,7% encore placés.

Les conclusions : Les enfants restitués ont plus de problèmes :

Il y a plus de notion de TS, de problèmes de drogue, de problèmes scolaires.

Par exemple : 49,2% des enfants restitués ont eu des problèmes avec la justice (arrestations, amendes) pour 30,2% pour l'autre catégorie.

20,6% ont quitté l'école pour 9,4% des enfants en FA avec des notes plus mauvaises dans la première catégorie

56,6% sont considérés comme ayant des troubles du comportement pour 53% des enfants en FA.

Les chiffres montrent donc dans ce cas les bienfaits des placements et ceci malgré le fait que les enfants restitués ont vécu dans 4,7 FA en moyenne en 6 ans pour 8 dans le deuxième groupe.

-Certaines études mettent uniquement en valeur la nécessité d'une prise en charge sans détailler celle-ci:

.Deux études vont montrer indirectement les bienfaits d'une prise en charge rapide et adaptée ainsi que d'un appui juridique. (24)(25).

La première est réalisée sur 206 enfants se présentant devant la cour d'appel de Boston dans le cadre d'une maltraitance grave .Un suivi est réalisé sur 7,5 ans.

Le délai pour obtenir une famille d'accueil aux États-Unis est de plus de deux ans après décision du juge et donc durant cette attente il existe un gros pourcentage de récurrence .A noter également qu'il faut plusieurs jugements avant que les enfants soient retirés de leur famille.

La deuxième étude réalisée sur 4 ans porte sur 200 cas de maltraitance bénéficiant d'une nouvelle loi américaine réduisant le temps de prise en charge et qui va donc réduire le taux de récurrence.

Ces recherches ne comparent pas deux populations dans la même unité de temps mais confirment la nécessité de soins rapides.

.Une autre étude cherche à mettre en valeur les bienfaits d'une prise en charge puisqu' elle compare le risque d'incarcération à l'adolescence dans deux populations d'enfants maltraités : ceux pris en charge et ceux ayant échappés aux services sociaux. (26)

Elle porte sur 159549 enfants d'âge scolaire maltraités après 1990.

Elle conclue qu'il y a moins de criminalité chez les enfants pris en charge que chez les autres enfants .Les enfants négligés ont plus de risque d'incarcération que ceux abusés physiquement ou sexuellement.

(Remarque déjà mentionnée dans un précédent article : 13)

-Une dernière catégorie d'étude va mettre en relation les enfants maltraités et la nécessité d'un soutien psychologique :

Dans toutes ces études, il n'y a pas de notion de suivi à long terme.

.Une étude est à la fois à visée pronostique et thérapeutique (27). Il s'agit de mettre en lumière la nécessité d'une prise en charge psychologique adaptée aux besoins des enfants maltraités.

343 enfants ont été référencés dans une clinique psychiatrique comme ayant des problèmes émotionnels et comportementaux.

Parmi ces enfants, 161 sont considérés comme ayant subi une maltraitance.

Un bilan est réalisé deux ans après :

Il faut noter que chez les enfants maltraités, il y a un arrêt plus précoce de la thérapie avant toute amélioration psychiatrique.

Pour les enfants ayant subi des maltraitements mais poursuivant un suivi psychiatrique, les résultats de la thérapie sont moins encourageants que pour les enfants sans passé de maltraitance.

Les conclusions des auteurs sont que les besoins des enfants maltraités sont particuliers et doivent donc être pris en charge de façon unique et à identifier.

.Une étude s'oriente plus particulièrement sur les besoins d'une prise en charge psychologique en fonction de la nature de la maltraitance et pour des enfants d'âge très différent de 2 à 17 ans. (28).

Elle montre que 56 % des enfants vont avoir recouru à un suivi psychologique au cours d'un placement et ceci d'autant plus s'il s'agit d'abus sexuel ou de maltraitance physique par rapport à une maltraitance par carence de soin.

.Cette dernière recherche met en lumière les bienfaits de la psychothérapie de groupe chez 13 femmes abusées sexuellement dans l'enfance. Parmi ces 13 femmes, 7 suivies de façon spécifique individuellement et en groupe obtiennent une meilleure stabilité psychologique que dans le deuxième groupe. (29)

-Une recherche isolée a cherché à mettre en relation la notion de maltraitance et d'agressivité en fonction de la nature du statut social.

Cette étude montre que le capital social (capital social est défini par le fait que l'environnement familial est investi dans la vie communautaire, participation à des associations...) ne favorise pas l'apparition d'une agressivité chez l'enfant maltraité alors que le support social notamment instrumental peut l'influencer.

Le support social peut être soit instrumental soit émotionnel. Il se caractérise par le fait de ne pas être seul.

Définitions :

Support instrumental : présence d'aides médicales, scolaires, aides matériel.

Support émotionnel : présence d'affection

Cette étude est intéressante car elle montre que le support social va avoir des effets positifs sur le développement de l'enfant.

Les thérapeutiques peuvent donc en tenir compte. (30)

4-2-4 Conclusions

Toutes ces études mettent en lumière un avenir plus sombre et plus tourmenté pour les enfants victimes de maltraitance.

Il est donc indispensable de continuer tous les efforts dans le sens de la prévention afin de limiter l'apparition de celle-ci.

Cependant, une étude met en avant l'apparition de maltraitance malgré la mise en œuvre d'un programme d'aide aux familles considérées comme à risque à la naissance (ceci a été déterminé par des grilles d'évaluation du risque) et l'échappement de certaines familles au programme car considérées comme non à risque. Il s'agit ici de la mise en place d'une prévention primaire. Un bilan est fait à 3 puis 6 ans. Les résultats montrent la faible valeur prédictive du dépistage. (31)

La prévention primaire comprend toutes les mesures qui peuvent se mettre en place avant tout symptôme anormal, avant même l'apparition de toute situation de fragilité ou de vulnérabilité. Cependant, il est possible ensuite de s'intéresser à la prévention secondaire qui renvoie au dépistage des situations à risque par observation attentive de l'enfant et de son comportement, des relations parent /enfants, et à la prévention tertiaire qui concerne les situations déjà dégradées.

La maltraitance pouvant de toute façon échapper à tout programme de prévention, c'est dans la prise en charge spécifique de ces enfants victimes de sévices qu'il faut également orienter tous nos efforts.

5-CONCLUSIONS

Notre étude est une étude longitudinale descriptive, rétrospective, possible sur un très petit nombre d'enfants puisque seulement 15 d'entre eux ont pu être retrouvés.

On remarque que ces enfants n'ont pas de problèmes médicaux en rapport avec cette maltraitance mais qu'ils ont des difficultés à établir des projets de vie stables avec des troubles d'acquisition de connaissance et de concentration.

Certains restent très dépendants des structures sociales.

Ils ont des problèmes d'engagement. Les enfants placés depuis le début du signalement sont attachés à leur famille d'accueil et cherchent à y trouver leur place.

Les familles semblent dans une grande majorité des cas déchirées, sans cohésion. Le noyau familial de départ est rarement conservé et même les enfants vivant au sein de leur famille d'origine présentent un père ou une mère absent.

Les relations avec la famille d'origine sont souvent catastrophiques :

- .30,8% sont encore placés en 2002,

- .23 % n'ont aucune relation avec leurs parents d'origine

- .46,1 % ont des relations rares ou conflictuelles avec un ou les deux parents d'origine.

Les évaluations à long terme ont un intérêt pour connaître, comme dans toute pathologie médicale, les effets des structures mises en place et l'évolution de la « maladie ». Cependant, ces études sont rares et souvent américaines (système sociale et judiciaire différents, cultures différentes). Elles sont longues et difficiles.

Il faudrait à présent savoir ce que deviennent à l'âge adulte ces enfants maltraités.

Une fois que tous les efforts possibles ont été mis en œuvre pour prévenir cette maltraitance et que malgré tout celle-ci apparaît, il faut aider ces enfants et ces familles.

Les études nous montrent un avenir souvent sombre pour ces enfants et donc la nécessité d'un traitement rapide et adapté.

Mais quelle va être la meilleure thérapeutique ? Rien à présent ne nous permet de le dire.

En Belgique, il existe un dispositif de prise en charge des enfants maltraités qui se nomme « S.O.S Enfants- Familles ».

Cette organisation nationale est originale car son mode d'intervention va être beaucoup plus souvent basé sur l'écoute et l'observation que la répression afin de permettre une meilleure restructuration de la famille.

Le but est d'entourer l'enfant mais aussi sa famille. Elle se base sur le fait que chaque famille ou individu, enfant ou adulte, peut traverser des périodes de vulnérabilité difficiles à gérer. Les décisions sont prises par une équipe réunissant des médecins, des psychologues, des éducateurs, des travailleurs sociaux. Elles sont soumises aux familles tout en respectant la protection de l'enfant. Cependant, dans les cas où l'enfant est en véritable danger, il est signalé au tribunal. (32)

Ces familles maltraitantes sont confrontées à des réactions réparatrices plus que répressives.

Les difficultés de ce travail résident dans le fait que les familles étudiées sont souvent instables et le suivi s'en trouve parfois chaotique.

Les services de prise en charge peuvent alors se multiplier et les enfants nous échapper : 11 enfants (dont un décédé 4 mois avant le bilan) n'ont pu être retrouvés.

Certains sont adoptés, d'autres semblaient avoir retrouvés une situation familiale stable, mais d'autres encore sont restés introuvables alors que les situations de départ paraissaient très incertaines.

Après un retour dans une famille « stable » (famille d'origine ou famille d'adoption), comment vivent actuellement ces enfants maltraités il y a plus de 10 ans ?

Nous n'avons aujourd'hui aucun moyen de connaître leur devenir.

Actuellement, il est souhaitable, dans le cadre de l'observatoire de la maltraitance qui va être mis en place sur le plan national, de présenter des grilles d'évaluation identiques pour chaque enfant maltraité afin de mieux suivre son évolution et sa prise en charge.

Une fiche individuelle de recueil de données pour l'entrée dans l'observation d'un enfant en danger va bientôt être obligatoirement remplie pour chaque enfant maltraité. (Voir annexe 2)

Cette fiche ne met en évidence que la situation de départ mais elle permettra un meilleur suivi des situations et des enfants puisqu'il s'agit d'une organisation nationale.

Cette recherche m'a permis dans mon travail de médecin généraliste de me sensibiliser au problème de la maltraitance et de me démontrer la nécessité d'une prévention que chaque médecin quel qu'il soit, doit mettre en œuvre.

Elle m'a donné l'occasion de me mettre en relation avec différents intervenants évoluant dans des domaines variés avec lesquels il est indispensable de travailler en étroite collaboration.

C'est un dispositif multidisciplinaire travaillant en parfaite harmonie qui pourra aider au mieux ces enfants et ces familles.

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

1-SITUATION AVANT ET AU MOMENT DU SIGNALEMENT

A- L'ENFANT

ATCD médicaux

Maladies particulières non liées aux mauvais traitements.

Pathologies en rapport avec la maltraitance.

Retard staturo-pondéral.

Développement psychomoteur.

Scolarité éventuelle

Etat psychologique

Comportement, relationnel

Alimentation

Sommeil

Signes de dépression (ts, fugues)

Suivi médical et paramédical

B- LA FAMILLE D'ORIGINE

Milieu social

Milieu professionnel

Le père

La mère

Situation géographique et logement

Relations avec la famille proche

État de santé physique, psychologique :

Du père

De la mère

Histoire des parents: structure familiale, placements éventuels

Age des parents

Le couple, leurs relations

C- LA FRATRIE

Structure

Signalements préexistants

Etat de santé des enfants

C- LE SIGNALEMENT

Motif du signalement (maltraitance ou enfant en risque)

Date

Age de l'enfant

Nature des lésions

Aides ayant été mises en place avant le signalement

Type de signalement

Auteur(s) des sévices

Auteur du signalement

D- MESURES PRISES À LA SUITE DU SIGNALEMENT

Type de mesure

Organismes

Placements?

..Y a t il eu d'autres mesures prises avant placement ?

..Nature du placement (institution, adoption, famille d'accueil)

Autres mesures

Réaction de la famille d'origine

Famille d'accueil éventuelle

Mesures prises envers la fratrie

Suivi médico-psychologique?

Suivi judiciaire ?

2- EVOLUTION DES MESURES PRISES

A- PLACEMENTS? AEMO?

Dates des différents changements
Avec la nature de ces changements
Et les raisons de ces changements

B- SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Périodes de prise en charge
Organisme(s) et Origine des consultations

C- SUIVI MEDICAL

Lieu de la prise en charge
Raison de cette prise en charge
Périodes de prise en charge

Hospitalisations éventuelles et raisons de ces hospitalisations (y a t il un rapport avec le signalement ?)

D- SUIVI JURIDIQUE

E- LES ETAPES SCOLAIRES

F- LES ETAPES DE L' EVOLUTION FAMILIALE

Les parents

La fratrie

G- EVOLUTION ET FAMILLE D'ACCUEIL (si placement)

3- BILAN DEBUT 2002

A- L'ENFANT

Nature du suivi éventuel, organisme
Age lors du bilan
Evolution scolaire ou professionnel, projets
Loisirs
Création d'une famille ? Relation avec le conjoint? Avec les enfants ?
Problèmes médicaux
 En relation avec les mauvais traitements

Sans relation avec les mauvais traitements
Suivi psychologique
Nature des troubles
Traitements en place
Personnalité
Relations avec la justice, délinquance ?
Relations avec la ou les familles d'accueil
Relations avec ses parents d'origine, grands parents
Relations avec la fratrie

B- LA FAMILLE D'ORIGINE

Situation familiale, relations entre le père et la mère
Situation medico-psychologique
Situation professionnelle
Relations avec famille d'accueil

C- LA FRATRIE

Age(s)
Placements ou autre prise en charge
Relations de l'enfant avec ses frères et soeurs

D- LA ou LES FAMILLE(S) D'ACCUEIL EVENTUELLE(S)

Relations de l'enfant avec la famille d'accueil
Les adultes
Les autres enfants de la famille
Est il toujours placé. Si non ? Entretien t-il toujours des relations avec la famille d'accueil?

E- FOYER

L'enfant est il en foyer?
Quelle est sa place?

ANNEXE 2 :

FICHE INDIVIDUELLE DE RECUEIL DE DONNEES POUR L'ENTREE DANS L'OBSERVATION D'UN ENFANT EN DANGER		
Date du signalement : _____	Commune de résidence principale de l'enfant : _____	N° d'identification de l'enfant : _____ (à ne pas remplir, renseigné par la cellule d'exploitation)
Nom et Prénom de l'enfant : _____		Origine de l'information : ☐ -1 - Services sociaux du département ☐ -2 - Autres services sociaux, associations ☐ -3 - Education nationale, établissements privés ou relevant de la CDES ☐ -4 - Autres professionnels (hôpital, police, mairie etc.) Circuit de l'information : ☐ -1 - Arrivée à la Justice ☐ -2 - Arrivée au Conseil général
à ne pas remplir, renseigné par la cellule d'exploitation		
Données générales concernant l'enfant		
2 Sexe : ☐ - Masculin ☐ - Féminin 3 Date de naissance : _____ jour mois année 4 Lieu de naissance : _____ 5 Nombre d'enfants dans la fratrie : _____ (ensemble des enfants vivant dans le même foyer, quel que soit leur lien de parenté)	6 Situation familiale : ☐ 1 - Avec ses deux parents ☐ 2 - Avec sa mère seule ☐ 3 - Avec son père seul ☐ 4 - Avec sa mère dans une famille recomposée ☐ 5 - Avec son père dans une famille recomposée ☐ 6 - Avec un autre membre de sa famille (grand-parent, oncle, tante...) ☐ 7 - En famille d'accueil ☐ 8 - En établissement ☐ 9 - Chez un tiers digne de confiance ☐ 10 - Autre : _____ (Ex : lieu de vie) 7 L'enfant a-t-il des liens avec ses 2 parents : ☐ 1 - Réguliers ☐ 2 - Occasionnels ☐ 3 - Non	
Situation par rapport à l'emploi des adultes avec lesquels vit l'enfant :		
8 Père Beau-père Autre : _____ ☐ 1 - Actif profession : _____ ☐ 2 - Inactif situation : _____ à ne pas remplir, renseigné par la cellule d'exploitation	9 Mère Belle-mère Autre : _____ ☐ 1 - Actif profession : _____ ☐ 2 - Inactif situation : _____ à ne pas remplir, renseigné par la cellule d'exploitation	
10 En cas de séparation, situation de l'autre parent ☐ 1 - Actif profession : _____ ☐ 2 - Inactif situation : _____ à ne pas remplir, renseigné par la cellule d'exploitation		
11 Existence d'un signalement ou information motivée antérieur(e) concernant l'enfant : (administratif ou judiciaire) ☐ 1 - Oui ☐ 2 - Non ☐ 3 - Ne sait pas	12 Existence d'un signalement ou information motivée antérieur(e) d'un autre (d'autres) enfant(s) dans la fratrie : ☐ 1 - Oui ☐ 2 - Non ☐ 3 - Ne sait pas	

ANNEXE 2 (SUITE) :

Données concernant l'évaluation																																					
13 Elément ayant déclenché le signalement : ☐ 1 - Information concernant un enfant non connu ☐ 2 - Elément nouveau dans la vie d'un enfant suivi : a - Difficultés de coopération entre les professionnels et la famille (ou l'enfant) b - Aide insuffisante ou mal adaptée c - Mauvais traitements d - Autres : _____	14 Principaux facteurs de danger dans la famille : <i>(Jusqu'à 3 choix possibles)</i> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 - Conflit de couple</td> <td>☐ 6 - Dépendance, alcoolisme, toxicomanie</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 - Séparation, divorce, litige de garde</td> <td>☐ 7 - Problèmes psychopathologiques ou psychiatriques des parents</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 - Changement professionnel, chômage, précarité</td> <td>☐ 8 - Maladie, handicap, décès d'un parent</td> </tr> <tr> <td>☐ 4 - Difficultés financières</td> <td>☐ 9 - Errance, marginalité</td> </tr> <tr> <td>☐ 5 - Carences éducatives des parents, absence de repères, immaturité</td> <td>☐ 10 - Environnement, habitat</td> </tr> <tr> <td colspan="2">☐ 11 - Autres : _____</td> </tr> </table>	☐ 1 - Conflit de couple	☐ 6 - Dépendance, alcoolisme, toxicomanie	☐ 2 - Séparation, divorce, litige de garde	☐ 7 - Problèmes psychopathologiques ou psychiatriques des parents	☐ 3 - Changement professionnel, chômage, précarité	☐ 8 - Maladie, handicap, décès d'un parent	☐ 4 - Difficultés financières	☐ 9 - Errance, marginalité	☐ 5 - Carences éducatives des parents, absence de repères, immaturité	☐ 10 - Environnement, habitat	☐ 11 - Autres : _____																									
☐ 1 - Conflit de couple	☐ 6 - Dépendance, alcoolisme, toxicomanie																																				
☐ 2 - Séparation, divorce, litige de garde	☐ 7 - Problèmes psychopathologiques ou psychiatriques des parents																																				
☐ 3 - Changement professionnel, chômage, précarité	☐ 8 - Maladie, handicap, décès d'un parent																																				
☐ 4 - Difficultés financières	☐ 9 - Errance, marginalité																																				
☐ 5 - Carences éducatives des parents, absence de repères, immaturité	☐ 10 - Environnement, habitat																																				
☐ 11 - Autres : _____																																					
15 Il s'agit d'un : voir définition) ou ☐ 2 - Enfant maltraité (voir définition)																																					
Champ du risque : <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Principal</th> <th style="text-align: left;">Secondaire</th> </tr> <tr> <td>☐ 1 - Education</td> <td>☐ 1 - Education</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 - Entretien</td> <td>☐ 2 - Entretien</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 - Moralité</td> <td>☐ 3 - Moralité</td> </tr> <tr> <td>☐ 4 - Santé physique</td> <td>☐ 4 - Santé physique</td> </tr> <tr> <td>☐ 5 - Santé psychologique</td> <td>☐ 5 - Santé psychologique</td> </tr> <tr> <td>☐ 6 - Sécurité</td> <td>☐ 6 - Sécurité</td> </tr> </table> 16 Personne(s) à la source du risque : <i>(Jusqu'à 2 choix possibles)</i> ☐ 1 - L'enfant lui-même par ses conduites ☐ 2 - Famille de l'enfant ☐ 3 - Environnement extra-familial ☐ 4 - Institution en charge de l'enfant	Principal	Secondaire	☐ 1 - Education	☐ 1 - Education	☐ 2 - Entretien	☐ 2 - Entretien	☐ 3 - Moralité	☐ 3 - Moralité	☐ 4 - Santé physique	☐ 4 - Santé physique	☐ 5 - Santé psychologique	☐ 5 - Santé psychologique	☐ 6 - Sécurité	☐ 6 - Sécurité	Type de mauvais traitement : <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Principal</th> <th style="text-align: left;">Secondaire</th> </tr> <tr> <td>☐ 1 - Violence physique</td> <td>☐ 1 - Violence physique</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 - Violence sexuelle</td> <td>☐ 2 - Abus</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 - Violence psychologique</td> <td>☐ 3 - Violence psychologique</td> </tr> <tr> <td>☐ 4 - Négligence lourde</td> <td>☐ 4 - Négligence lourde</td> </tr> </table> 17 Auteurs principaux présumés : <i>(Jusqu'à 2 choix possibles)</i> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 - Père</td> <td>☐ 7 - Ami de la famille, voisin, proche</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 - Mère</td> <td>☐ 8 - Ami de l'enfant, autre mineur</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 - Beau-père</td> <td>☐ 9 - Professionnel d'une institution, institution elle-même</td> </tr> <tr> <td>☐ 4 - Belle-mère</td> <td>☐ 10 - Personne inconnue, non identifiée</td> </tr> <tr> <td>☐ 5 - Fratrie</td> <td>☐ 11 - Autre : _____</td> </tr> <tr> <td>☐ 6 - Famille élargie</td> <td>☐ 12 - Ne sait pas</td> </tr> </table>	Principal	Secondaire	☐ 1 - Violence physique	☐ 1 - Violence physique	☐ 2 - Violence sexuelle	☐ 2 - Abus	☐ 3 - Violence psychologique	☐ 3 - Violence psychologique	☐ 4 - Négligence lourde	☐ 4 - Négligence lourde	☐ 1 - Père	☐ 7 - Ami de la famille, voisin, proche	☐ 2 - Mère	☐ 8 - Ami de l'enfant, autre mineur	☐ 3 - Beau-père	☐ 9 - Professionnel d'une institution, institution elle-même	☐ 4 - Belle-mère	☐ 10 - Personne inconnue, non identifiée	☐ 5 - Fratrie	☐ 11 - Autre : _____	☐ 6 - Famille élargie	☐ 12 - Ne sait pas
Principal	Secondaire																																				
☐ 1 - Education	☐ 1 - Education																																				
☐ 2 - Entretien	☐ 2 - Entretien																																				
☐ 3 - Moralité	☐ 3 - Moralité																																				
☐ 4 - Santé physique	☐ 4 - Santé physique																																				
☐ 5 - Santé psychologique	☐ 5 - Santé psychologique																																				
☐ 6 - Sécurité	☐ 6 - Sécurité																																				
Principal	Secondaire																																				
☐ 1 - Violence physique	☐ 1 - Violence physique																																				
☐ 2 - Violence sexuelle	☐ 2 - Abus																																				
☐ 3 - Violence psychologique	☐ 3 - Violence psychologique																																				
☐ 4 - Négligence lourde	☐ 4 - Négligence lourde																																				
☐ 1 - Père	☐ 7 - Ami de la famille, voisin, proche																																				
☐ 2 - Mère	☐ 8 - Ami de l'enfant, autre mineur																																				
☐ 3 - Beau-père	☐ 9 - Professionnel d'une institution, institution elle-même																																				
☐ 4 - Belle-mère	☐ 10 - Personne inconnue, non identifiée																																				
☐ 5 - Fratrie	☐ 11 - Autre : _____																																				
☐ 6 - Famille élargie	☐ 12 - Ne sait pas																																				
18 Décision prise au terme de l'évaluation : <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ 1 - Evaluation sans suite existant <i>(le cas n'est donc pas comptabilisé au titre d'un signalement)</i></td> <td>☐ 2 - Mise en place d'un suivi social ou renforcement du suivi</td> </tr> <tr> <td>☐ 3 - Traitement administratif</td> <td>☐ 4 - Transmission au procureur (saisine judiciaire)</td> </tr> </table>		☐ 1 - Evaluation sans suite existant <i>(le cas n'est donc pas comptabilisé au titre d'un signalement)</i>	☐ 2 - Mise en place d'un suivi social ou renforcement du suivi	☐ 3 - Traitement administratif	☐ 4 - Transmission au procureur (saisine judiciaire)																																
☐ 1 - Evaluation sans suite existant <i>(le cas n'est donc pas comptabilisé au titre d'un signalement)</i>	☐ 2 - Mise en place d'un suivi social ou renforcement du suivi																																				
☐ 3 - Traitement administratif	☐ 4 - Transmission au procureur (saisine judiciaire)																																				
Données relatives au signalement 19 S'il s'agit d'une mesure administrative contractuelle : ☐ 1 - Accueil provisoire en famille d'accueil ☐ 2 - Accueil provisoire en établissement ☐ 3 - Accueil mère-enfant ☐ 4 - Aide financière ☐ 5 - AED (AEMO administrative) ☐ 6 - Travailleuse familiale à titre éducatif ☐ 7 - Bilan familial approfondi ☐ 8 - Autre : _____	20 Si le signalement a été transmis à la justice : ☐ 1 - OPP en urgence ☐ 2 - Saisine du juge des enfants ☐ 3 - Saisine du juge des tutelles ☐ 4 - Saisine du SEAT Enquête : ☐ 5 - Police ☐ 6 - Gendarmerie ☐ 7 - Autre : _____ ☐ 8 - Information auprès du juge aux affaires familiales ☐ 9 - Dessaisissement auprès d'un autre parquet ☐ 10 - Classement sans suite avec information à l'ASE ☐ 11 - Autre : _____ ☐ 12 - En attente de réponse																																				

LEXIQUE

SEGPA : Section Educative Générale Professionnelle Adaptée

ASE :Aide Sociale à l'Enfance

TS : Tentative de Suicide

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

OMO : Observation en Milieu Ouvert

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

FA : Familles d'Accueil

FO : Famille d'Origine

BIBLIOGRAPHIE

1 : NAOUR-SAVINA V :

Prévention et prise en charge de la maltraitance
Enquête sur le devenir à court terme d'enfants signalés
Thèse de 1995

2:MIGNOT (C), MANCIAUX (M) :

Evaluation à long terme : le devenir des enfants maltraités
Chapitre 19, Pages 565 à 583

3:MARTIN(H.P),BEEZLEY(P),CONWAY(E.F)

“The development of abused children”

Adv. Pédiatr.,1974,21,Pages 25-73

4:KINARD (EM)

methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children
Child Abuse Negl 1994 Aug;18(8):645-56

5:MORSE (C.W), SAHLER (O.J.Z), FRIEDMAN (S.B)

“ three years follow-up study of abused and neglected children.”

Am J Dis Child 1970 ,120,Pages 439-446

6:SANGRUND(A),GAINES(R.W)GREEN(A.H)

Child abuse and mental retardation:a problem of cause and effect

Am J Ment Defic,1972,79,Pages 327-380

7:HORWITZ (A.V.) ,WIDOM (C.S.),LAUGHLIN (M.C),WHITE (H.R)

The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health : a prospective study

J Health soc Behav 2001 Jun ; 42(2) : 184-201

8:LANDSFORD (J.E),DOGGE (K.A.),PETTIT (G.S.),

BATES (J.E.),CROZIER(J.),KAPLOW (J.)

A 12-year prospective study of the long- term effects of early child physical maltreatment on psychological , behavioral, and academic problems in adolescence

Arch pediatr adolesc med 2002 aug ; 156(8) :824-30

9:BROWN (J),COHEN(P),JOHNSON (JG),SMAILES (EM)

College of Physicians and Surgeons,columbia University,New York

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,1999 dec;38(12):1490-6

10:COHEN (P),BROWN (J),SMAILE (E)

Child abuse and neglect and development of mental disorders in the general population

Dev Psychopathol 2001 fall, 13(4):981-99

11:HIGGINS (DJ),McCABE (MP)

Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood.

Child Maltreat 2000 Aug ;5(3):261-72

12:MAXFIELD (MG),WIDOM (CS)

The cycle of violence .revisited 6 years later

Arch Pediatr Adolesc Med 1996 Apr;150(4):390-5

13:GROGAN-KAYLOR (A) ,OTIS (MD)

The effect of childhood maltreatment on adult criminality: a regression analysis

Child Maltreat. 2003 May ;8(2):129-37

14 : NEIMAN (N), MANCIAUX (M), DOHM (J.P)

Le devenir des enfants victimes de sévices

Rev. Pédiatr., 1975, 11, Pages 11-16

Etude du devenir à long ter

15: MIGNOT(C), STRAUS (P), DROUET (M)

Etude du devenir à long terme d'une cohorte d'enfants maltraités dans leur première enfance

Ministère de la justice, AFIREM, 1991

16:FERRIER (PE),SCHALLER (M),GIRARDET(I)

Abused children admitted to a pediatric in-patient service in switzerland:aten-year experienc and follow-up evaluation

Child Abuse Negl 1985;9("):373-81

17:MARTIN (JA) ,ELMER (E)

battered children grown up:a follow-up study of individuals severely maltreated as children.

Child Abuse Negl 1992;16(1):75-87

18:COURTNEY (ME),BARTH(RP)

pathways of older adolesvents out of foster care :implications independent living services.

Soc Work. 1996 Jan;41 (3):312

19: LEVY (HB), MARKOVIC (J), CHAUDHRY (U), AHART(S), TORRES (H)

Reabuse rates in a sample of children followed or 5 years aft discharge from a child abuse inpatient assessment program .

Child Abuse Negl 1995 Nov;19(11):1363-77

20 YATES(TM),DODDS(MF),SROUFE(LA),EGELAND (B)

Exposure to partner violence and child behavior problems:a prospective study controlling for child physical abuse and neglect ,child cognitive ability, socioeconomic status,nd life stress.

Dev Psychopathol. 2003 Winter;15(1):199-218

21:LYNCH(M)

The follow-up of abused children.A researcher's nightmare
in family violence,an International and Interdisciplinary
Study,butterworths,Toronto,1978,Pages 269-280

22:LYNCH(M),ROBERTS(J),

conséquences of Child abuse

Academic press,Londres,1982

23:HEATHER N.TAUSSING,ROBERT (B) CLYMAN,MD,LANDSVERK(J)

Children who return home from foster care : A 6-year prospective study of behavioral health
outcomes in adolescence

Pediatrics vol.108 No 1 july 2001, p.e10

24:JELLINEK (MS),LITTLE (M),BENEDICT (K),MURPHY (JM),PAGANO

(M),POITRAST (F),QUINN(D)

Placement outcomes of 206 severely maltreated children in the Boston Juvenile Court system:a
7,5-year follow-up study

Child Abuse Negl. 1995 Sep;19(9):1051-64

25:BISHOP (SJ),MURPHY (JM),HICKS (R),QUINN (D),LEWIS (PJ),GRACE

(M),JELLINEK (MS)

what progress has been made in meeting the needs of seriously maltreated children ?The course
of 200 cases through the Boston Juvenile Court.

Child Abuse Negl. 2000 May;24(5):599-610

26:JONSON-REID (M),BARTH (RP)

from maltreatment report to juvenile incarceration:the role child welfare services.

Child Abuse Negl. 2000 Apr ;24(4):505-20

27:LAU (AS),WEISZ (JR)

Reported maltreatment among clinic-referred children:

Implications for presenting problems,treatment attrition,and long-term outcome

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,2003 Nov;42(11):1327-34

28:GARLAND (AF), LANDSVERK (JL), HOUGH (RL),ELLIS-MACLEOD (E)

Type of maltreatment as a predictor of mental health service for children in foster care

Child Abuse Negl. 1996 Aug;20(8):675-88

29:KESSLER(MR),WHITE (MB),NELSON (BS)

group treatments for women sexually abused as children: a review of the literature and
recommendations for future outcome research

Child Abuse Negl. 2003 Sep;27 (9):1045-61

30:SALUJA (G),KOTCH(J),LEE(LC)

Effects of child abuse and neglect:does social capital really matter?

Arch Pediatr Adolesc Med 2003 Jul;157(7):681-6

31: MARNEFFE (C),

Menace à la naissance:menace prévisible, menace évitable?

Enfance menacée, INSERM, Paris, 1992, 1,158-165

32 : HAESEVOETS (Y-H)

La souffrance des familles maltraitantes à l'épreuve de l'intervention

Vers une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale

Psychologue clinicien, coordinateur institutionnel de la protection et de l'aide à la jeunesse
courrier

NOM: HOSPITAL-BEZIER

PRENOM : AUDE

TITRE DE THESE :

LES ENFANTS MALTRAITES :
RECHERCHE SUR LE DEVENIR DE VINGT-SIX ENFANTS ONZE A QUINZE ANS
APRES LEUR SIGNALEMENT

RESUME :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive dont le but est de montrer à long terme le devenir médical, social et psychologique de vingt-six enfants signalés entre 1987 et 1991.

Ils ont tous été hospitalisés dans le service de pédiatrie de St Nazaire.

Ces enfants sont classés en trois catégories: les enfants victimes de sévices corporels, les enfants en carence de soins et les enfants en risque.

Le bilan est réalisé en 2002 soit onze à quinze ans après leur signalement.

Les différentes informations nécessaires au bilan ont été recueillies auprès des services sociaux, des structures judiciaires et hospitalières.

Dans un premier temps, nous exposons les situations de départ (situation familiales et les origines du signalement)

Dans un deuxième temps, nous présentons la situation en 2002 :

15 enfants ont été retrouvés et 11 échappent au bilan.

Cette étude met en avant les difficultés scolaires de ces enfants et leurs relations souvent conflictuelles ou inexistantes avec leurs familles d'origine.

Les études à long terme sur le devenir d'enfants maltraités sont rares car difficiles à mener.

MOTS-CLES :

Orientation scolaire, orientation professionnelle

Devenir médical

Devenir social

Devenir psychologique

Enfants maltraités par sévices corporels

Enfants en risque

Enfants maltraités par carence de soins

Etude descriptive, rétrospective

Famille d'origine

Famille d'accueil

Placement