

Université de Strasbourg
Faculté de médecine de Strasbourg

Année : 2021

N° : 20

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état
Mention : Médecine générale

PAR

SCHATZ Paul
Né le 12 septembre 1991 à Strasbourg

Enfance en danger : détection, prise en charge et devenir.
Etude monocentrique rétrospective 2015-2018
Service de Pédiatrie CH de Haguenau.

Président de thèse : Professeur Jean-Sébastien RAUL

Directeur de thèse : Docteur Didier EYER



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** : M. DENCKER Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILLA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.16 et 08.02.11)** : M. GOCHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1988) M. WANTZ Jean-Marc
- (1988-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANCEIX Jean-Louis

Chaire "Génétiq. humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Samirak
DOLLFUS Wilens

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétiq. clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe PU001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur / - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Ghislain PU001	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel PU003	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu PU003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent PU001	NRP0 NCS	• Pôle MRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLER Philippe PU004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Samirak PU005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BÄYDOLF Jean-Jacques PU005	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas PU007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie : hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M007 / PO218	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAULIEUX Nelly PU004	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuro-radiologie Interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECHEUR François PU003	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice PU002	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adulte ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles PU013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adulte
BERRY Guillaume PU174	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neurologie-Imagerie cardiovasculaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal PU014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric PU213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric PU007	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Otorhinologie
BONNEMAIN Laurent M009 / PO218	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONINOMI François PU017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan PU018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Optométrie / SMD - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOUREIN Pierre PU000	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile PU022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.03 Chirurgie générale

MC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRIANT-RODIER Catherine R003	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Main et Membre inférieur / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-DE LA MANN Suzette R017	NRP6 NCS	+ Pôle de Spécialités médicales Néphrologie / SAMU - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAN Vincent R017	NRP6 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAMPE Nébil R029	NRP6 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe R013 / R072	NRP6 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie Br / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne R028	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPOT Anne R030	NRP6 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETO - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre R041	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytogénétique pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe R044	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier R031	NRP6 NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard R048	NRP6 CS	+ Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAX Frédéric R001	RFP CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme R057	NRP6 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETO - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXIS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian R049	RFP CS	+ Pôle Tête et Cou - CETO - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe R059	RFP NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale - option gynécologie-obstétrique
DEMUNSH Pierrick R033	NRP6 NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WILTMANN Hélène R084	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
ERLINGER Mathieu R038	NRP6 NCS	+ Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha R089	NRP6 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie Br / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sylvie R078	NRP6 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFIKREMER Samira R090	NRP6 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire Institut de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie Hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FATOT François R025	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie digestive, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Erasmus R032	NRP6 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Mathieu R026	NRP6 NCS	+ Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie Transfusion Option : Hématologie
GA LIX Bernd R024	NCS	+ IMU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANG Mehdi R022	RFP CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie Aérienne/ventronnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David R063	NRP6 NCS	+ Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GHY Bernard R044	NRP6 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEDRO Yannick R030	NRP6 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe R088	NRP6 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard R066	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MR-MED) - Service de Médecine Interne et de Nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria R067	NRP6 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail, Travail
GOTTEMBERG Jacques-Eric R086	NRP6 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MR-MED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénom	CR*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAMÉDOUCHE Thierry M071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves M072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS JUM M114 / PG28	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre d'apostasie - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	46.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul M074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.01 Hématologie : Transfusion
HERSCH Edouard M075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - OTO - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERALE Anne M094	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
INER-HOROBETI Marie-Eve M188	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Gémécéau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît M078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANODIEF Nathalie M079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MREND) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence M201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges M081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau	63.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence M084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MREND) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain M085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel M189	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne- Sophie M087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M098 / M074	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuro-Imagerie/Oncologie - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre M173	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel M088	RP6 NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.02 Option : Oncologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence M202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes - Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé M090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo- faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent M092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Arine M062 / PG17	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LEMINOR Jean-Marc M180	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroanatomie, d'Imagerie Océano-cérébrale et interventionnelle Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc M1	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	62.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan M093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo- faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe M094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.03 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALDUF Gabriel M203	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie : Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel M204	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génétique Infectionnelle et cancer / IGMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry M205	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline M206	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie : Addictologie
Mme WATHÉLIN Carole M181	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sérologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique : Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUWELX Laurent P0103	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie, Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Pascal-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologie de Communication (option biologie)
MEDANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolém - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MCNAISSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOLLIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0110	RP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0110	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0111	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOEL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Michael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardiovasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHAMANI Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PALLARD Catherine P0188	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation : Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0218	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CS	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Dantologie (MRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pt RAIL Jean-Sébastien P0185	NRP0 CS	• Pôle de Toxicologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REMUND Jean-Marc P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pt RIZZI Roméo P0227	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et génées souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0228	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0208	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROLL Gérard P0229	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0142	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardiovasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0112	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULLEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre anilipsoon - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pièrre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie : Addictologie
SCHULTZ Philippe P0148	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBLIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pièrre	50.01 Rhumatologie
STEBB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pièrre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0100	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pièrre	49.01 Neurologie
VELLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VEYTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastroentérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVELLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0161	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pièrre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pièrre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CSp : Chef de service par intérim CSr : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'Unité fonctionnelle

RP : Pôle

RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultant hospitalier (pour suite des fonctions hospitalières sans chef de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable → 31.08.2017

(3)

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) → 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) → 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation:	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRF6 CS	• Pôle Sociétés médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HF	

M0135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CP*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Amaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Gratiela M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpitalierne • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0009		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancerologie ; Radiothérapie
Mme AYMÉ-DETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Maria M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyril M0081		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAMINI Jocelyn M0112		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancerologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0114		• Pôle d'Imagerie - UFR237 - Imagerie Pédiatrique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0116		• Pôle Tête et Cou-CETO - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DAL-YOUCÉF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Olivier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véronique M0131		• Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeirne	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie fonctionnelle - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FALSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0109		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Med	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0033		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0123		• Pôle de Spécialités médicales - Cothématologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0032		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génétique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PENCIN Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	48.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0440		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Beatrice M0441		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALX Thomas M0442		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LEORMAND Cedric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0445		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0142		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0446		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0393		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie théorique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGLET Laurent M0447		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ep. GUNTHER M0448	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0250		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICLAJE Aina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOLHRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENDREACH Emman M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF Alexandre M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PIRON Amélie M0264		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVDST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSWLEVIC Mariana M0268		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REX Nathalie M0265		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC • Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROQUE Patrick (f. A2) M0260		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie : transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0261		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna M0066		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEDECKER Sophie M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0262		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option Bactériologie -virologie (biologique)

9			
NOM et Prénom	CF*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M023		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 <u>Bactériologie-Virologie</u> ; Hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christèle M009		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRMED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Sindy M077		• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M002		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCG Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VILLAT Laurent M074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <u>Immunologie-Virologie</u> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M079		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Aliane ep. MARCANTONI M118		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M027		• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P036	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
--------------------	------	---	----	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KEISEL Nils		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe MIS / Faculté de Médecine	09	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Mélanie	M087	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72	Epidémiologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIEIL Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUELLOU Philippe	M0085	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HED Philippe	M0086	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0087	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CHAMSE Juliette	M0088	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr BREITWILLER-DUMAS Clara		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GROS-BERTHOU Anne	M0108	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pa	M0089	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Piggy	M0090	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SEBENSOUR Marie-Noëlle	M0091	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0092	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0093	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	+Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialiste et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MAYCHI Martin	+Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dr GERARD Bénédicte	+Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GOURTELX Bénédicte	+Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Santé / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	+Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Roberteau
Mme Dr LALLEMAN Lucie	+Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussoie (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	+Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	+Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction - CMCO de Schéligheim
Mme Dr MARTIN-HUNYADI Catherine	+Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Roberteau
Dr NISAND Gabriel	+Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Flora	+Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLI Olivier	Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	+Pôle Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDE OLISTEAU Cécile	+Pôle Locomas - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr RONGERES Catherine	+Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TOHMANKOV Dmitar	+Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr WEISS Anne	+Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL, Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1^{er} septembre 2019 au 31 août 2021)*
 - Mme GANON-GRILLAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2022)*
 - Mme STEFANYOK (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)*
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie digestive)
 - NISAND Isabel (Gynécologie-obstétrique)
 - FRIGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1^{er} septembre 2020 au 31 août 2023)*
 - BELLOCCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANON Jean-Marc (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc ONU-31 IRCAD (01.09.2000 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAMM Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.99
BARÉISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.18
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Généraliste) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Piérre (Médecine Interne) / 15.10.17	MATTE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Généraliste) / 01.09.16
BOEHM-BÜRGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGEN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMAYER Claude (Cardiologie) / 01.07.98	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARÉ Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEIN Claude (Pédo-psychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au Travail) / 01.09.19	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maudine (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUÉBISE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.18	PASQUAUX Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.05	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPREYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	RUMPFER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardiovasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.18	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophthalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.09.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Stefan (Radiothérapie) / 01.09.12
GRÖSSHANS Édouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie normale) / 01.09.06
GUY Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Généraliste) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
ITALI Marc (Médecine interne) / 01.09.99	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACGMN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAU TRAUERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VEITTE Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WELM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.95	WELK André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.98
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.95
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Généraliste) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC - Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67005 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.30 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.87

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)

- NHC - **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.89.55.07.08
- HC - **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP - **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Moléris - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.40.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Hermann - F - 67013 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elisau** : 15, rue Cronach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical - 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main - 10, avenue Baumann - B.P. 98 - F - 67403 Illkirch Grœnleiden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace - 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67005 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strausz" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Gémencou - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Gémencou - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QUELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

**A notre Président du Jury,
Monsieur le Professeur Jean-Sébastien RAUL**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération et de ma sincère gratitude.

**Aux membres du jury,
A Monsieur le Professeur Vincent LAUGEL**

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez pour ce sujet, en acceptant de juger mon travail.
Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François BECMEUR

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma profonde admiration et de mon respect.

A Madame le Docteur Nathalie BIOT

Je te remercie de toute l'énergie et du temps que tu m'as précieusement accordé.
Tu as permis par ta disponibilité et ton enthousiasme que ce travail soit complet.
Nos échanges ont participé à ouvrir le champ des possibles dans ma pratique de la médecine
générale.
Je te témoigne ici mon profond respect.

**A mon directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Didier EYER**

Tous mes remerciements les plus chaleureux pour m'avoir épaulé dans ce sujet de thèse qui correspondait grandement à mes aspirations. Dès l'ébauche de ce projet, tu as toujours fait preuve d'encouragements, de rigueur et de disponibilité malgré un emploi du temps parfois chargé. Merci pour ton soutien tout au long de ce travail et tes nombreuses relectures.
Je te fais part ici de ma plus grande reconnaissance et de mon respect.

A ceux qui ont participé de près ou de loin à mon travail. Le personnel du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Haguenau – cadre – secrétaires - personnel paramédical - le personnel du Service de Direction de l'Aide Sociale à l'Enfance.

A mes nombreux relecteurs et surtout ma chère Manon.

A ma mère. Tu as su transmettre, avec ta douceur et ton amour sans faille, les valeurs qui font de moi ce que je suis aujourd'hui. Aucun mot ne pourra définir ma gratitude. Tu es et resteras un exemple à suivre tout au long de ma vie.

A ma mamie. Symbole de gentillesse, de travail et du sens du sacrifice. Que notre grande famille soit si soudée n'est pas le fruit du hasard.

A ma précieuse et si tendre Julie, tu es maintenant pour moi une partenaire incontournable de ma vie. Merci de me rendre chaque jour plus heureux.

A ma fidèle fratrie, Philippe, Pierre, Lucas, Manon, sans oublier Yannes, plus que des frères et sœurs, vous êtes mes racines.

A ma poignée d'amis extraordinaires qui m'ont permis de me développer et de m'enrichir d'expériences humaines inoubliables pendant ces trente dernières années.

Au GDS : voisins de table un jour, collègues l'autre jour, devenus amis pour toujours.

Aux kneckes, mes fidèles co-internes de premier semestre toujours présents dans ma vie et je l'espère encore pour longtemps.

TABLE DES MATIERES

SERMENT D’HIPPOCRATE	14
REMERCIEMENTS	15
TABLE DES MATIERES	17
ABREVIATIONS	19
INTRODUCTION	21
I) L’enfance en danger : les généralités.	25
A. Les différents types de maltraitance.	25
1) Type de violences.	26
2) Nature de violences.	27
a) Violence physique	27
b) Violence sexuelle	28
c) Violence psychologique	28
d) Négligence	29
B. Les facteurs de risque	29
1) Liés à la grossesse, la naissance et à l’enfant	30
2) Liés aux parents et la famille	30
3) Liés à la situation socio – économique	31
C. Epidémiologie nationale.	31
II) Le système de protection de l’enfance.	35
A. Le point sur la législation	35
1) Concernant le médecin.	35
2) Au niveau national	38
3) Au niveau international	39
B. Les différents écrits possibles	40
1) L’information préoccupante	40
2) Le signalement	41
C. L’aide sociale à l’enfance	42
1) La cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP)	43
2) L’évaluation des situations préoccupantes	44
D. Les décisions suite à l’évaluation	45
E. Lieux d’accueil et de placement	47
III) Etude rétrospective du service de pédiatrie du CH Haguenau.	49
A. Introduction	49
B. Matériels et méthode	
C. Résultat.	50
1) Caractéristiques générales des enfants.	57
2) Facteurs de risques de l’enfance en danger.	58
a) Facteurs liés aux parents et la famille.	58
1. Antécédents médicaux et sociaux.	58
2. Environnement familial et âge de la mère.	58
b) Facteurs liés à la grossesse, la naissance et à l’enfant.	60
c) Facteurs liés à la situation socio-économique	60
3) Données médicales liées à l’hospitalisation.	61
a) Unité de service à l’origine des écrits	61
b) Motif de consultation	61

c) Examen clinique	63
d) Examen paraclinique	63
e) Consultations spécialisées.	64
4) Type de maltraitance	65
5) Caractéristiques générales des écrits et leurs conséquences.	66
a) Caractéristiques des écrits	66
b) Devenir initial de l'enfant	67
c) Mesures judiciaires et administratives mises en place.	67
D. Discussion	70
1) Les facteurs de risques	70
a) Facteurs liés aux parents et la famille.	70
1. Antécédents médicaux et sociaux.	70
2. Environnement familial et âge de la mère.	71
b) Facteurs liés à la grossesse, la naissance et l'enfant.	73
c) Facteurs liés à la situation socio-économique.	74
2) Caractéristiques générales des écrits	75
a) Nombre d'écrits	75
b) Répartition selon le sexe	75
c) Répartition selon l'âge	76
3) Données médicales liées à l'hospitalisation.	77
a) Unités à l'origine des écrits	77
b) Motif de consultation, examen clinique et paraclinique, et consultation spécialisée.	78
1. Les nouveau-nés et nourrissons.	78
2. Les petits et grands enfants (2 à 12ans)	79
3. Les préadolescents et adolescents (13 à 18 ans)	79
4) Type de maltraitance	81
5) Caractéristiques des écrits et leurs conséquences sur le devenir de l'enfant.	83
a) Caractéristiques générales des écrits	83
b) Devenir initial de l'enfant	84
c) Mesures et prestations mises en place suite à l'écrit.	84
1. Mesures judiciaires	85
2. Mesures administratives	86
3. Mesures pénales contre les agresseurs sexuels	87
CONCLUSION	89
ANNEXES	95
BIBLIOGRAPHIE	97

ABREVIATIONS

AED : Aide éducative à domicile

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert

AFASE : Aide Financière de l'Aide Sociale à l'Enfance

AVP : Accident de la voie publique

ASE : Aide sociale à l'enfance.

CASF : Code de l'action sociale et des familles.

CER : Centre Educatif Renforcé

CHH : Centre hospitalier de Haguenau.

CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant

CRP : C réactive protéine

CRIP : cellule départementale de recueil des informations préoccupantes

EEP : Etablissement éducatif et pédagogique

FAE : Foyer d'Action Educative

GIPED : Groupement d'intérêt public d'enfance en danger

HAS : Haute autorité de santé

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

INED : institut national d'étude démographique.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National pour la Santé et la Recherche Médicale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

JDE : Juge des enfants.

MAESF : Mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale

MECS : Maison d'enfance à caractère sociale

MJIE : Mesure judiciaire d'investigation éducative

NFS : Numération formule sanguine

ODAS : l'Observatoire de l'action sociale décentralisée.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONPE : Observatoire national de la protection de l'enfance

ONU : Organisation des nations unies.

OPP : Ordonnance de placement provisoire

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse.

PMI : Protection maternelle et infantile.

SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger.

SBS : Syndrome de bébé secoué.

SPE : Service de protection de l'enfance.

TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TISF : Technicienne d'intervention sociale et familiale

TSH : Thyroid-stimulating hormon

UTAMS : Unité territoriale d'action médico-sociale

INTRODUCTION

Que ce soit d'un point de vue médical, législatif ou socio-culturel, la maltraitance, et plus particulièrement la maltraitance infantile, constitue un important sujet d'actualité. C'est un véritable enjeu de santé publique complexe de par sa pluridisciplinarité, qui n'a été reconnu dans les textes officiels que très tardivement à l'échelle de son existence et de son histoire.

La fréquence et la gravité des conséquences de la maltraitance infantile allant des troubles du développement psychomoteur et affectif au décès(1), en fait un enjeu primordial de santé publique nationale et mondiale. Le calcul de la prévalence reste complexe à réaliser à l'échelle mondiale mais selon une étude publiée dans *The Lancet*, sur l'ensemble des enfants de moins de 15 ans des pays à « *haut niveau* » de vie, près de 10% seraient victimes au moins une fois de maltraitance dont seulement un dixième serait détecté(2).

La maltraitance de l'enfant a connu une évolution non linéaire à mettre en parallèle avec la place de l'enfant dans la société. L'enfant n'a pas toujours été au cœur des préoccupations familiales. Bien au contraire il était considéré comme un être inachevé, adulte en miniature soumis à l'autorité paternelle entière et totale, mais aussi un être fragile et victime de nombreuses maladies infantiles souvent mortelles(3). La christianisation a fait naître la notion « *d'enfant péché* » et a fait tendre l'éducation vers un dressage. Au XIXème siècle, c'est à l'école que revenait la fonction éducative dont le rôle était d'inculquer l'obéissance, la discipline et le respect. C'est durant ces dernières décennies que le regard sur l'enfant a beaucoup changé, le considérant comme un sujet à part entière possédant des compétences réelles d'un point de vue cognitif, social et affectif, et il devient un axe de référence de la famille contemporaine(4) ainsi qu'un enjeu marketing considérable pour l'économie.

Cette évolution des mœurs et des mentalités bonifiant la place de l'enfant a donné naissance à la notion de maltraitance infantile, dont le précurseur fut le médecin légiste français Ambroise Tardieu. Il fut le premier à s'intéresser aux enfants maltraités, et publia en 1860 un article intitulé « *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants* ». Le secteur médical ne s'est que

très faiblement intéressé au sujet jusqu'aux quarante dernières années qui a vu l'essor d'un intérêt tout particulier aux enfants maltraités avec comme dernières références nationales les recommandations de 2014 de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la maltraitance chez l'enfant, mise à jour en 2017(5).

Parallèlement, les termes et les définitions évoluent dans le temps et il faut attendre plus de 100 ans après la publication de l'œuvre d'Ambroise Tardieu pour voir apparaître pour la première fois la notion de maltraitance dans les textes de loi français du 9 juillet 1989 relatifs à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs(6) et au niveau international dans l'article 19 du 20 novembre 1989 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)(7) adoptée par 193 états de l'O.N.U dont la France. La maltraitance est définie par le Conseil de l'Europe en 1987 par « *Tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.* »(8). Cette définition au sens large regroupe l'ensemble des victimes maltraitées dans le monde et la réelle première définition de la maltraitance aux enfants est donnée par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) en 1999, « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »(9). En France, c'est la notion de « *danger* » et non de « *maltraitance* » qui fonde la base des principes de protection de l'enfance. Ainsi la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance, a introduit le terme d'enfant en risque de danger. Les définitions les plus utilisées sont celles établies par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) à savoir :

« - *Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.*

- *Enfant maltraité : qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.*

- Enfant en risque : 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(10). »

Les professionnels médicaux ne sont que très faiblement représentés parmi les lanceurs d'alerte. En effet les dernières données officielles du bulletin de l'ordre national des médecins de 2002(11) estiment à 5% la part de signalement émanant du secteur médical, et les statistiques plus récentes qui restent approximatives ne montrent qu'une faible augmentation. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène : le manque de formation des jeunes médecins, la non-connaissance du processus exact de transmission d'une information préoccupante objectivée dans une étude faite sur 21 médecins généralistes à Saint-Etienne dont aucun ne connaissait la procédure exacte(12), une non-confiance dans les services sociaux pour lesquels les médecins de la même étude ont tous exprimé un important découragement devant une procédure qu'ils estimaient inefficace. Il existe par ailleurs d'autres freins comme la crainte d'un signalement abusif, l'absence d'information en retour du signalement, l'appartenance à une même classe sociale, et les barrières psychologiques lorsque le médecin est proche de la famille avec déni d'une réalité trop dérangeante.(13)

Dans sa pratique quotidienne le médecin non sensibilisé doit répondre à plusieurs questions face à cette problématique. Quelles sont les différentes facettes de l'enfance en danger ? Comment reconnaître la maltraitance et ses facteurs de risque ? Quelle doit être l'attitude du médecin et avec quels outils gérer ces situations ? Quelles sont les solutions pour l'enfant et son devenir après la transmission d'une information préoccupante ?

Nous allons tenter d'y répondre dans cette thèse de doctorat. Dans un premier temps nous allons rappeler les différents types de maltraitance et ses facteurs de risques, avant de se pencher sur l'épidémiologie de l'enfance en danger au niveau national, régional et local.

Dans un second temps nous présenterons le système de protection de l'enfance actuel, avec premièrement un détail des lois juridiques sur lesquelles se base ce système, suivi d'une explication des rouages de la transmission d'informations préoccupantes dans le Bas-Rhin, pour terminer sur l'exposition des différents types de mesures administratives et judiciaires dont peut bénéficier l'enfant.

Enfin, la troisième et dernière partie sera une étude rétrospective de 39 cas de transmissions d'informations préoccupantes ou de signalements émanants du service de pédiatrie du CH de Haguenau sur une période de quatre ans du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2018. L'objectif principal de cette thèse est d'analyser les motifs de consultation des enfants maltraités, de repérer les facteurs de risques de maltraitance et d'étudier le devenir de l'enfant en fonction des mesures mises en place par le service de protection de l'enfance. Par ailleurs, l'objectif secondaire sera d'étudier ces résultats en les comparant avec les données nationales et d'en expliquer les différences.

La finalité de ce travail est de permettre une meilleure connaissance par les professionnels médicaux de ce problème majeur de santé publique, largement sous-estimé, en informant sur les signes avant-coureurs pouvant faire suspecter une maltraitance ; ainsi que de préciser le cheminement de la prise en charge de l'enfant à partir de la transmission de l'information préoccupante jusqu'à ses conséquences directes sur l'enfant. Tout ceci dans l'optique de sensibiliser les médecins surtout libéraux sur ce sujet encore trop méconnu et redouté.

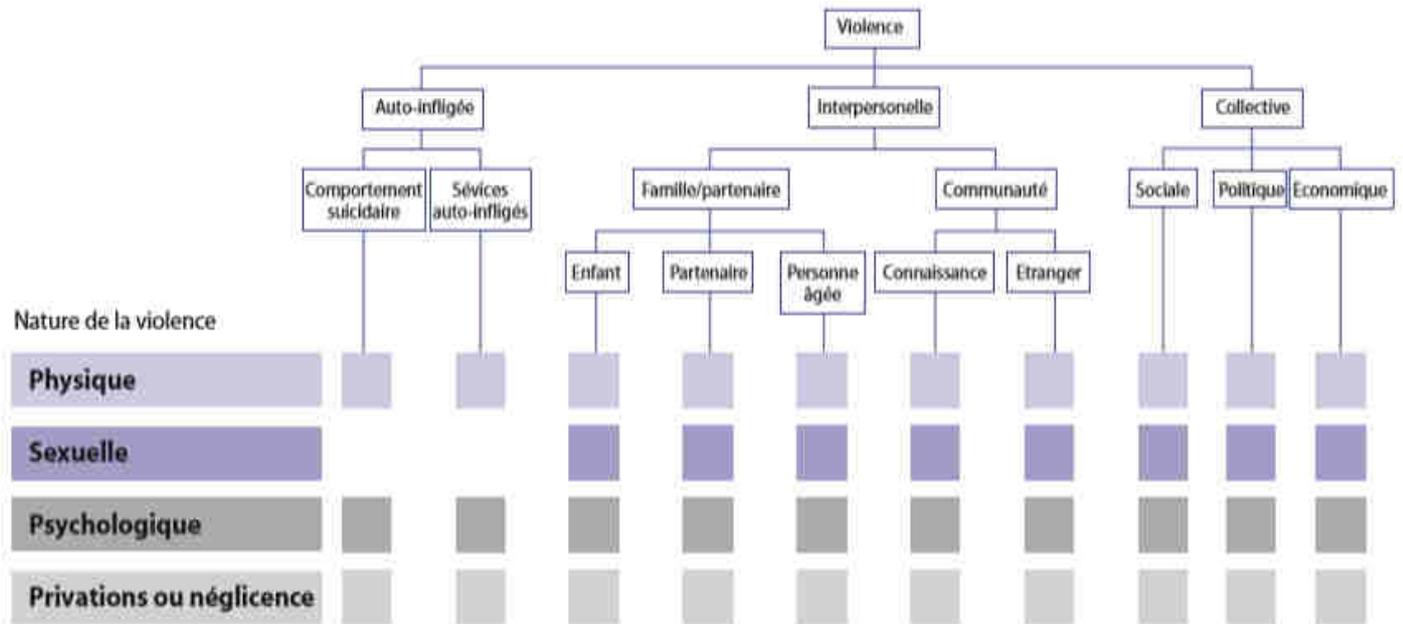
I) L'Enfance en danger : Les Généralités

A) Typologie de la maltraitance

Ce concept d'enfance en danger est complexe à comprendre et à traiter compte tenu de la grande variété des agresseurs que peuvent être les parents ou d'autres membres de la famille, les personnes qui s'en occupent, des amis, des connaissances, des étrangers, des personnes qui occupent un poste à responsabilité tels qu'enseignants, soldats, officiers de police ou membres du clergé, des employeurs, des travailleurs de la santé, d'autres enfants. La répartition du nombre d'agresseurs qui varie lui aussi en fonction des pays ou des cultures où par exemple dans certains pays les écoles et autres institutions infligent également une grande part de châtements corporels sous la forme de tapes, de coups de poing, de pied et de raclées(9). De plus il existe une variété de mauvais traitements infligés aux enfants dont les coups et blessures ne sont qu'une partie immergée de l'iceberg. Dans ces cas-là, l'enfant subit le danger mais il peut aussi en être l'auteur dans les situations de fugues ou de délinquances.

Pour mieux comprendre et étudier la violence l'OMS classifie (figure 1) , dans son rapport mondial sur la violence et la santé de Genève de 2002, les mauvais traitements infligés en plusieurs types et natures(14).

Figure 1 : Typologie de la violence selon l’OMS.



1) Les types de violence

Il existe trois types de violence qui permettent de distinguer les différents acteurs des mauvais traitements infligés :

- La violence « *auto-infligée* » qui comprend d’une part les comportements suicidaires tels que les pensées suicidaires, les tentatives de suicide ou les suicides réussis, et d’autre part les actes d’automutilation.
- La violence « *interpersonnelle* » qui se subdivise en violence familiale et en violence communautaire. Cette dernière ayant lieu à l’extérieur du foyer entre des personnes non apparentées et qui peuvent ne pas se connaître.
- Enfin la violence collective qui se divise en violence économique, sociale et politique. Mais ce type de violence est difficile à analyser à l’échelle d’un service de pédiatrie d’un hôpital. Nous ne l’aborderons pas dans notre travail.

2) La nature de la violence

a) La violence physique

On définit par violence physique ou sévices physiques exercés contre un enfant « *l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer.* »(9)

Ces atteintes traumatiques concernent des enfants de moins de 3 ans dans presque 80% des cas.

Il existe différents types de lésions dont les plus fréquentes sont les lésions tégumentaires dans près de 40 à 50% des cas (brûlures, ecchymoses, hématomes) ou squelettiques dans 30 à 40% des cas.(15)

Devant ce type de lésion, on évoquera une violence physique lors :

- D'un mécanisme particulier : par exemple, une plaie linéaire au niveau des poignets faisant suspecter une contention par des liens.
- De la présence de lésions d'âges différents : par exemple la coexistence d'ecchymoses multiples de couleurs différentes donc d'âges différents.
- Du siège de la lésion : par exemple des fractures de l'arc postérieur de côtes chez un nourrisson de moins de 2 ans.
- De la forme de la lésion : par exemple des ecchymoses évoquant des traces de doigt ou des brûlures arrondies de cigarettes. (16)

Ces sévices sont le plus souvent exercés à la maison dans l'intention de punir. Les stigmates résultants de cette violence sont caractérisés dans un syndrome communément appelé « syndrome de l'enfant battu » décrit par les Dr KEMPE et SILVERMANN en 1962.(17)

Il existe, outre le syndrome de l'enfant battu, d'autres situations connues et typiques de maltraitance comme le syndrome du bébé secoué qui est la cause la plus fréquente des traumatismes crâniens graves des enfants de moins de 1 an (Ou Shaken Baby Syndrome = (SBS). Il constitue une problématique spécifique au sein de la maltraitance d'enfant. Il est défini par l'association chez un nourrisson de moins de 2 ans (avec une moyenne d'âge entre 3 et 6 mois) d'hémorragie péri cérébrale, de saignement oculaire, et parfois de lésions fracturaires des membres, sans signe extérieur de violence.(15)

b) La violence sexuelle

On entend par violence sexuelle la « *participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société* ». (18) Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime. Cette maltraitance peut prendre différentes formes : viol, inceste, attouchements sexuels, pornographie, incitation à la prostitution, exhibition sexuelle.

c) La violence psychologique

La violence psychologique est à la fois le résultat d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Les actes de cette catégorie risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel,

moral ou social.(9) Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, le dénigrement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants ou intimidants, effrayants, discriminatoires ou humiliants, le rejet et d'autres formes non physiques ou de traitement hostile.

d) La négligence

La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité. Les parents d'enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres puisqu'elle peut aussi survenir dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables. Ils peuvent tout aussi bien avoir un niveau de vie aisé.

B) Les Facteurs de risques

Il n'y a pas de « profil type » d'enfants maltraités ou de parents maltraitants. C'est l'association de plusieurs éléments que le médecin doit savoir reconnaître et qui lui permettra de soupçonner une maltraitance. Une large idée reçue consiste à associer maltraitance et précarité sociale et financière. En fait les mauvais traitements donnés aux enfants traversent toutes les classes sociales. Les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. Il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et les parents dès la naissance. Tous les facteurs qui altèrent ce lien sont des facteurs de risques de maltraitance.

Ils peuvent être liés à l'enfant, aux parents, ou à la situation socio-économique.

1) Facteurs liés à la grossesse, la naissance, et à l'enfant.

La grossesse est une étape importante de l'acceptation de l'enfant et participe à l'ébauche de la relation mère / enfant voire parents / enfant. Il faut rester vigilant devant un déni de grossesse, une grossesse non désirée ou une grossesse non ou mal suivie.(19) De même pour une grossesse pathologique, un accouchement pénible et une prématurité doivent être des situations médicales renforcées. (20) L'hospitalisation en période néonatale altère le développement du lien mère enfant. Le comportement maternel en cette période doit être l'objet d'une vigilance accrue, notamment si la mère adopte une conduite ou des propos inadaptés, si elle présente un désintérêt pour l'enfant transféré en néonatalogie à la naissance ou si elle a des antécédents de dépression ou de psychose puerpérale ou tout autre situation de séparation précoce parents-enfants.

Les pathologies médicales concernant l'enfant telles qu'une malformation, un handicap physique ou intellectuel, une maladie chronique ou encore un trouble du comportement ou des apprentissages, sont des situations de vulnérabilité pour l'enfant victime comme le précise la revue de la littérature des situations à risque de maltraitance de Dr REBEYROTTE en 2016.(21)

2) Facteurs liés aux parents et la famille.

Les caractéristiques liées aux parents, qui peuvent augmenter le risque de maltraitance sont plus difficiles à repérer, telles que les conduites addictives notamment la consommation d'alcool ou de drogue, les antécédents de maltraitance dans l'enfance, d'abus sexuel ou d'abandon chez les parents. Un des facteurs de danger principal est la carence éducative qui renvoie à la difficulté d'assumer la fonction parentale dans ses dimensions éducatives et socialisantes.

Le personnel médical devra également être vigilant face à la présence d'une pathologie psychiatrique ou de l'humeur(22) ou un handicap physique ou intellectuel des parents.

Certaines structures familiales peuvent être plus propices à de mauvais traitements infligés aux enfants particulièrement dans les situations de famille monoparentale ou recomposée, un jeune âge des parents notamment de la mère, un antécédent de violence dans la fratrie et/ou de violences conjugales.

3) Caractéristiques liées à la situation socio-économique.

Les facteurs de risques socio-économiques sont rapidement mis en avant dans la grande majorité des publications, avec très souvent un faible niveau de preuve, où l'association maltraitance / précarité relève de l'automatisme dans l'opinion générale. Or l'enquête de l'unité 750 de l'INSERM qui analyse les catégories socio-professionnelles des auteurs de syndrome de bébé secoué par rapport à la population générale, démontre une répartition égale entre cadres supérieurs, employés et ouvriers.(23)

Toutefois, comme l'indique le rapport mondial de l'OMS sur la prévention de la maltraitance, la pauvreté, le chômage, et le manque de logement adéquat sont reconnus comme des facteurs de vulnérabilités pour les enfants victimes.(9)

Nous pouvons conclure que, dans les violences faites aux enfants, un faible niveau socio-économique est un facteur de vulnérabilité à prendre en compte dans le repérage de la maltraitance, sans pour autant occulter les familles aisées. Cependant les facteurs altérant les liens psycho-affectifs dans la famille restent largement prédominants.

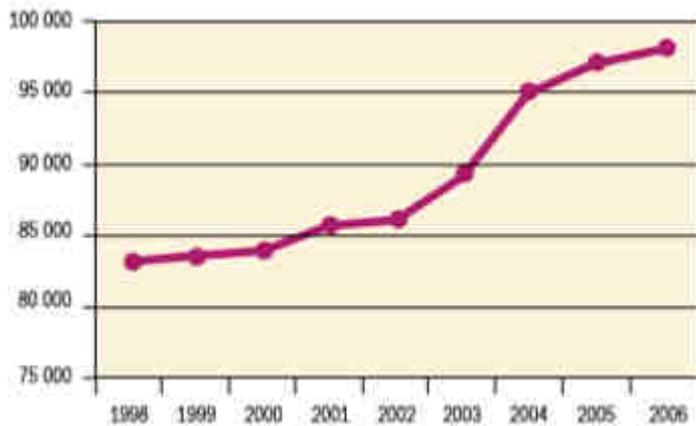
C) Epidémiologie

Il existe plusieurs institutions en France qui traitent les données concernant l'enfance en danger. Toutes sont confrontées à la même difficulté de sortir des chiffres exacts de prévalence de la maltraitance. Les données citées ci-dessous ne sont que des estimations qui sont largement sous-

estimées, comme le reconnaît unanimement l'ensemble des auteurs de la littérature concernant ce sujet.

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) a publié sa dernière étude 2007 sur les données annuelles de l'enfance en danger de 1998 à 2006. Ainsi le nombre d'enfants signalés en danger est passé de 83000 en 1998 à 98000 en 2006, représentant respectivement 5‰ en 1998 à 8‰ en 2006 de la population générale de la tranche d'âge correspondante.(24)

**Evolution du nombre d'enfants signalés en danger
entre 1998 et 2006**
France métropolitaine



Source Odas 2007

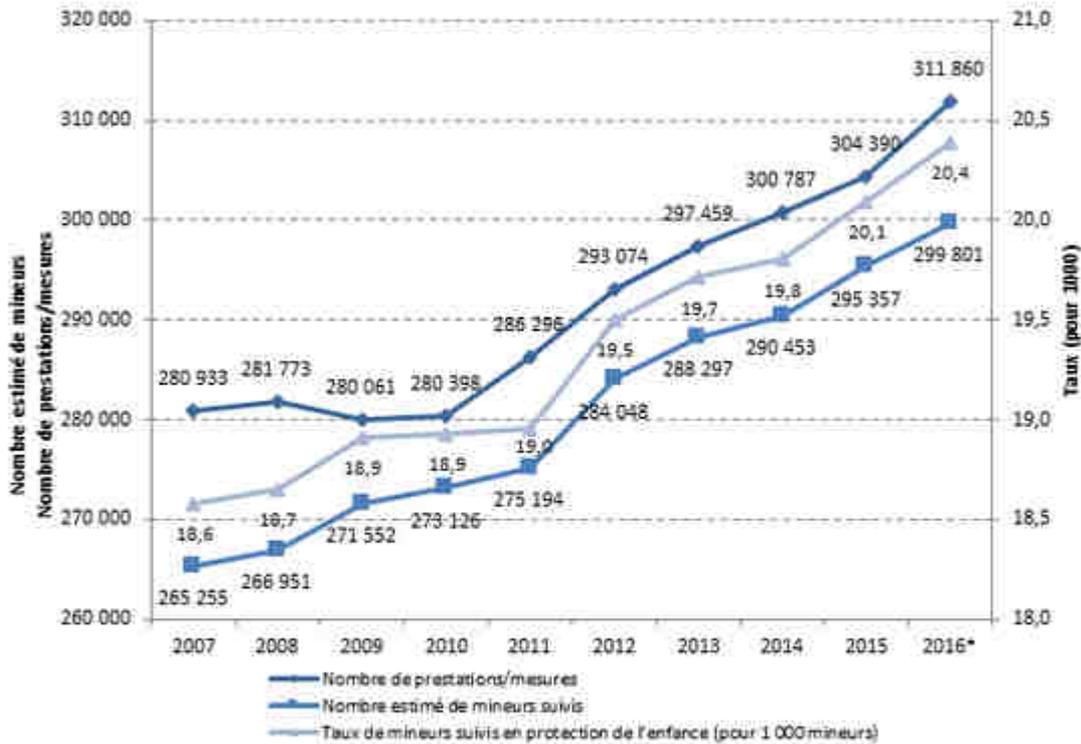
Actuellement, une nouvelle entité permet de réaliser des études nationales, le Groupement d'Intérêt Public de l'Enfance en Danger (GIPED), créé en 2004 et qui regroupe deux institutions essentielles dans l'épidémiologie nationale :

- 1) L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) dont l'objectif est de mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter.

L'étude publiée en novembre 2017 sur l'évolution du nombre des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance objective également une augmentation des cas chaque année. Ainsi, au 31

décembre 2015, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 295 357 sur la France entière, soit un taux de 20,1 % des moins de 18 ans, avec 304 390 mesures / prestations soit en moyenne plus d'une mesure par enfant.(25)

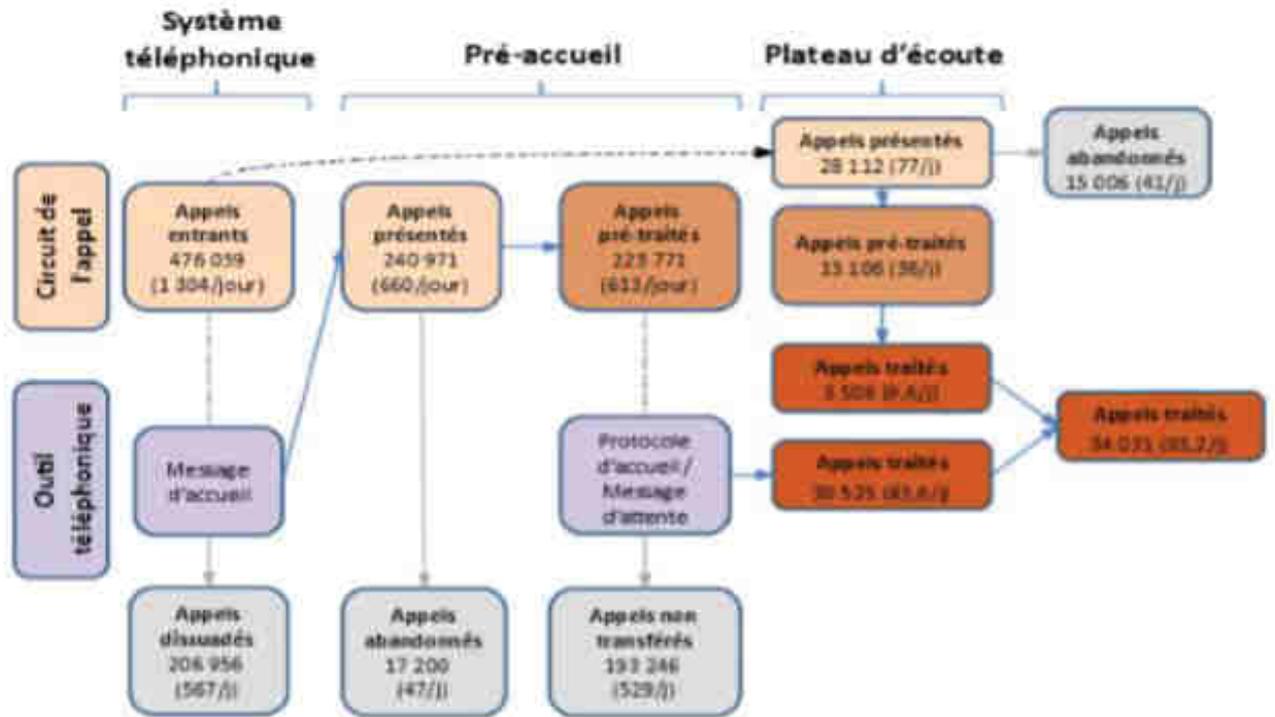
Évolutions des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2007 à 2016).



Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une mesure ou prestation en protection de l'enfance, France entière.

- 2) Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) a pour objectif, en plus de la protection et la prévention, la mission de transmission c'est-à-dire transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services départementaux compétents en la matière, à savoir les cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP).

Figure 3 : le circuit du traitement des appels du SNATED en 2018.



L'étude statistique annuelle de 2018 relative aux appels du SNATED montre une constante augmentation des appels depuis 2012, ainsi que du nombre d'information préoccupante (IP) qui en découlent avec 12512 IP en 2012 contre 17013 en 2018, soit +36%.(26)

II) Le service de protection de l'enfance.

La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation.(27) Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant, et la mise en œuvre des décisions administratives (prises par le conseil départemental) et judiciaires (prises par le juge des enfants ou en cas d'urgence par le procureur de la République). Nous verrons premièrement dans quel cadre législatif s'inscrit la mission de protection de l'enfance. Puis nous détaillerons les principes d'élaboration des écrits avant de présenter les différentes mesures disponibles pour l'enfant, les acteurs réquisitionnés et leurs principes de mise en œuvre. Enfin nous citerons et présenterons brièvement les lieux d'accueil du territoire.

A) Le point sur la législation.

Les textes de loi, qui ont commencé à faire leur apparition il y a trente ans, se multiplient depuis plus d'une décennie justifiant la prise de conscience de ce problème de santé publique mondial. Ainsi, toute personne signalant une situation d'enfance en danger est dans l'obligation d'alerter et est protégée par la loi. La protection de l'enfance s'inscrit dans un cadre législatif international, national et local.

1) Au niveau du médecin ou autre signalant.

Le médecin, dans ces situations, doit avoir une bonne connaissance des textes de loi relevant du code pénal et du code de déontologie médical.

Selon le Code Pénal :

- Obligation générale de porter secours (art. 223-6 du code pénal) :

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans. »(28)

- Obligation d'informer le procureur de la République ou le Président du Conseil départemental des mauvais traitements sur personne vulnérable (art. 434-3 du code pénal) :

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur 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 ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »(29)

- Le secret professionnel auquel est tenu le médecin (art. 226-13 du code pénal)

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »(28)

- Dérogation du secret médical (art 226-14 du code pénal) :

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

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

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »(30)

- Selon le code de déontologie médicale figurant dans le Code de Santé Publique :

Le médecin doit « être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. » (art. R.4127-43 du CSP)

Et il doit « mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les

autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. » (art. R.4127-44 du CSP) (31)

Ainsi, le médecin ne peut faire l'objet d'aucune sanction judiciaire lors d'un signalement. Or, la peur du "signalement" abusif et de la dénonciation calomnieuse est très souvent un frein pour le médecin. Certes, il y a une absence de poursuite, mais le médecin reste dans l'obligation légale de signaler toute situation d'enfance en risque de danger. Son rôle n'est pas d'être certain de la maltraitance ni de dénoncer l'auteur mais de rédiger un écrit de signalement avec le maximum de précision dès lors qu'il est alerté par un faisceau d'arguments. L'évaluation et les mesures, s'il y a effectivement lieu de maltraitance, seront prises pour l'enfant et à l'encontre de l'auteur par les autorités judiciaires et le service de protection de l'enfance.

2) Au niveau national actuel.

Actuellement, la majorité des enfants qui sont confiés aux services chargés de la protection de l'enfance ne subissent pas de mauvais traitements, mais sont « en risque » : parents en difficulté financière, en grande précarité, qui se déchirent. L'enjeu n'est pas de les placer, mais de les accompagner, avec l'aide de leur famille.

La loi du 5 mars 2007 substitue la notion « d'enfant maltraité » à celle « d'enfant en danger ». Cette notion, plus large, permet de prendre l'enfant dans sa globalité : *« L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. »* (art. L112-4 du code de l'action sociale et des familles, CASF)(32).

De plus, cette loi, dans son premier article, place au premier plan l'intérêt de l'enfant et les relations avec la famille : *« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les*

familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. » (art. L. 112-3 du CASF)(33)

Elle donne au président du Conseil départemental le « *rôle de coordination en matière de recueil, de traitement et d'évaluation de ces situations, quelle qu'en soit l'origine et à tout moment.* » (art. L226-3 du CASF) et a pour objectif de multiplier les points de contact entre l'enfant, sa famille et les professionnels, afin d'anticiper les difficultés et soutenir les familles avant que la situation ne se détériore.

Elle s'articule autour de 3 axes prioritaires :

- L'action de prévention primaire : entretien systématique au quatrième mois de grossesse et actions d'accompagnement tout au long de la grossesse ; visite à domicile dans les premiers jours suivant la sortie de maternité, visites médicales gratuites tous les trois ans pour les enfants de 6 à 15 ans.
- Renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger à partir du dispositif d'informations préoccupantes (IP) et de l'organisation de leur recueil.
- Améliorer et diversifier les modes d'intervention avec, des actions en direction des parents rencontrant des difficultés dans l'éducation, et des actions en direction des enfants avec possibilité d'accueils ponctuels ou épisodiques hors de la famille, sans pour autant qu'il s'agisse d'un placement.

3) Au niveau international

La Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée par 183 des états membres des Nations Unies le 20 novembre 1989, est ratifiée en France le 7 août 1990.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne - droits de l'enfant de février 1992 représente le premier acte de la Communauté européenne en matière de protection de l'enfance, mais n'a pas de force juridique obligatoire. La Charte engage les Etats membres à ratifier la Convention des Nations Unies de 1989 et à nommer un défenseur des droits de l'enfant. Elle rappelle que tout enfant a droit à la vie, droit d'avoir ses parents, le droit à l'intégrité physique et morale, le droit de jouir de tous les droits et avantages prévus par le droit communautaire, sans discrimination aucune. La Charte prévoit enfin que tout enfant doit être protégé contre toute exploitation économique, contre toute forme d'esclavage, de violence ou d'exploitation sexuelle et contre les menaces liées à la drogue

B) Les différents écrits possibles.

Le médecin, ou tout autre professionnel de santé, a à sa disposition deux possibilités d'alerter les autorités compétentes de situation de maltraitance en fonction de la gravité de la situation : l'information préoccupante et le signalement judiciaire.

1) L'information préoccupante

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur.

Aux termes de l'article R 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles : « *L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son*

développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. »(34)

Le médecin peut téléphoner à la cellule afin de demander conseil sans donner le nom du patient, ou peut rédiger une note sur papier libre pour narrer les faits et y associer un certificat descriptif des lésions, au besoin, sous enveloppe au médecin de la cellule sous pli confidentiel. Ceci en informant les parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant ou en cas de fait à caractère pénal .(35)

2) Le signalement judiciaire.

Un signalement judiciaire est réalisé dans plusieurs circonstances :

- quand il y a des faits à caractère potentiellement pénal (suspicion de violence physique ou sexuelle essentiellement) pour déclencher l'enquête pénale. Ainsi, tout signalement judiciaire ne va pas forcément à l'OPP (Ordonnance de Placement Provisoire). Variable selon les faits, l'âge de l'enfant, le contexte, l'accompagnement déjà en place... et si l'enfant est en sécurité (ex : suspicion de violence par le père, enfant en garde chez la mère).
- lorsqu'il y a danger grave et imminent pour mise à l'abri immédiate avec une ordonnance de placement provisoire (OPP) prise par le procureur de la République. Le Juge des enfants est ensuite saisi avec une audience dans les 15 jours pour confirmer ou infirmer le placement. En pratique, le médecin doit signaler directement au Procureur (joignable 24h sur 24h), éventuellement dans l'urgence par téléphone suivi d'un courrier, dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité ou à la CRIP (joignable aux heures d'ouverture des bureaux). Il doit utiliser le « signalement type » (disponible sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins ANNEXE 1) et le remplir uniquement en fonction de ce qu'il a constaté ou de

confidences qu'il a reçues. Il ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause. Devant une situation grave l'Ordre des médecins préconise le signalement au Procureur avec, éventuellement, double à la CRIP.

C) L'aide sociale à l'enfance.

La protection de l'enfance en France, telle que définie par l'article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. » Elle couvre donc de nombreux aspects allant de la prévention au repérage des situations de danger ou de risque de danger, jusqu'à la mise en œuvre de mesures de protection administrative ou judiciaire des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans.(36)

Cette politique est principalement confiée à chaque département sous l'autorité du président du Conseil départemental, dont les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont chargés de trois grandes catégories de missions (art L 221-1 du CASF), en partie en lien avec le service de la protection maternelle et infantile (PMI) et le service départemental d'action sociale (art L 226-1 du CASF) :

- Les services de l'ASE ont un rôle de sensibilisation et d'information des personnes pouvant être concernées par des mineurs en danger ou en risque de l'être. Le président du conseil départemental est chargé de la centralisation de toutes les informations préoccupantes relatives à la situation d'un mineur au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP).
- Les services de l'ASE développent des missions à portée préventive auprès des mineurs et de leurs familles, soit individuelles, soit collectives.
- Ils doivent pourvoir aux besoins des mineurs qui leur sont confiés, sur décision administrative ou judiciaire ou en tant que pupilles de l'État. À des fins de prévention individuelle et de

protection, différentes prestations d'aide sociale à l'enfance sont précisément définies aux articles L 222-1 à L 222-7 du Code de l'action sociale et des familles

1) La cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des situations préoccupantes est le lieu unique de traitement de toutes les informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou en risque de l'être, de manière à éviter une dispersion et une déperdition des informations. Ce dispositif existait déjà dans certains départements et a été généralisé par la loi de 2007. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend un pôle technique de professionnels médicaux, sociaux, psychologiques et éducatifs ainsi qu'un pôle administratif.

Elle constitue une interface entre les services du départements (PMI, ASE, action sociale) et le parquet dont elle est l'interlocuteur privilégié. Elle est au centre du dispositif auquel se réfère l'ensemble des professionnels : Education nationale, hôpitaux, médecins libéraux, associations, services de police, etc.

Elle doit être aussi en liaison avec le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) qui répond de manière permanente au numéro 119 en recueillant notamment les appels des particuliers. Ce service informe chaque département des appels reçus concernant des mineurs en danger ou susceptibles de l'être en transmettant désormais à la cellule départementale toute information préoccupante.(37)

Le partage d'informations à caractère secret est autorisé afin d'évaluer au mieux la situation du mineur, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide.

Elles conseillent les professionnels et les particuliers qui se questionnent autour d'une situation d'un enfant.

Suite à l'information préoccupante, la CRIP adresse un accusé de réception des informations qui lui sont transmises aux services qui en sont à l'origine en précisant qu'elle transmet aux unités

territoriales d'action médico-sociale (UTAMS) en vue d'une évaluation. Par ailleurs la transmission peut se faire directement au procureur selon la nature des faits, notamment si à caractère pénal.

2) L'évaluation des situations préoccupantes.

L'évaluation de la situation d'un mineur, à partir d'une information préoccupante consiste à apprécier le danger ou le risque de danger auquel il est exposé. La pratique de l'évaluation est consacrée par la loi du 5 mars 2007 qui dispose d'une part, à l'article 12 :

« Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire. »

D'autre part, à l'article 19 :

« L'attribution d'une ou plusieurs prestations prévues au présent titre est précédée d'une évaluation de la situation prenant en compte l'état du mineur, la situation de la famille et les aides auxquelles elle peut faire appel dans son environnement. »

S'ajoute à cette loi le Décret no 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, et précise les modalités de l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante.(38)

Cette évaluation est donc un travail fondamental qui implique une démarche méthodologique d'observation et de compréhension de la situation d'un enfant ou d'un adolescent. Elle s'élabore à partir de l'échange (en visite à domicile, en entretien) qui aura lieu entre les parents, le mineur concerné et les professionnels amenés à intervenir. Elle a pour finalité, si manifestement, l'enfant ou l'adolescent est en danger ou en risque, de privilégier dans la mesure du possible la mise en place ultérieure d'une mesure de protection administrative avec l'accord et la participation des détenteurs de l'autorité parentale.

D) Les décisions suites à l'évaluation.

Trois situations sont alors possibles :

- ⇒ L'information préoccupante est sans objet : l'évaluation donne lieu à un classement sans suite et conclut à une absence de danger ou de risque de danger.
- ⇒ Lorsque l'évaluation relève une certaine fragilité familiale avec des risques pour l'enfant et une collaboration des détenteurs de l'autorité parentale : il est proposé un accompagnement éducatif avec des mesures administratives sans saisine du JE :
 - a. Suivi secteur (assistante sociale, PMI)
 - b. TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale qui consiste en un accompagnement des parents (ou des détenteurs de l'autorité parentale) dans leurs fonctions parentales, dans des domaines aussi divers que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, l'éducation, la scolarisation, les loisirs... Les interventions ont lieu majoritairement au domicile des familles, dans leur cadre de vie quotidien, et doivent leur permettre de retrouver leur autonomie.
 - c. MAAESF : Mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale qui a pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant.
 - d. AED : Aide Educative à Domicile qui est un soutien matériel et éducatif à la famille, lorsque les parents sont confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif.
 - e. AFASE : Aide Financière de l'Aide Sociale à l'Enfance,
 - f. Mesure de placement administratif : à domicile, accueil de jour, à la semaine. Le service de l'ASE organise le placement dans un service habilité qui accueille alors le mineur pendant une partie de la journée ou la semaine, si possible dans un lieu à proximité de son domicile, afin de lui apporter un soutien éducatif et d'accompagner

sa famille dans l'exercice de sa fonction parentale. Ces mesures sont des accueils provisoires de mineurs. Plusieurs modes d'accueil des mineurs existent : accueil par des assistants familiaux, hébergement en établissement d'éducation spéciale, en maison d'enfant à caractère sociale (MECS), ou encore en hébergement en internat scolaire.

Ces mesures administratives sont mises en place à la demande des parents (demande écrite et contractualisée avec eux) et ils peuvent y mettre fin à tout moment, contrairement à une mesure judiciaire. Ce dispositif est financé par le Conseil départemental.

⇒ L'évaluation médico-sociale peut apporter des éléments de risque : de risque de danger pour l'enfant et/ou impossibilité de collaborer avec la famille et/ou collaboration inefficace, de danger grave et imminent, ou impossibilité d'évaluer. Dans ces cas-là il y a une saisine du procureur par la CRIP pour saisine du juge des enfants avec demande de mise en œuvre d'une mesure judiciaire. Le juge des enfants peut décider de :

- a. MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative. Cette mesure est destinée à éclairer le Magistrat et à apporter une aide à la décision quant aux dispositions à prendre à l'égard du mineur. Elle s'exerce sur une période de cinq mois maximum.
- b. MJAGBF : La Mesure Judiciaire d'Accompagnement à la Gestion du Budget Familial a le même but que la MAAESF mise à part qu'elle est une mesure judiciaire, décidée par le juge des enfants.
- c. AEMO : L'Aide Educative en Milieu Ouvert vise les mêmes objectifs que l'AED mais elle est décidée par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative (article 375 du Code civil) et est donc contraignante à l'égard des familles
- d. OPP : placement en urgence pour mise à l'abri (Ordonnance de Placement Provisoire) suivie d'une audience JE dans les 15 jours (maintien ou levée de placement).

- e. Placement de l'enfant : Décidé par le JDE, le mineur est alors confié au service de l'ASE qui détermine les modalités de son placement.

E) Les lieux d'accueil et de placement.

Les établissements d'accueil relevant de l'aide sociale à l'enfance se distinguent les uns des autres par leurs spécificités en fonction de l'âge de l'enfant et la situation :

- a. Les maisons d'enfants à caractère social (MECS) sont les héritières des orphelinats. Elles accueillent des enfants et des adolescents dont les familles ne peuvent assumer la charge et l'éducation à la suite de difficultés momentanées ou durables.
- b. Foyer Départemental de l'Enfance : structure départementale essentiellement dédiée à l'accueil d'urgence sur une période courte avant la réorientation. Elle a une mission d'observation et d'évaluation afin de définir le lieu d'accueil le plus adapté et le projet de l'enfant.
- c. Les pouponnières à caractère social reçoivent des enfants de la naissance à 3 ans, qui ne peuvent rester au sein de leur famille ou bénéficier d'un placement familial surveillé. Elle est rattachée au foyer de l'enfance dans le Bas-Rhin.
- d. Les villages d'enfants prennent en charge des frères et sœurs dans un cadre de type familial avec des éducateurs familiaux qui s'occupent, chacun, en particulier d'une ou deux fratries.
- e. Les lieux de vie et d'accueil offrent une prise en charge de type familial à des jeunes en grande difficulté. Ils constituent le milieu de vie habituel des jeunes et des permanents éducatifs.

- f. Les placements peuvent également avoir lieu en établissement sanitaire ou en établissement médicosocial d'éducation spéciale (institut médicoéducatif [IME] ; institut thérapeutique, éducatif et pédagogique [ITEP] à plein temps toute l'année, accueil de semaine ou semi-internat...).
- g. Foyer Action Educative (FAE) : Ce dispositif permet aux adolescents de trouver un compromis entre besoin d'accompagnement et acquisition d'une nécessaire autonomie.
- h. Centre Educatif Renforcé (CER) : a vocation de prendre en charge des mineurs délinquants multirécidivistes en grande difficulté ou en voie de marginalisation.(39)
- i. Les Centres parentaux pour un accueil mère / enfant ou parents / enfant
- j. Les assistants familiaux sont des personnes qui moyennant rémunération, accueillent à leur domicile habituellement et de façon permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans.

III) ETUDE RETROSPECTIVE

A. INTRODUCTION

L'enfance en danger est un problème de santé publique qui s'inscrit parfaitement dans l'actualité de notre société occidentale où la place de l'enfant prend une dimension de plus en plus importante. Cette étude a pour objectif d'analyser les caractéristiques des enfants en danger pour lesquels un signalement ou une information préoccupante (IP) ont été faits à partir du service de Pédiatrie du CH de Haguenau : nombre, sexe, âge, facteurs de risques, motif de consultation et résultats cliniques et paracliniques obtenus lors de l'hospitalisation. Dans un second temps, seront étudiées les conséquences administratives et judiciaires de l'information préoccupante et le devenir de l'enfant.

Les données théoriques décrites dans les deux premières parties seront illustrées dans cette étude par des faits concrets dont les résultats seront comparés aux données publiques. La finalité étant de sensibiliser les professionnels de santé sur le dépistage des signes d'alerte de maltraitance et de promouvoir leur confiance dans le système de protection de l'enfance. Et cela par le biais d'une meilleure compréhension par les médecins des mécanismes de signalement d'enfant en danger et ainsi améliorer leur prise en charge.

B. MATERIELS ET METHODE

Cette étude est une étude d'observation transversale, rétrospective, monocentrique. Elle porte sur 39 cas d'enfants hospitalisés, ou vus en consultation, dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Civil de Haguenau sur une période de quatre ans à partir du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2018. Les critères d'inclusions sont tous les enfants ayant bénéficié d'une information préoccupante, ou d'un signalement, de novo réalisé par le service de pédiatrie durant cette période de quatre ans. Les critères

d'exclusions sont les enfants ayant déjà bénéficié antérieurement d'une IP ou d'un signalement et dont le processus administratif ou judiciaire a déjà été activé. Ceci dans le but d'analyser en priorité les nouveaux cas et donc le dépistage de la maltraitance. Ces enfants ont été vus et signalés en consultation externe ou en consultation d'urgence de pédiatrie, ou hospitalisés dans le service de néonatalogie ou des Nourrissons / Grands-enfants. Les enfants signalés par des IP émanant de la Maternité ou du Service d'Urgences Adultes du CH de Haguenau ont été exclus. Les données médicales utilisées pour l'étude ont été recueillies à partir des dossiers papiers et informatisés du logiciel informatique du service de Pédiatrie, ainsi que les dossiers de l'assistante sociale du service de Pédiatrie. Les données administratives et médico-judiciaires utilisées ont été recueillies à partir du logiciel informatique et des dossiers papiers du service de protection de l'enfance et de la PMI. Toutes ces données ont été anonymisées dès le commencement de ce travail.

C. RESULTATS

Les résultats de cette étude sont organisés selon 5 axes avec en premier lieu les caractéristiques générales des enfants, puis les facteurs de risques, suivis des données générales concernant l'hospitalisation, les types de maltraitance et en enfin les caractéristiques générales des écrits et leurs conséquences sur le devenir de l'enfant.

Tableau 1 : Caractéristiques des enfants et motifs conduisant aux signalements.

Cas	Age	Sexe	Motif de consultation	Diagnostic final	Type de violence	Nature de violence	Type d'écrit
1	2ans 2 mois	M	Hébergement pour violence conjugale	Hébergement pour violence conjugale	Interpersonnelle familiale	Violence psychologique	IP

2	1 an 1 mois	M	Hématome, chute escalier	TC sans PC sur négligence	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
3	3mois	M	Echymose	Suspicion sévices physiques	Interpersonnelle familiale	Sévices physiques	IP
4	11ans	F	Hébergement pour violence conjugale	Hébergement pour violence conjugale	Interpersonnelle familiale	Violence psychologique	IP
5	3mois	F	Suspicion de maltraitance du père sur déclaration de la mère	Bilan maltraitance négatif, suspicion écartée	Pas de maltraitance	Pas de maltraitance	IP
6	9ans	M	Suspicion maltraitance de la mère signalée par belle-mère	Maltraitance confirmée	Interpersonnelle familiale	Sévices physiques	IP
7	1an 11mois	F	Somnolence	Intoxication cannabis sur négligence	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
8	3ans 9mois	F	Hébergement pour répit maternel	Soulagement maternel	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
9	7mois	M	Découverte fortuite HSD*	Maltraitance confirmée bébé secoué	Interpersonnelle familiale	Sévices physiques	IP
10	16ans	M	Hétéro-agressivité vers la mère	Agressivité dans un	Interpersonnelle familiale	Violence psychologique	IP

				contexte de conflit familial.			
11	15ans	F	Pyélonéphrite + agression sexuelle par un inconnu	Aggression sexuelle par un inconnue + pyélonéphrite	Interpersonnelle communautaire	Violence sexuelle	Signalement
12	4mois	F	Hébergement pour conjugopathie	Hébergement pour conjugopathie	Interpersonnelle familiale	Violence psychologique	IP
13	5mois	F	Hébergement pour IMV mère	Hébergement pour IMV maternelle	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
14	17ans	F	Hébergement pour épuisement père	Hébergement pour épuisement père	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
15	9ans	F	Hébergement pour violence conjugale	Hébergement pour violence conjugale	Interpersonnelle familiale	Violence psychologique	IP
16	2mois	M	AVP et hémorragie sous épendymaire dans contexte d'hypotrophie	Investigation complémentaire rassurante	Pas de maltraitance	Pas de maltraitance	IP
17	3mois	F	Colique, vomissement et guidance maternelle	Réassurance maternelle	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP

18	16ans	F	IMV hydroxyzine/Tranxène + doliprane + bisoprolol	IMV chez adolescente	Auto infligée comportement suicidaire	SéVICES physiques	IP
19	9ans	F	Bilan de troubles autistiques et retard du développement. Mère agressive durant consultation	Bilan bio normal de troubles autistiques et retard du développement.	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
20	17ans	F	IMV Tramadol + BZD	IMV chez adolescente	Auto infligée comportement suicidaire	SéVICES physiques	IP
21	18ans	F	IMV Zopiclone	IMV chez adolescente	Auto infligée comportement suicidaire	SéVICES physiques	IP
22	1jour	F	Accouchement dans contexte de déficience mentale chez parents	Hospitalisation sociale devant parents déficients mentaux	Prévention maltraitance	Pas de maltraitance	IP
23	15ans	F	Trouble du comportement réactionnel, tente de s'étrangler avec ses mains et de planter un	Trouble du comportement dans contexte de conjugopathie et hétéro-	Auto infligée comportement suicidaire Interpersonnelle familiale	Violence physique et psychologique	IP

			stylo dans son poignet car père agressif.	agressivité du père			
24	5ans 8 mois	F	Hébergement pour conjugopathie avec père violent	Hébergement de sécurité, père violent	Interpersonnelle familiale	SéVICES physiques	IP
25	1jour	F	Naissance 37SA avec RCIU et intoxication materno-fœtale au tabac	RCIU à 37SA, relation mère- enfant inquiétante	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
26	14ans	F	Tentative de suicide par strangulation	Auto strangulation suite à conflit familial	Auto infligée comportement suicidaire interpersonnelle familiale	Violence physique et psychologique	IP
27	15ans	F	Hétéro-agressivité, addiction tabac, cannabis	Hétéro- agressivité, addictions multiples	Interpersonnelle familiale	Violence physique	IP
28	26jours	F	Prématurité 29SA PEC post réanimation	Prématurité 29 SA, agressivité et méfiance père.	Interpersonnelle familiale	Violence psychologique	IP
29	3mois	F	Vomissement/pleurs	RGO contrôlé, épuisement parental	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP

				demande d'aide sociale			
30	11 ans	M	Idées noires	Idées suicidaires, contexte de conflit familial et harcèlement scolaire	Auto infligée et interpersonnelle familiale et communautaire Comportement suicidaire	Violence psychologique	IP
31 ¹	13 ans	F	Hébergement suite au décès de la mère	Décès inattendu de la mère à domicile, garde par grand parents maternel	Prévention maltraitance	Pas de maltraitance	IP
32 ¹	2 ans 10 mois	M	Hébergement suite au décès de la mère	Décès inattendu de la mère à domicile, garde par Gd parents maternel	Prévention maltraitance	Pas de maltraitance	IP
33	14 ans	F	IMV Xanax 4+2cpr, 2 doliprane	IMV chez adolescente	Auto infligée comportement suicidaire	Violence physique	IP
34	15 ans	M	Idées noires	Idées suicidaires, contexte de conflit familial	Auto infligée interpersonnelle familiale et communautaire	Violence psychologique	IP

				et harcèlement scolaire			
35	14ans	F	Auto agressivité, conflit familial	Mal être dans un contexte de fragilité sociale	Auto infligée mutilation interpersonnelle familiale	SéVICES physiques, Violence psychologique	IP
36	17ans	F	Idées noires	Mal être, angoisse avec élément dépressif réactionnel, découverte Basedow	Auto infligée comportement suicidaire	Violence psychologique	IP
37	1mois	F	Ecchymoses torse dos et membres, griffure pied et bras	Ecchymose d'origine indéterminée	Interpersonnelle familiale	SéVICES physique	IP
38	18mois	M	RDV non honoré dans suivi Neurofibromatose type 1	Négligence de la mère RDV non honoré dans suivi NF type 1	Interpersonnelle familiale	Négligence	IP
39	2ans 2mois	F	Hématome genou et jambe	Suspicion attouchements sexuels, réquisition médecin légiste	Interpersonnelle familiale	Violence sexuelle	IP

- AVP : accident de la voie publique, BZD : benzodiazépines, HSD : hématome sous dural,

IMV : intoxication médicamenteuse volontaire, NF type 1 : neurofibromatose de type 1, PEC :

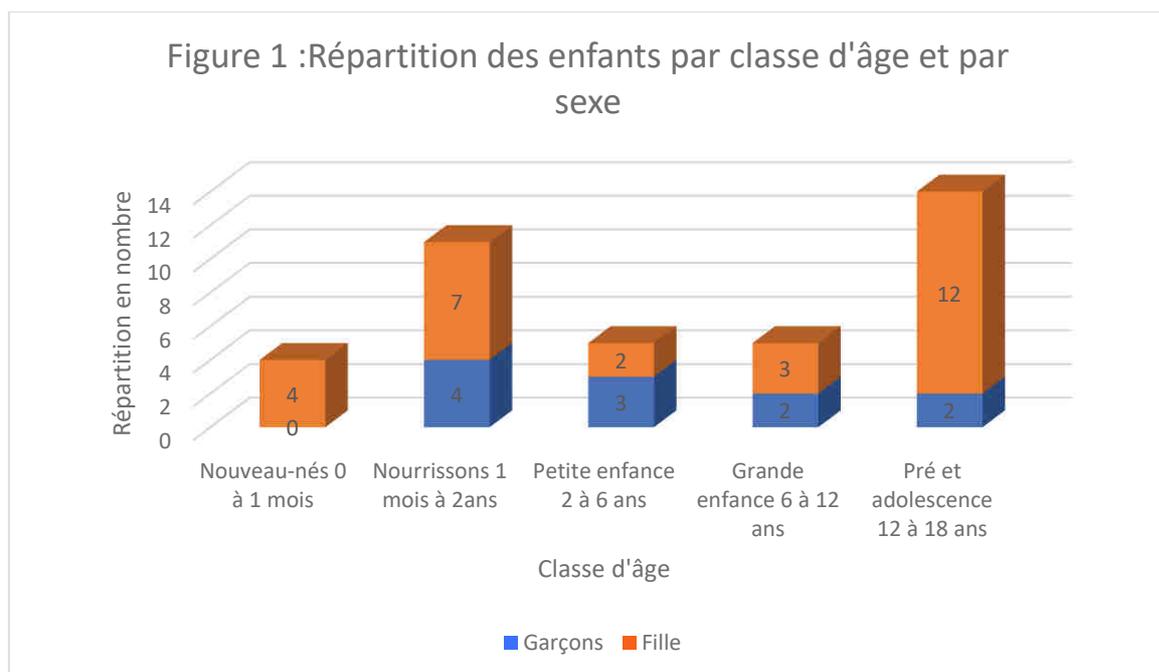
prise en charge, RCIU : retard de croissance intra-utérin, RDV : rendez-vous, RGO : reflux gastro-oesophagien, SA : semaines d'aménorrhées,

¹ Ces cas 31 et 32 sont frère et sœur.

1) Caractéristiques générales des enfants.

L'étude regroupe 39 enfants au total, 7 en 2015, 12 en 2016, 11 en 2017 et 9 en 2018. Il y a 11 garçons (28%) et 28 filles (72%). Le tableau 1 résume les caractéristiques générales des enfants ainsi que les motifs de consultations conduisant à la réalisation des écrits selon les types de maltraitance.

Ils ont été répartis selon les tranches d'âge utilisées en pédiatrie conventionnelle comme sur la figure 1. 4 enfants (10%) se situent dans la classe des nouveau-nés de 0 à 1 mois, 11 enfants (28%) dans la classe des nourrissons 1 mois à 2 ans, 5 enfants (13%) dans la classe de la petite enfance de 2 à 6 ans et 5 (13%) dans la classe de la grande enfance 6 à 12 ans, enfin 14 enfants (36%) dans la classe de la préadolescence et l'adolescence de 12 à 18ans.



2) Les Facteurs de risques de l'enfance en danger.

Il existe dans la littérature plusieurs facteurs de risque de maltraitance très souvent intriqués les uns les autres. Nous les avons classés dans cette étude en facteurs liés à la grossesse et la naissance, liés aux parents et la famille, et enfin liés à la situation socio-économique et environnementale.

a) Facteurs de risques liés aux parents et la famille.

1. Antécédents médicaux et sociaux.

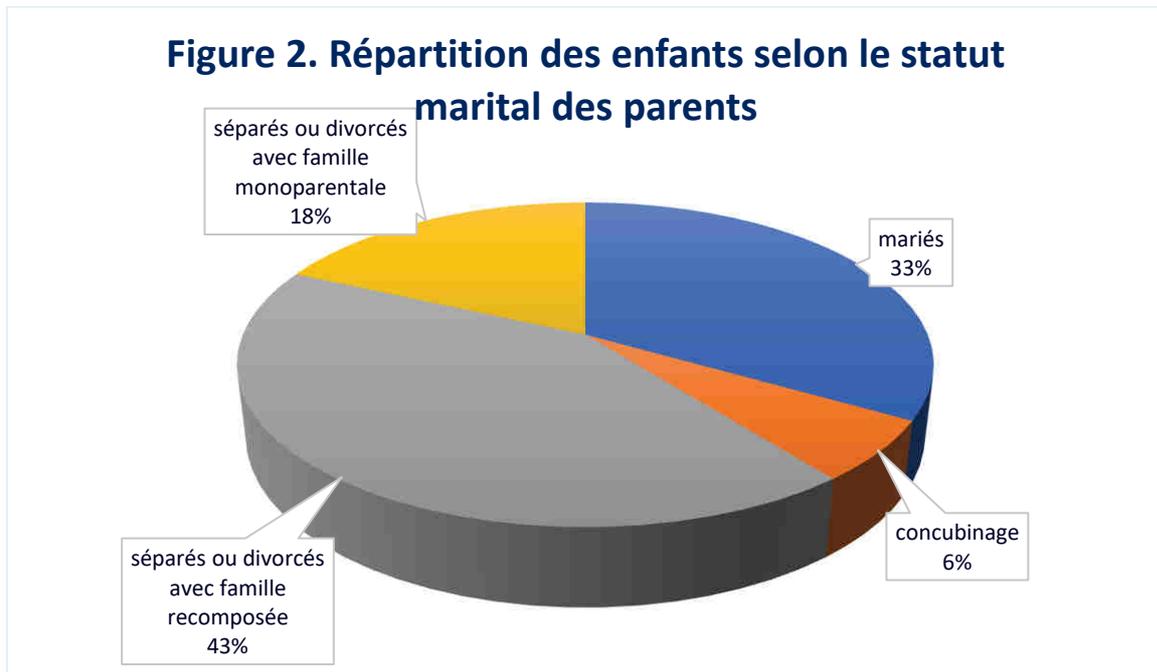
Dans 9 cas sur 39 (23%), au moins un membre de la famille (parents ou membre de la fratrie) est connu du service de protection de l'enfance ou a eu une antériorité avec les services sociaux.

Au niveau des antécédents médicaux et addictologiques, un trouble psychiatrique ou de l'humeur (hors déficience mentale) est retrouvé chez au moins l'un des deux parents dans 9 cas sur 39 (23%). Une déficience mentale est connue chez l'un des deux parents dans 2 cas (22 et 38) sur 39 (5%). Un handicap de surdité est retrouvé dans le cas numéro 5 (2,5%). Sur le versant addictologique, les données objectivent une addiction au tabac chez l'un des deux parents dans 10 cas sur 39 (26%) dont 2 (5%) associés au cannabis. Une addiction à l'alcool chez l'un des deux parents également dans 10 cas sur 39 (26%) et une addiction aux drogues dures dans 2 cas (5%). On trouve au total une toxicomanie chez au moins un des deux parents dans 17 cas sur 39 (44%).

2. Environnement familial et âge de la mère.

L'étude analyse par ailleurs le statut marital des parents biologiques qui est retrouvé dans 33 des 39 cas, détaillé sur la figure 2 ci-dessous. Les parents biologiques sont encore mariés dans 11 cas sur 33

(33%), en concubinage dans 2 cas sur 33 (6%), divorcés avec famille recomposée dans 14 cas sur 33 (42%) et situation monoparentale dans 6 cas sur 33 donc 18%.



Outre le statut marital, une conjugopathie avec violence intrafamiliale d'au moins un des deux parents est mentionnée dans 11 cas sur 39 (28%).

L'âge de la mère à la naissance de l'enfant est aussi défini dans la littérature comme un facteur de risque de maltraitance. Les données sur ce sujet dans l'étude ont pu être récupérées chez 29 mères : 10 femmes avaient un âge inférieur ou égal à 22 ans (35%), 10 femmes étaient âgées entre 23 et 29ans (35%) et 9 femmes avaient 30 ans ou plus (30%). L'âge moyen dans cette étude est de 28ans.

Concernant la surconsommation de soins et la fréquence des consultations médicales, les données objectivent pour 12 enfants sur 37 qui ont pu être recueillies (32%) un nombre de passage aux urgences pédiatriques de Haguenau supérieur ou égal à 4, et cela uniquement au service de pédiatrie du CHH.

b) Facteurs de risques liés à la grossesse, la naissance et à l'enfant.

Certaines données concernant les grossesses ont pu être recueillies notamment les grossesses pathologiques c'est-à-dire les grossesses associées à l'une de ces maladies : diabète gestationnel, dépression, prééclampsie, pathologie thyroïdienne, hématome rétro placentaire, placenta prævia. Sur 23 grossesses où les données ont pu être analysées, 11 grossesses (48%) étaient pathologiques.

De même, les données concernant la naissance des enfants ont pu être recueillies chez 23 des 39 enfants de l'étude. Sur 23 naissances, 11 enfants (48%) sont nés prématurément c'est-à-dire nés avant 37 SA.

Au total, dans 13 cas sur 23 (57%) il y a eu une situation plus compliquée à vivre que la normale avec la présence au moins d'une grossesse pathologique ou d'une prématurité.

Concernant les facteurs de vulnérabilité lié à l'enfant un antécédent de violence est retrouvé à l'interrogatoire des enfants ou des parents dans 8 cas sur 39 (21%) : 6 antécédents d'attouchements sexuels (20,21,26,27,35,39) (15%) dont un viol avéré (20) commis par un cousin, 4 violences auto-infligées (10%) à type de comportement suicidaire avec 3 IMV (20,21,34) et idées noires (30).

Par ailleurs, un trouble du comportement est détecté chez 2 enfants (5%) à type d'anorexie (21) et de TDAH (30).

c) Facteurs de risques liés à la situation socio-économique.

Les données concernant le statut professionnel de la mère ont pu être recueillis dans 24 cas sur 39, et concernant le père le faible nombre de données ne permet pas de ressortir de résultat pertinent. Il est donc retrouvé chez 11 mères sur 24 le statut de « sans emploi » professionnel.

Nous avons également recherché l'impact d'une situation de précarité financière, définie dans l'étude comme la situation d'avoir les deux parents sans emploi ou une situation monoparentale sans emploi. Dans 10 cas sur 24 connus, la situation financière est précaire (42%).

3) Données médicales liées à l'hospitalisation.

Les données médicales étudiées lors de l'hospitalisation sont organisées en différents axes tels que les unités de services à l'origine des écrits, les motifs de consultations, l'examen clinique suivi des examens paracliniques, et enfin l'analyse des consultations spécialisées dont les enfants bénéficient.

a) Unité à l'origine des écrits

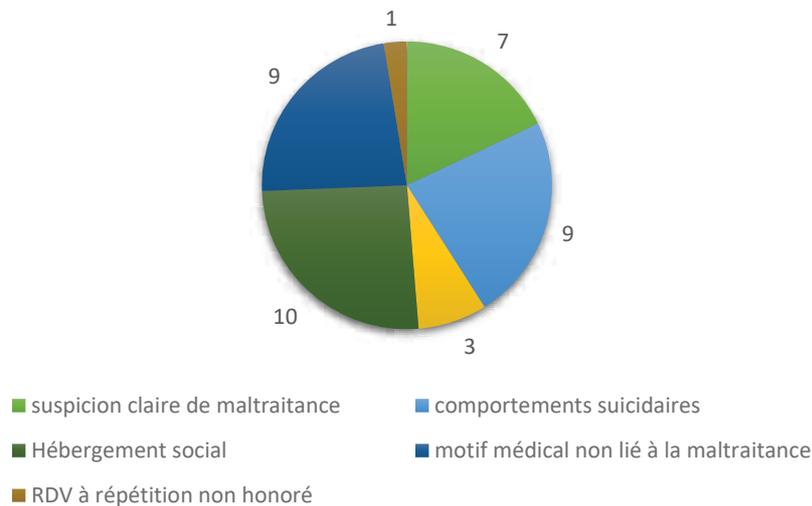
Les écrits, que ce soient les informations préoccupantes ou les signalements, proviennent de différentes unités du service de Pédiatrie comme l'unité de néonatalogie avec 3 cas sur 39 (8%), l'unité d'hospitalisation de pédiatrie y compris les soins continus avec 32 cas (82%), l'unité d'hôpital de jour avec le cas 38 uniquement (3%), l'unité d'urgence avec 2 (5%) sur 39 (cas 2 et cas 39), l'unité des consultations externes avec le cas 19 uniquement (3%). Plus schématiquement, il y a au total 35 cas hospitalisés (90%) et 4 cas non hospitalisés (10%) c'est-à-dire qui ont été vus en consultation.

b) Motifs de consultation.

Les motifs de consultations, donnés dans le tableau 1 et résumés dans la figure 3, peuvent être soit directement liés à la maltraitance et à ses symptômes, soit sont indirectement liés et le motif ne représente que l'élément de découverte fortuite de la maltraitance. Parmi les 39 cas de l'étude, 7 enfants (18%) sont admis pour suspicion claire de maltraitance : 4 pour ecchymoses ou hématomes

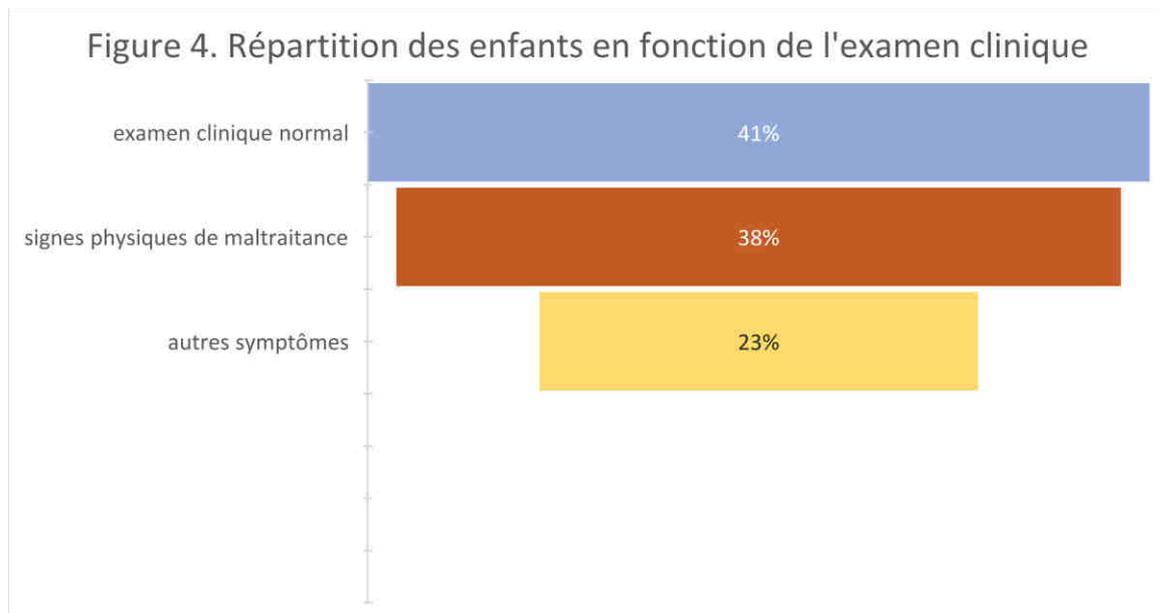
(10%), 1 pour attouchements sexuels (2,5%), 2 pour déclaration sur parole de maltraitance (5%). Les données recueillies objectivent par ailleurs 9 admissions pour comportements suicidaires (23%), dont 4 par IMV (10%), 2 par auto-strangulation (5%), et 3 pour idées noires (8%). De plus il y a eu 3 admissions sur 39 pour troubles du comportement dont 2 (5%) pour hétéro-agressivité et 1 pour auto-agressivité. Les hébergements pour raison sociale représentent 10 motifs de consultation sur 39 (26%), dont 5 pour conjugopathie avec violence conjugale (13%), 2 (5%) pour répit parental sur épuisement, 2 (5%) pour décès inattendu de la mère, 1 pour IMV maternelle (2,5%). Les données recueillies montrent qu'il y a eu 9 enfants sur 39 (23%) qui ont été admis initialement pour un motif médical non lié à la maltraitance, 2 (5%) pour vomissements et pleurs, 1 pour pyélonéphrite (2,5%), 1 enfant pour somnolence (2,5%), 2 (5%) pour prématurité, 1 pour accouchement dans contexte de déficience mentale des parents, 1 (2,5%) pour AVP et 1 (2,5%) pour consultation de suivi de maladie chronique (cas 19 avec trouble autistique). Enfin le cas numéro 38 dont le motif est la répétition de RDV non honorés dans le cadre de sa maladie chronique de neurofibromatose.

Figure 3. Répartition des enfants en fonction du motif de consultation



c) Examen clinique

Lors de l'examen, plusieurs éléments ont pu être recueillis soit en rapport direct, ou sans rapport direct avec la violence sur enfants. Parmi les 39 cas de l'étude on retrouve dans 15 cas (38%) des signes physiques d'enfant en danger : 9 cas avec ecchymoses/hématome (23%), 5 avec scarifications (13%), 1 syndrome hyperexcitabilité neurologique sur sevrage tabac (2,5%). On trouve également 9 (23%) cas avec des autres symptômes non liés la maltraitance : 4 cas avec somnolence (10%), 1 avec retard de langage (2,5%), 1 avec une douleur de la fosse lombaire et fièvre (2,5%), 1 avec une hyperactivité (2,5%), 1 avec une diarrhée (2,5%), 1 avec une mycose du siège (2,5%). Un examen clinique strictement normal a été retrouvé dans 16 cas sur 39 (41%). Enfin 1 enfant (cas 38) n'a pas été examiné car non présent.



d) Examens paracliniques

Concernant les examens paracliniques réalisés nous avons distingué les examens de biologie et d'imagerie. Une biologie sanguine standard a été réalisée dans 16 cas sur 39 (41%). On entend par

biologie standard une biologie comprenant les analyses suivantes : NFS, CRP, urée, créatinine, électrolytes, transaminases et une TSH. Parmi ces 16 biologies, 12 sont sans anomalie (75%), et 4 biologies (25%) montrent au moins un élément anormal dont une CRP élevée (protéine montrant une inflammation et une infection) à 280mg/l dans le cas 11, une hyperthyroïdie dans le cas 36, et une paracétamolémie positive (confirmant une intoxication au paracétamol) dans les cas 18 et 21. Par ailleurs, une biologie urinaire (ECBU et/ou recherche de toxique urinaire) a été pratiquée dans 7 cas sur 39 (18%). Parmi ces 7 examens, 100% des ECBU sont stériles et 5 analyses (71%) ont confirmé la présence d'au moins un toxique dans les urines (THC, opiacés, benzodiazépine).

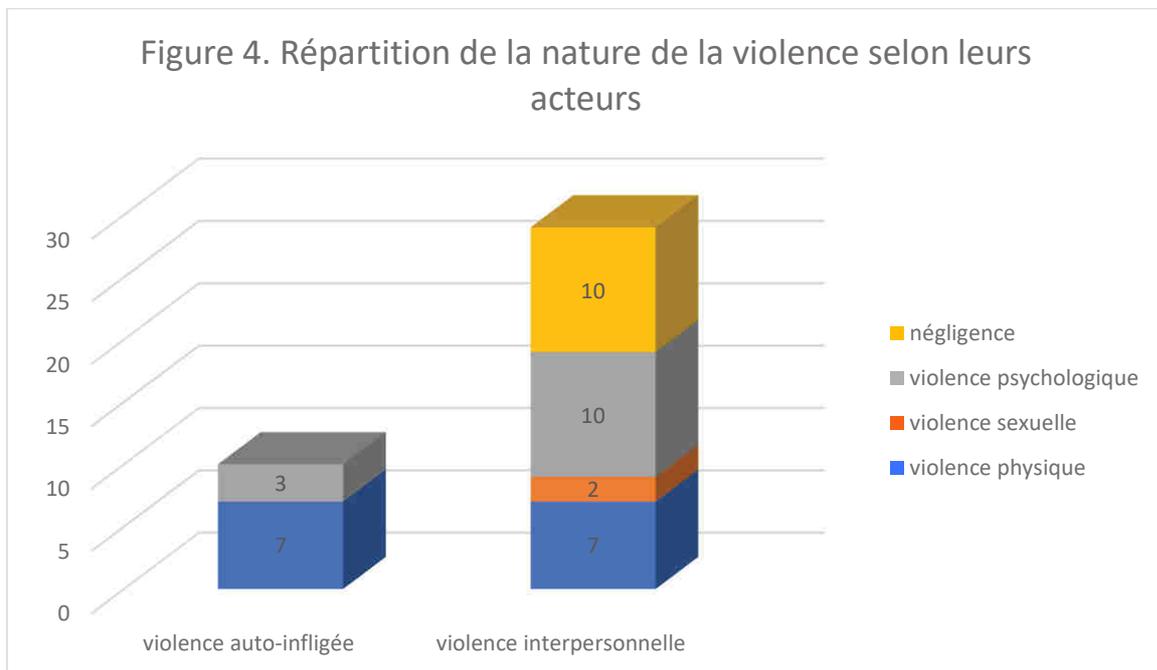
Concernant les examens paracliniques d'imagerie, 12 enfants (31%) ont pu en bénéficier. Une radiographie du corps entier et un grill costal ont été réalisés chez 6 enfants (15%), dont 4 de ces 6 enfants (67%) sont des nourrissons. Une échographie au moins abdomino-pelvienne +/- transfontanellaire a été faite chez 6 enfants (15%) dont 4 sont des nouveau-nés ou nourrissons, et une échographie cardiaque transthoracique a été faite chez un enfant (3%, cas 36). 4 enfants ont bénéficié d'un scanner cérébral (10%, cas 3, 5, 16, 37) dont 100% sont des nourrissons. Enfin, 3 enfants (8%) ont eu une IRM cérébrale (cas 9, 16 et 25) dont 2 sont des nourrissons et un nouveau-né.

e) Consultation spécialisée

Dans cette étude, certains des enfants ont bénéficié de consultations chez un médecin spécialiste pour évaluer le retentissement et les conséquences que pourrait avoir une éventuelle maltraitance. En effet, 4 enfants (10%) ont eu une consultation chez le médecin légiste (cas 3, 6, 9, 37). 6 enfants (15%) ont bénéficié d'une consultation chez l'ophtalmologue avec réalisation à chaque fois d'un fond d'œil qui sont tous sans anomalie (3,5,9, 16, 36, 37). Cinq de ces six enfants (83%) sont des nourrissons. Enfin une consultation chez le pédopsychiatre pour le suivi psychologique a été réalisée pour 18 enfants sur 39 (46%). Parmi ces 18 cas, 14 enfants soit 78% avaient plus de 11 ans.

4) Type de maltraitance.

Nous avons classé les données (Tableau 1 voir plus haut) concernant les types de maltraitance en fonction des auteurs c'est-à-dire violence auto-infligée, interpersonnelle familiale ou communautaire. La violence collective n'intervenant pas dans cette étude. Puis plus précisément en fonction des différents types de violences c'est-à-dire violence physique, sexuelle, psychologique et négligence, résumées dans la figure 4.



Dans cette étude de 39 cas, on observe dans 10 cas (25%) la présence de violence auto-infligée dont 7 cas (18%) de sévices physiques à types de tentatives de suicides ou automutilations et 3 cas (8%) de violence uniquement psychologique, à type d'idées noires. Dans 9 de ces 10 cas de violence auto-infligée, les enfants ont plus de 14 ans (90%), et dans un 1 cas l'enfant a 11 ans. De même, dans 5 de ces 10 cas de violence auto-infligée il s'associe la notion de violence interpersonnelle connue (50%). La violence interpersonnelle est retrouvée dans 29 cas (74%), et elle est retrouvée isolée, c'est-à-dire sans violence auto-infligée associée dans 24 cas sur 39 (62%). Parmi ces 29 cas de violence interpersonnelle, 26 cas sont des violences uniquement familiales (90%), 2 cas (7%) sont des violences familiales associées à des violences communautaires (harcèlement en milieu scolaire, cas 30 et 34), et

un cas fait l'objet de violence uniquement communautaire (agression sexuelle par un inconnu, cas 11).

On distingue également parmi ces 29 cas de violence interpersonnelle, 7 cas de violence physique (24%), 2 cas de violence sexuelle (6%), 10 cas de violence psychologique (35%) et 10 cas de négligence (35%).

Enfin dans 5 cas de l'étude il n'y a pas de violence retrouvée (15%) après les investigations initiales, comme dans le cas 5 où la maltraitance a été écartée suite à de fausses allégations de la mère concernant le père, le cas 16 où une maltraitance avait été soupçonnée devant la découverte d'une hémorragie cérébrale chez un enfant de 2 mois dans un contexte d'AVP. Et 3 cas (8%) où les écrits ont été réalisés sans notion de violence mais à but préventif, comme le cas 22 suite à la naissance de l'enfant avec des parents déficients mentaux et les cas 31 et 32, où les enfants qui sont frère et sœur se retrouvent seuls suite au décès inattendu de leur mère et dont l'écrit a également été effectué à but préventif.

5) Caractéristiques générales des écrits et leurs conséquences

Nous analyserons dans un premier temps les deux types d'écrits qui permettent d'alerter les services sociaux et la justice, que sont les informations préoccupantes et les signalements. Puis le délai qui a été nécessaire entre la date de prise en charge et la date de réalisation de l'écrit. Dans un second temps, nous étudierons les conséquences de ces écrits sur le devenir initial à très court terme de l'enfant, puis nous analyserons les différentes mesures administratives et judiciaires qui en découlent pour enfin observer le devenir de l'enfant à l'issue de ces mesures.

a) Caractéristiques des écrits.

Sur les 39 écrits inclus dans l'étude, il y a 38 informations préoccupantes (97%) et un signalement (3%) pour le cas 11 où il s'agit d'une agression sexuelle par un inconnu.

Le délai d'alerte est calculé par le nombre de jours entre la date de première consultation médicale et la date d'envoi de l'information préoccupante aux services sociaux. Ce délai est inférieur ou égal à 3 jours dans 18 cas sur 39 (46%), entre 4 et 7 jours inclus dans 11 cas (28%), et plus de 7 jours dans 10 cas (26%).

b) Devenir initial de l'enfant.

Concernant l'orientation initiale de l'enfant dans les suites de l'hospitalisation ou la consultation amenant l'écrit, il y a dans 32 cas sur 39 (82%) un retour à domicile chez l'un des deux parents, donc dans le lieu de vie habituel. On constate un retour à domicile chez un tiers de confiance, dans un lieu de vie différent de leur lieu de vie habituel, dans 2 cas (5%) avec les cas 13 et 18, tous deux chez leur tante. Il y a dans le cas 10 (3%) une hospitalisation en unité mère-bébé de Pédopsychiatrie, sans ordonnance de placement provisoire (OPP). A contrario il y a 4 cas d'ordonnance de placement provisoire (10%) ordonnées par le procureur de la République, dont 2 enfants (cas 3 et 9) directement en hospitalisation au service de pédiatrie de Haguenau (5%), un enfant en placement chez le père dans le cas 6 où la maltraitance par la mère est confirmée, et un placement (3%) dans un établissement éducatif et pédagogique (EEP).

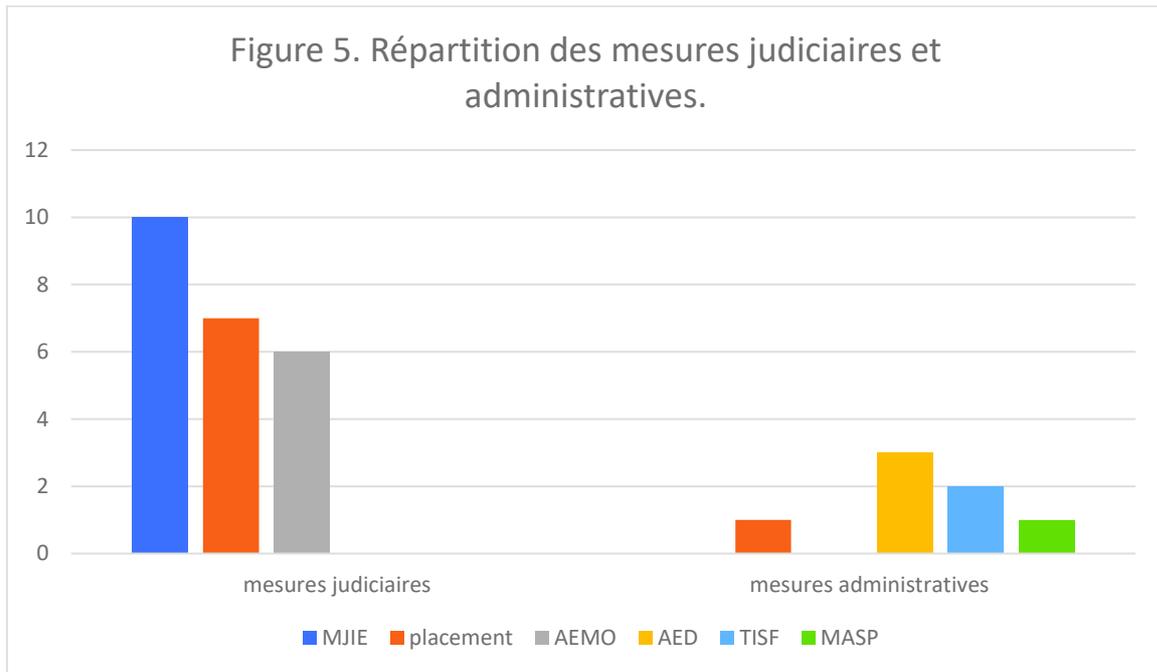
c) Mesures judiciaires et administratives mises en place.

Dans cette étude, sur les 39 écrits réalisés, 18 écrits (46%) sont immédiatement transmis au procureur de la République, soit directement sous forme d'un signalement judiciaire, soit indirectement par l'intermédiaire de la CRIP du service de protection de l'enfance qui le décide selon les dangers signalés dans l'IP. 20 écrits (51%) débouchent sur une évaluation de secteur par l'unité territoriale d'action médico-sociale (UTAMS) décidée par la CRIP, sans transmission au procureur. Parmi ces 20 cas évalués par l'UTAMS, 6 cas (15%) aboutissent à une saisine du procureur en différé, 1 cas aboutit

à une aide éducative à domicile (3%), 1 cas aboutit à la mise en place d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (3%), et 12 cas (31%) aboutissent à un suivi de secteur simple sans mesure particulière. Une IP sur les 39 est transmise à un autre département en raison d'un déménagement, cas 13.

Au final 24 écrits sur 39 (62%) aboutissent à la saisine du procureur de la république soit directement par signalement, soit sur décision immédiate de la CRIP en fonction de la gravité de l'IP, soit suite à l'évaluation médico-sociale. Sur ces 24 cas, le procureur saisit le juge des enfants dans 20 cas (83%) et dans 4 cas (17%) il décide qu'un suivi de secteur par l'assistante sociale ou la PMI était suffisant. Le juge des enfants est donc saisi, immédiatement ou de manière différée, dans 20 cas sur 39 (51%).

Les mesures judiciaires et administratives qui découlent de ces 24 écrits transmis au Parquet de justice sont : dans 10 cas sur 24 (42%) une MJIE (mesure judiciaire d'investigation éducative) aboutissant à 4 aides éducatives en milieu ouvert (AEMO, 17%), 4 classements judiciaires avec relai suivi de secteur (10%), 1 placement en foyer de l'enfance (4%), 1 placement en famille d'accueil (4%). Parmi ces 24 écrits, on a également 2 AEMO directes (8%), 1 placement en accueil de jour puis famille d'accueil (4%), 1 placement en foyer de l'enfance puis famille d'accueil (4%), 1 placement en famille d'accueil puis retour établissement mixte ASE PJJ (4%), 2 classements liés à la majorité. (8%), et 7 évaluations secteur (29%) aboutissant à 1 OPP et placement en famille d'accueil, 1 aide éducative à domicile suivie d'un placement administratif dans une maison d'enfance à caractère social (MECS), 1 AED, et 4 suivis de secteur.



Au total, sur l'ensemble des 39 écrits de cette étude, les différentes mesures (Figure 5) se répartissent en 8 placements (21%), dont 5 en famille d'accueil toujours d'actualité, 1 en établissement mixte ASE / Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), un placement administratif dans une Maison d'enfance à caractère social (MECS) et 1 temporaire en foyer d'accueil mère-enfant. Les enfants ont également bénéficié dans 6 cas (15%) d'une AEMO, dans 3 cas une AED (8%), dans 20 cas (51%) un suivi de secteur sans mesure administrative, dans 2 cas une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) (5%), dont 1 cas une mesure d'accompagnement en Economie Sociale et familiale (MAESF) (3%). Il y a donc trois fois plus de mesures judiciaires (23 sur 30) que de mesures administratives (7 sur 30). Enfin 3 enquêtes pénales (8%) sont ouvertes dans le cadre de viol ou attouchements (cas 11, 20 et 39).

D. DISCUSSION

1) Les Facteurs de risque.

a) Facteurs de risque liés aux parents et la famille.

1. Antécédents médicaux et sociaux.

Nous avons vu qu'un enfant aux antécédents personnels de violence a plus de chance d'être à nouveau confronté à la maltraitance. Il en est de même concernant les parents ayant eu des antécédents de maltraitance ou de soucis avec les services sociaux puisque dans 23% des cas au moins un des deux parents était connu des services sociaux pour maltraitance (soit victime, soit coupable de maltraitance sur un membre de la fratrie). Une étude américaine sur 900 enfants a conclu que les châtiments corporels sévères infligés par les parents aux enfants à l'âge de 8 ans laissaient présager pour ces derniers des arrestations pour violence. Mais également – pour les garçons – laissaient présager de la sévérité des châtiments qu'ils infligeraient à leurs enfants et la violence qu'ils feraient à leur épouse.(40)

Parmi les antécédents médicaux des parents, les conduites addictives, les handicaps et les troubles psychiatriques et de l'humeur font également partie dans la littérature des facteurs de risque liés aux parents dans la maltraitance infantile.(41) L'étude montre que dans 23% des cas au moins l'un des deux parents présente un trouble psychiatrique ou de l'humeur, souvent un syndrome anxiodépressif. En France, la prévalence des maladies mentales est appréhendée notamment au travers d'enquêtes en population générale. 14% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES4 déclarent souffrir d'une maladie psychique(42). Le taux de notre étude de 23% est

supérieur à la population générale et également supérieur à la littérature où l'on retrouve que 10% de troubles psychiatriques chez les parents d'enfants maltraités(43). Cette différence peut s'expliquer par une surestimation de trouble psychiatrique et de l'humeur, or nous avons réunis sous ce terme les dépressions sous traitement, les tentatives de suicides et les psychoses. Au niveau addictologique, 44% des enfants ont au moins un des deux parents qui consomme une substance addictive. Si l'on soustrait l'addiction au tabac, qui n'en est pas moins un danger pour la santé de l'enfant, on retrouve encore 28% de toxicomanie chez l'un des deux parents, toxicomanie qui est reconnue dans la littérature comme un facteur de risque important. En effet une étude menée par Kienberger et al., à Chicago, mettait en évidence un taux de survenue de mauvais traitements dans les cinq premières années de vie des enfants de mères toxicomanes 2 à 3 fois supérieur au taux constaté dans la population générale localement(44).

L'altération du lien psycho-social est à nouveau au premier plan dans ce cas par l'impossibilité des parents à donner une source affective nécessaire à l'enfant avec la présence d'antécédents de violence, de toxicomanie et de trouble psychiatrique et de l'humeur. Fait intéressant dans une étude californienne, les complications pendant l'accouchement étaient fortement liées à une violence future lorsqu'un des parents avait souffert de troubles psychiatriques.(22)

2. Environnement familial et âge de la mère.

Concernant le statut marital, une famille monoparentale est considérée dans la littérature comme un facteur de risque de danger pour l'enfant.(9) Une étude faite par l'unité 750 de l'INSERM sur la violence faite aux nourrissons en Bretagne, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais, fait ressortir que dans plus d'un tiers des cas les mères coupables vivaient seules(23). Les enfants vivant dans des familles monoparentales prédominent largement parmi les familles à risque, en France : un enfant sur deux

pour lequel un risque est évoqué vit chez sa mère seule (46,3 %) et 8,7 % chez le père seul. Seuls 35 % de ces enfants en risque vivent chez leurs deux parents alors que la moyenne nationale des enfants vivant avec leurs parents en couple est de 71 % selon l'INSEE.(26). Ce taux de famille monoparentale augmente en fonction de l'âge de l'enfant : faible chez les nouveau-nés maltraités et s'accroît chez les plus grand. Notre étude montre un taux de famille monoparentale plus faible que la moyenne à 18% avec 6 cas sur 33, et toutes sont des mères, ce qui peut s'expliquer par la surreprésentation de nouveau-nés.

Dans ces familles, l'existence de conjugopathie et de violence conjugale est un facteur déterminant de maltraitance. Selon des travaux sur ce sujet à Genève, l'expérience de l'interaction mère-fœtus dans le cadre d'enfants victimes de maltraitance pendant la vie fœtale - mère maltraitée, violences domestiques et évidemment toutes les situations traumatiques dans le monde de la maison au cours de l'âge précoce - marque dans le réseau neuronal des interactions spécifiques et provoque des séquelles dans la neuroanatomie du fœtus notamment au niveau du carrefour végétatif. Donc des maladies comme l'hypertension, les maladies endocriniennes pourraient y être liées(20). Dans une thèse de médecine à Nancy en 2009 40% des victimes de maltraitance confirmée déclarent des violences au foyer(45). La violence à l'adolescence et à l'âge adulte sont liées, elles aussi, à des conflits parentaux pendant la petite enfance et à un attachement insuffisant entre parents et enfants(46). Parmi les 39 cas de notre étude, 11 cas font état de conjugopathie avec violence intrafamiliale (28%), ce chiffre est très probablement sous-estimé puisque nous n'avons pris en compte que les dossiers où étaient mentionnées des violences physiques nettes et nous avons considéré toute absence de violence dans les dossiers comme famille sans violence.

Le jeune âge de la mère à la naissance de l'enfant fait partie intégrante des éléments à prendre en compte dans le repérage de la maltraitance(14) Dans notre étude plus d'un tiers des mères avaient moins de 22 ans, et la moyenne d'âge des 29 mères dont l'âge a été retrouvé est de 28 ans contre 30,7 ans dans la population générale selon le dernier recensement de l'INSEE en 2019, en constante augmentation.(47)

On retrouve dans l'étude une forte consommation de soins et une multiplication des consultations aux Urgences Pédiatriques dans 11 cas sur 37 (32%) avec plus de 4 passages uniquement au CH de Haguenau. En effet ce chiffre est à mettre en lien avec la notion de nomadisme médical qui se caractérise par le changement fréquent de médecin et donc un faible suivi de l'enfant. Le film « La maladroite » réalisé par Eléonore Faucher en 2018 illustre bien ce phénomène. Le choix d'un médecin traitant (pédiatre ou médecin généraliste) pour l'enfant, possible depuis décembre 2016, diminuerait le nomadisme médical et améliorerait le suivi de l'enfant. Ce phénomène de nomadisme est en effet accentué lors de consultations aux urgences qui par définition se fait dans l'urgence avec un changement d'interlocuteur médical à chaque passage et où l'on observe très souvent l'oubli du carnet de santé dans ces cas-là.

Ainsi, la famille, qui devrait être source de protection et de valorisation nécessaires au développement psychomoteur de l'enfant, peut présenter des conditions permettant le repérage de maltraitance telles que : la conjugopathie avec violence intrafamiliale tout comme l'isolement social avec des familles monoparentales et souvent jeunes. Dans les deux cas, le nomadisme médical doit alerter(48).

b) Facteurs de risque liés à la grossesse, la naissance et l'enfant.

Dans presque la moitié des cas on retrouve l'existence d'une grossesse pathologique (48%), ainsi que la présence d'une prématurité (48%). Ces deux phénomènes sont très souvent associés par un lien de cause à effet(49) et l'on retrouve au moins l'une de ces deux situations dans 57% des cas de notre étude. Il a été démontré que le lien psycho affectif mère/enfant, qui est un facteur de protection contre la maltraitance (50), commence lors de la grossesse et s'intensifie durant la période périnatale où existent les premiers contacts physiques. Lors de grossesse pathologique et donc de prématurité, ce lien à la naissance est perturbé par l'hospitalisation, la fréquence des soins médicaux nécessaires à la survie du bébé et un contact mère / enfant plus rare que pour une naissance normale. La littérature confirme que tout trouble des interactions précoces est un facteur de risque de maltraitance(19) et touche aussi bien l'enfant que les parents sur le développement et la relation psycho-affective. Lors

d'une étude de l'INSERM, 22% des bébés secoués sont nés prématurés(23), comme dans notre étude le cas 9 qui est le seul cas de syndrome de bébé secoué et où l'on retrouve une grossesse pathologique ainsi qu'une prématurité.

Il est donc primordial, lors des hospitalisations, de privilégier ce temps mère/enfant et de permettre au maximum les interactions précoces par la stimulation de la participation de la maman aux soins et l'accompagnement par les conseils.

D'autres traumatismes considérés comme facteur de vulnérabilité, en dehors de la prématurité, sont retrouvés dans l'étude comme l'existence de violences dans le vécu de l'enfant. 21% des enfants ont connu soit une agression sexuelle soit une tentative de suicide et très souvent les deux associées. D'où l'importance d'un suivi multidisciplinaire dès la première situation de violence car les récurrences sont fréquentes.

L'étude met donc en évidence deux grands facteurs de vulnérabilité que sont les grossesses pathologiques / prématurités ainsi que les antécédents de violence personnelle, qui sont tous deux des traumatismes qui altèrent le développement psycho-social à la fois de l'enfant et des parents.

c) Facteurs de risque liés à la situation socioéconomique

Il existe une idée reçue particulièrement tenace : le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. Cette assertion est principalement liée au véritable cercle vicieux créé par le fait que, par définition, les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes aisées. En fait la maltraitance traverse toutes les classes sociales et les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. La présence de la maltraitance dans toutes les classes sociales, et pas seulement dans les classes à faible niveau de vie, a été montrée pour deux problèmes pour lesquels on dispose de données solides (les violences conjugales ; le syndrome du bébé secoué [SBS])(51). Dans notre étude il existe une notion de précarité financière dans presque la moitié des cas connus (42%), définie dans l'étude comme la situation d'avoir les deux parents sans emploi ou alors une situation

monoparentale également sans emploi. Les données officielles se contredisent puisque l'OMS déclare que les situations de maltraitance sont plus fréquentes dans les familles défavorisées, connaissant de mauvaises conditions de logement, en cas de chômage de l'un des deux parents, dans les situations de précarité ou de pauvreté. Alors qu'en France, la tendance est plutôt neutre selon les chiffres de l'étude de morts violentes de nourrissons de l'INSERM où plus de la moitié des femmes dont on connaît l'activité professionnelle en ont une et seulement 23,5 % sont au foyer. Seules 18% des mères n'avaient pas de salaire et touchaient uniquement des allocations.

La précarité financière semble être un facteur de risque de maltraitance au niveau mondial. En France, les conclusions sont moins affirmatives.

2) Caractéristiques générales des enfants.

a) Nombre d'écrits.

D'après les chiffres de l'étude, il n'y a pas d'évolution significative dans le nombre d'IP ou de signalements selon les quatre années étudiées alors que les données de l'ONPE lors d'une étude entre 2007 et 2016 sur le territoire national montrent une augmentation constante du nombre d'IP allant jusqu'à 30% tous les ans sur l'ensemble des départements(52). En effet, notre échantillon de patients est faible et non représentatif de la population générale puisque le secteur hospitalier ne représente qu'un très faible pourcentage parmi l'ensemble des auteurs de signalements ou d'IP.

b) Répartition selon le sexe.

La proportion de garçons (28%) 11 parmi l'ensemble des enfants inclus dans l'étude, tout âge confondu, est beaucoup plus faible que la proportion de filles (72%). Cela est significativement le cas pour la classe des nouveau-nés et la classe des préadolescents et adolescents. Dans la classe des

nourrissons, de la petite enfance et de la grande enfance la différence est très faible voire inexistante. Ces données sont en inadéquation avec les données nationales comme le montre l'étude faite par le SNATED entre 2010 et 2014 où le nombre d'IP, tout âge confondu, se répartit équitablement entre garçons et filles. Selon les classes d'âge, les écarts apparaissent dès le plus jeune âge : jusqu'à la classe d'âge 6-10 ans, les garçons sont majoritaires, la tendance s'inversant dès 11 ans. La différence la plus marquée est observée dans la population adolescente (15-17 ans), classe d'âge dans laquelle près de 6 adolescents sur 10 sont des filles(53). La surreprésentation de filles dans notre étude peut s'expliquer par le fait que l'étude, qui se fait dans un centre hospitalier, concentre une majorité de cas graves avec notamment les violences physiques et surtout sexuelles, dont les filles sont plus fréquemment victimes(54).

c) Répartition selon l'âge.

La répartition des enfants dans les différentes classes d'âges se concentre principalement dans la classe des nourrissons (28%), et dans la classe préadolescents / adolescents (36%), contre seulement 10% pour les nouveau-nés, et 13% respectivement pour la petite enfance et la grande enfance. Les données nationales sur la répartition des IP selon l'âge, n'illustrent pas parfaitement les données de notre étude, et sont rapportées dans une enquête du SNATED de 2014. En effet, plus de 1 enfant sur 10 ont moins de 3 ans, 2 enfants sur 10 entre 3 et 5 ans (inclus), 3 enfants sur 10 entre 6 et 10 ans (inclus), et 4 enfants sur 10 de 11 ans et plus.(53) Cette différence peut s'expliquer pour différentes raisons.

Ces données nationales ne sont qu'un reflet de la réalité puisqu'il existe trois biais affectant les données chiffrées (la façon de comptabiliser les informations préoccupantes, la réalisation ou non d'un pré-tri et l'absence de certaines données) qui n'ont pas permis d'obtenir de données nationales fiables et cohérentes concernant le recensement des IP traitées.(52)

Cette différence s'explique également dans l'existence d'un biais de sélection dans notre étude qui possède un échantillon peu représentatif de la population générale. La surreprésentation de nouveau-

nés et nourrissons est à mettre en parallèle avec le fait que l'étude est réalisée dans un service de pédiatrie et donc que certaines IP sont faites directement à la naissance de l'enfant au service de néonatalogie quand il y a une situation à risque pour l'enfant. De plus les parents amènent volontiers plus rapidement leurs nouveau-nés et nourrissons en consultation aux urgences du CH plutôt que chez le pédiatre ou le médecin généraliste en lien soit avec la gravité de la situation soit en lien avec l'inquiétude que le jeune âge procure.

De même, les situations concernant les préadolescents et adolescents justifient très majoritairement une hospitalisation devant des motifs de comportements suicidaires ou troubles du comportement qui sont plus difficiles à gérer à domicile et qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Ce qui explique la représentation importante de cette classe d'âge dans l'étude.

Les enfants de 2 à 12 ans sont peu représentés en comparaison aux 2 classes d'âge extrême. Ce phénomène peut s'expliquer par une forte consommation de soins pour cette classe d'âge en médecine de ville par rapport à l'hôpital. Le corps médical n'étant par ailleurs que très faiblement lanceur d'alerte de maltraitance pour ces enfants pour qui les principaux acteurs de dépistage sont les crèches et surtout le milieu scolaire qui ont un lien plus étroit avec l'enfant et surtout la famille.

Ainsi, trois populations différentes ressortent de l'analyse ; les nouveau-nés et nourrissons hospitalisés, les enfants de 2 à 12 ans, et les adolescents hospitalisés pour comportement suicidaire.

3) Données médicales liées à l'hospitalisation.

a) Unité de service à l'origine des écrits

Notre étude est constituée à 90% de cas hospitalisés et l'hôpital, comme précisé dans les critères d'inclusions, est à l'origine de 100% des écrits. Or, le corps médical n'est que faiblement représenté parmi les lanceurs d'alerte de maltraitance en France. Selon l'étude annuelle de 2019 relatives aux appels du SNATED, seul 6,7% des appelants sont des professionnels tout secteur confondu et le

secteur éducatif est largement dominant par rapport au secteur médical. Près de 40% des appelants sont les membres de la famille proche, plus de 10% du temps c'est le mineur concerné qui appelle et plus de 10% le voisin. Il reste donc une grosse marge d'amélioration du dépistage de l'enfance en danger par les professionnels médicaux.

b) Motif de consultation, examen clinique et paraclinique, et consultation spécialisée.

1. Les nouveau-nés et nourrissons.

Concernant les 7 cas avec motifs de suspicion claire de maltraitance, c'est-à-dire dans la majorité des cas des signes de sévices physiques faciles à reconnaître, 6 sont des nourrissons. De même, pour les 9 cas avec motifs médicaux (23%), 7 ont moins de 2 ans (nouveau-nés ou nourrissons).

L'examen clinique est très souvent peu contributif puisque seuls 4 des 15 enfants présentant des signes de sévices physiques sont des nouveau-nés ou nourrissons. Et parmi les 16 examens cliniques strictement normaux 10 sont des nouveau-nés ou nourrissons.

Le manque d'éléments à l'interrogatoire ainsi que l'examen clinique motivent à pousser les investigations paracliniques à la recherche de signes en faveur de maltraitance. Sur les 16 biologies sanguines réalisées, la moitié sont des nouveaux nés ou nourrissons et toutes sont normales. Une analyse des urines a été faite uniquement dans le cas 7, positive à la THC dans un contexte de somnolence sur ingestion de cannabis au domicile. La réalisation d'examen d'imagerie pour cette classe d'âge est encore plus flagrante avec 4 radiographies corps entier sur 6, 4 échographies sur 6, 4 scanners cérébraux sur 4, et 3 IRM cérébrales sur 3.

Ils ont bénéficié de 5 consultations ophtalmologiques sur 6 avec réalisation de fond d'œil. Fond d'œil réalisé dans le but de rechercher des hémorragies rétinienne dans les contextes de syndrome de bébé secoué. Enfin 3 des 4 consultations du médecin légiste concernent des nouveau-nés.

2. Les petits et grands enfants (entre 2 et 12 ans).

Le motif de consultation prédominant dans l'étude est l'hébergement social avec plus d'un quart des cas (26%) avec le cas typique de mise à l'abri de l'enfant dans un contexte de violence conjugale et plus rarement d'incapacité du parent célibataire de poursuivre la garde de l'enfant (IMV, décès, épuisement). Les classes d'âge les plus représentées sont les petits et grands enfants avec 6 cas sur les 10 hébergements. Ceci peut s'expliquer par le fait de vouloir protéger les enfants vulnérables des sphères familiales agressives, pensant probablement, à tort, que les nouveau-nés sont moins impactés par les violentes disputes et ne sont pas en âge de comprendre. Les adolescents quant à eux sont plus autonomes et sont peut-être moins concernés par ce motif.

L'examen clinique confirme le caractère social et non médical de l'hospitalisation puisque sur les 16 examens cliniques normaux, 8 sont des petits ou grands enfants, sur 10 enfants de 2 à 12 ans au total dans notre étude.

Ils ne bénéficient que très peu d'examens paracliniques puisqu'en dehors du cas 6, aucun n'a eu d'imagerie et un seul cas a eu une biologie sanguine. Sur les 18 consultations chez le pédopsychiatre, 4 sont des petits ou grands enfants. Il n'y a pas eu d'autre consultation spécialisée.

Le cas 6 est une maltraitance confirmée qui a bénéficié d'une investigation approfondie avec réalisation de radiographie, échographie et consultation chez le médecin légiste.

3. Les préadolescents et adolescents

Les comportements suicidaires et les troubles du comportement, qui représentent à eux deux presque un tiers des motifs de consultation (respectivement 23% et 8%), concernent uniquement la classe des préadolescents et adolescents dans l'ensemble des cas. Selon le rapport mondial de l'OMS de 2002(55) sur les violences dirigées contre soi-même, les pensées suicidaires et les tentatives de

suicides sont courantes chez les jeunes. Chez les moins de 25 ans, le rapport entre les tentatives de suicide et les suicides peut atteindre 200 pour 1, et sont unanimement considérés en lien étroit avec la notion de maltraitance dans l'enfance notamment les sévices physiques et sexuels (55).

L'analyse des éléments retrouvés à l'examen clinique retrouve des signes de sévices physiques – principalement lésions tégumentaires à type d'hématome ou ecchymose - dans 15 cas (38%) dont plus de la moitié (8 sur 15) concernent les adolescents (violences infligées ou auto-infligées). D'autres présentent des symptômes médicaux sans rapport initial avec la maltraitance comme les 3 cas de somnolence chez des adolescents qui résultent au final d'une intoxication médicamenteuse volontaire.

Sur les 16 analyses biologiques réalisées dans l'étude, la moitié a été faite chez des adolescents afin de dépister soit la présence de toxiques dans un contexte d'intoxication comme le paracétamol avec 2 cas positifs, soit la recherche d'anomalies biologiques qui fait partie du bilan obligatoire de base à la recherche de causes organiques de trouble du comportement. Six des sept analyses d'urine sont réalisées chez des préadolescents et adolescents dont cinq sont positives à au moins un toxique urinaire (THC, opiacés, benzodiazépines).

Seuls trois cas chez les adolescents ont bénéficié d'imagerie et à chaque fois pour raison médicale stricte sans rapport avec la maltraitance. Le cas 36 avec une échographie cardiaque dans un contexte d'hyperthyroïdie, le cas 11 avec une échographie abdominale dans un contexte de pyélonéphrite, et le cas 14 avec une radio du poignet droit pour bilan de plaie. Cette classe d'âge est fortement représentée dans les consultations chez le pédopsychiatre puisque 14 des 18 consultations sont pour des enfants de plus de 12ans.

On distingue ainsi trois groupes différents :

- Les adolescents avec les troubles du comportement et comportements suicidaires qui présentent, pour la moitié, des signes de sévices physiques, bénéficient de peu d'examen paracliniques en dehors des recherches de toxiques urinaires, et qui consultent pour la grande majorité des cas le pédopsychiatre.

- Les petits et grands enfants en hébergement social dont, pour la moitié, l'examen clinique est normal. Peu d'examens paracliniques sont pratiqués et près de la moitié des enfants bénéficient d'une consultation chez le pédopsychiatre.
- Et enfin les nouveau-nés et nourrissons avec, soit des suspicions claires de maltraitance dont un tiers présente des signes de sévices physiques, soit au contraire des découvertes fortuites de maltraitance sur des pathologies médicales sans rapport, avec examen clinique peu contributif, bénéficiant de la moitié des prises de sang et la très grande majorité des imageries.

4) Type de maltraitance.

Si les types de violence selon les auteurs des mauvais traitements infligés – auto infligés ou interpersonnels - sont souvent facile à reconnaître, la nature de la violence quant à elle n'est pas aisée à analyser puisque plusieurs violences peuvent être intriquées. C'est le cas notamment des violences, que nous avons classées en violence uniquement physique, mais qui très probablement laisse penser à une négligence voire à de la violence psychologique sans que le dossier n'en fasse l'état. Inversement, parmi les négligences ou violences psychologiques, il y a très probablement des violences physiques qui restent fortement sous-estimées. Il y a eu, en effet, une réflexion sur quelques cas particuliers : les comportements suicidaires à type d'IMV ont été considérés comme une violence physique auto-infligée au même titre que les automutilations alors que les idées noires ont été classées dans les violences psychologiques auto-infligées. Concernant les hébergements pour conjugopathies avec violence uniquement conjugale nous nous sommes basés sur les définitions de l'OMS et les avons classées dans la violence psychologique puisqu'il y a échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. (9).

Parmi les dix cas de violences auto-infligées, il y a dans l'étude sept cas de violence physique et trois cas de violence psychologique qui sont tous des comportements suicidaires où l'un, la tentative de

suicide, n'est que la suite logique de l'autre, les idées noires. Et cela concerne des adolescents dans 90% des cas de notre étude. D'où la nécessité du dépistage précoce du mal-être dans cette classe d'âge avec l'importance de la question des idées noires à l'interrogatoire de base lors d'une consultation de médecine générale pour tout préadolescent ou adolescent. L'étude relative aux appels du SNATED de 2018 retrouve des chiffres avec seulement 5,5% des appels qui concernent des comportements du mineur mettant en danger sa sécurité ou sa moralité.(26) Dans la moitié de ces dix cas, il s'associe la notion de violence interpersonnelle, donc souvent de maltraitance familiale. Ce qui montre le lien entre maltraitance et violence chez l'adolescent et l'adulte jeune. Le comportement des parents et le milieu familial jouent un rôle essentiel dans le développement d'un comportement violent chez les jeunes. Un cadre éducatif qui laissent à désirer et des châtiments corporels punitifs sévères sont des prédicteurs importants de la violence pendant l'adolescence et les premières années de l'âge adulte(46).

Concernant les violences interpersonnelles, 26 des 29 cas sont familiaux (90%). Ces chiffres sont en accord avec l'étude relative aux appels su SNATED de 2018 où plus de 9 auteurs présumés sur 10 sont membres de la famille proche(26). Les violences les plus représentées, parmi l'ensemble des violences interpersonnelles, sont les violences psychologiques (35%) et les négligences (35%) ; suivies des violences physiques avec sept cas (24%) et deux cas de violence sexuelle (6%). Le SNATED en 2018 retrouve le même classement avec des pourcentages plus faibles : la moitié des cas représentée par la violence psychologique ou la négligence faite aux enfants (respectivement 29% et 22%), 20% de violence physique et 3% de violence sexuelle. Les chiffres du SNATED sont plus faibles puisqu'ils ajoutent dans leur étude d'autres types de danger - la violence au sein du couple et les conditions d'éducation compromises - qui représentent à eux deux près de 20% des appels et que nous avons intégrés dans les violences psychologiques et la négligence en accord avec la typologie de l'OMS et les définitions de l'ODAS. A noter que 7 des 10 cas de négligence sont des nouveau-nés ou des nourrissons.

Ainsi deux populations se distinguent : les adolescents et leur violence auto-infligée, conséquence de maltraitance subie dans l'enfance et ayant des répercussions à type de troubles du comportement - et

les nouveau-nés et nourrissons, victimes de négligence. Les classes de petits et grands enfants étant répartis de manière non significative dans la violence psychologique, la négligence et la violence physique.

5) Caractéristiques des écrits et leurs conséquences sur le devenir de l'enfant.

a) Caractéristiques générales des écrits.

L'étude comporte 97% d'informations préoccupantes contre seulement 3% de signalements judiciaires. Ceci s'explique par le fait que 90% des enfants sont hospitalisés et ne sont donc plus dans une situation de danger imminent. Le cas 11 victime d'une d'agression sexuelle par un inconnu a été sujet d'un signalement judiciaire immédiat dans le but de lancer l'enquête pénale, moins pour protéger l'enfant qui était alors hospitalisé et en sécurité. Par ailleurs, le fait que la traumatologie pédiatrique soit gérée par le Service d'Urgences Adultes est un biais dans la sous-représentation des enfants poly fracturés ou polytraumatisés. Il y a ainsi, dans cette étude, une plus faible proportion de situation de danger imminent, donc une plus faible proportion de signalement.

Dans la même logique le délai d'envoi de l'information préoccupante par rapport à la date d'arrivée de l'enfant peut être différé dans le but d'avoir le maximum d'informations avant l'envoi tout en sachant que l'enfant est hospitalisé. La moitié des IP sont envoyées dans les trois premiers jours, un quart entre trois et sept jours et un quart après sept jours. Ces délais qui peuvent paraître longs sont à mettre en parallèle avec le délai de réalisation des examens paracliniques et de l'obtention de leurs résultats, dans les cas de nouveau-nés par exemple où parfois les résultats d'examen sont les seules preuves. Il existe également de manière non négligeable un retard d'acquisition des informations importantes comme par exemple des aveux tardifs des enfants notamment adolescents, ou alors l'interrogatoire de la famille ou des proches qui apportent de nouveaux éléments d'alerte.

b) Devenir initial de l'enfant

Dans notre étude, 82% des enfants à l'origine des IP retournent à domicile. Et ce pourcentage est bien plus faible que celui de la population générale puisque notre étude réalisée en milieu hospitalier concentre des cas de danger plus graves que la moyenne. On déduit de ces chiffres la volonté de maintenir autant que possible l'enfant dans son environnement familial et d'accompagner les parents dans leur milieu de vie, si l'enfant n'est pas en situation de danger grave. Dans le cas contraire, lorsqu'il y a danger, l'enfant est sorti du cadre familial. Soit il y a une ordonnance de placement provisoire sur décision du procureur de la République en urgence, et c'est le cas pour quatre enfants de notre étude (10%) dont la moitié hospitalisés en pédiatrie au CHH, un chez le père suite à la maltraitance de la mère, et un en Etablissement ASE. Soit la décision est administrative en discussion entre la famille, le corps médical et le service de protection de l'enfance pour sortir temporairement l'enfant du milieu délétère avec un placement chez un tiers de confiance dans 5% des cas (cas 13 et 18) et un placement en unité mère-bébé.

c) Mesures et prestations mises en place suite à l'écrit.

Le procureur de la République, qui est l'intermédiaire entre le juge des enfants (JDE) et la CRIP, a été immédiatement saisi dans presque la moitié des cas (46%), soit directement par signalement judiciaire soit indirectement par la CRIP. Il décide d'une OPP dans quatre cas, comme vu plus haut, soit presque un quart des cas. Les autres décisions judiciaires sont prises par le juge des enfants lorsqu'il est saisi par le procureur de la République.

Dans plus de la moitié des cas (51%), les instances judiciaires ne sont pas saisies, et la CRIP décide de transmettre l'information aux services sociaux de secteur (UTAMS) pour évaluer la situation à court terme et proposer si besoin des mesures administratives, dans les cas où il n'y a pas de danger imminent pour l'enfant et avec la collaboration des parents, condition sine qua non. L'évaluation de

secteur est complexe et a une place primordiale puisqu'elle permet de mettre en place les mesures administratives, si cela est suffisant, nécessaires pour le devenir de l'enfant. La spécificité de chaque situation et la difficulté pour les services de secteur (Assistante sociale et/ou PMI) à rassembler les informations, par manque de temps et de moyens, ou tout simplement par la survenue de nouveaux événements, amènent parfois à saisir le procureur de la République de manière différée. Ce dernier saisit à son tour le juge des enfants dans six cas soit 15% des enfants de l'étude. La transmission pour saisine du JE suite à l'évaluation se fait dans 3 situations :

- Eléments de risque, de risque de danger pour l'enfant et/ou impossibilité de collaborer avec la famille et/ou collaboration inefficace.
- Danger grave et imminent.
- Impossibilité d'évaluer.

Au final, le procureur de la République est saisi sur 24 des 39 dossiers de l'étude, et saisi le JDE pour 20 dossiers, soit plus de 8 fois sur 10 (83%).

Le juge des enfants décide dans la moitié des cas d'ordonner une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), pour lui permettre de chercher les éléments nécessaires et manquants à la prise de décision pour le devenir de l'enfant. Des mesures judiciaires sont donc mises en place par le JDE soit directement soit après une MJIE.

1. Mesures judiciaires

Sur les 39 enfants inclus dans l'étude, 7 enfants (18%) bénéficient d'un placement judiciaire : un adolescent en établissement mixte ASE - 1 temporaire en foyer d'accueil mère-enfant - et la grande majorité en famille d'accueil, soit 13% de l'effectif total. Tous les enfants placés en famille d'accueil sont des nouveau-nés ou des nourrissons. Cela permet d'avoir un cadre adéquat pour le développement psycho-social de l'enfant, la mise à l'abri est un atout pour le devenir de l'enfant. Mais ces chiffres

mettent également en perspective la difficulté pour les enfants plus âgés d'obtenir une famille d'accueil, liée notamment à la complexité à cet âge-là de s'adapter au cadre de vie, mais aussi, liée aux troubles du développement ou du comportement de l'enfant. Ces familles sont souvent peu préparées à faire face aux potentiels traumatismes et troubles du comportement des mineurs qu'elles accueillent. Le JDE a donc décidé dans 40% des cas d'un placement.

Les autres mesures judiciaires sont les dix cas de MJIE et les 6 cas d'AEMO, qui concernent respectivement 26% et 15% des enfants de l'étude, et 50% et 30% des enfants pour qui le JDE a été saisi. On note au total 24 mesures judiciaires (placement, MJIE, AEMO) répartis sur 20 enfants. La répartition des MJIE est homogène dans les différentes classes d'âge, mais les deux tiers des AEMO concernent des enfants de plus de 9ans.

En 2016, au niveau national, le JDE a été saisi pour 107 743 mineurs selon le rapport du ministère de la justice(56) sur une population à la même période et du même âge de 15 645 526, soit 6,88‰ des mineurs ont été saisi par le JDE. Ils décident d'une MJIE pour 22% des enfants suivis ce qui est nettement plus faible que les 50% de notre étude. Cette différence s'explique par le fait que notre étude n'inclut que les IP de novo pour des enfants non connus des services sociaux et pour lesquels des mesures d'investigations et d'évaluations sont nécessaires contrairement aux enfants suivis par le JDE de manière générale. Selon le même rapport du ministère de la justice, le JDE décide d'une AEMO et d'un placement pour respectivement 62% et 65% des mineurs. Comme dans notre étude le nombre de mesures est supérieur au nombre d'enfants. L'explication vient du fait qu'une mesure de placement peut être prise pour 6 mois et que de manière concomitante le JDE peut demander une MJIE pour faire le point afin de statuer 6 mois plus tard en audience sur une main levée ou sur une prolongation. Il peut donc y avoir plusieurs mesures pour un même enfant.

2. Mesures administratives

Parmi les mesures administratives de notre étude on décompte trois aides éducatives à domicile (8%), deux TISF (5%), une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) et un placement administratif dans une Maison d'enfance à caractère social (MECS). Les trois AED concernent des enfants de plus de 11 ans, et les deux TISF sont des nouveau-nés. En dehors de ces mesures administratives, 20 enfants bénéficient d'un suivi médico-social réalisé par l'UTAMS de secteur avec l'intervention d'une assistante sociale et de la PMI. Ce chiffre non négligeable met en relief l'accompagnement de proximité par les services de l'aide sociale à l'enfance pour plus de la moitié des cas qui contribue grandement à l'amélioration de la prise en charge des enfants en risque de danger.

Il y a donc trois fois plus de mesures judiciaires (23 mesures) que de mesures administratives (7 mesures). Selon le rapport de l'ONPE en 2017, on retrouve quasiment les mêmes chiffres avec un ratio de 3,7.(25)

Il y a donc au total 30 mesures prises sur l'ensemble des 39 écrits réalisés ce qui montre l'importance de signaler les situations d'enfance en risque de danger. Le nombre d'aide, dont bénéficient les enfants victimes et leurs familles est considérable et a un impact sur le devenir de l'enfant.

3. Mesures contre les agresseurs sexuels

En dehors des mesures administratives ou judiciaires dont bénéficient les enfants victimes de mauvais traitements, les écrits peuvent être utilisés dans les poursuites pénales à l'encontre des agresseurs.

Dans le cas 11, l'adolescente a été victime de viol par un inconnu, le cas 20, où l'adolescente dans un contexte d'IMV a avoué avoir été violée dans sa jeunesse par un cousin, et le cas 39 où un petit enfant ayant subi des attouchements sexuels par le père. Dans ces trois cas de violence sexuelle, une enquête pénale contre les agresseurs est ouverte.

Selon le bulletin numéro 160 du ministère de la Justice de mars 2018, quatre affaires de violences sexuelles sur dix sont des agressions sexuelles sur mineur.(57) Mais ce ratio et les estimations sont très

largement sous-estimés. Ainsi, l'enquête « Contexte de la sexualité » en France (CSF) menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'Institut national d'études démographiques (INED) en 2005-2006 auprès d'un échantillon de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans démontre que 59 % des femmes et 67 % des hommes ayant subi au cours de leur vie un rapport ou une tentative de rapport sexuel forcé ont vécu ces agressions avant l'âge de 18 ans.(58) Il existe de nombreuses raisons à cela : les victimes n'osent pas en parler, elles sont psycho traumatisées, elles étaient trop petites, pensaient que ce n'était pas si grave ou encore parce qu'elles ont fait l'objet de menaces de la part de leur agresseur.(59)

Dans notre étude, dans deux tiers des cas, l'agresseur est un proche de la victime. Des résultats confirmés par l'enquête « Contexte de la sexualité en France » montrant que les attouchements et les rapports forcés concernant des mineurs ont souvent lieu dans un cadre familial ou dans une autre sphère de socialisation (école, groupe de pairs) et sont dans 70% des cas le fait de personnes connues de la victime.(58)

CONCLUSION

« L'enfance en danger » reste un sujet trop peu connu des professionnels de santé. Bien que de nombreuses études voient le jour ces dernières années permettant de dévoiler l'ampleur du problème, l'ensemble des spécialistes sont unanimes sur sa sous-estimation. La maltraitance est souvent détectée trop tardivement et aggrave les conséquences sur le développement psycho-social de l'enfant, sa survie, sa sécurité, sans oublier le coût économique pour la société. La principale difficulté réside dans le dépistage précoce de tous types de violences faites aux enfants.

Le médecin généraliste a ici une place primordiale dans la prise en charge de l'enfance en danger, mais il ne représente actuellement qu'un très faible pourcentage sur l'ensemble des signalants. Ce travail a pour but de sensibiliser le médecin de famille sur le dépistage des mauvais traitements faits aux enfants en détectant les facteurs de risques ou tout autre élément devant « alerter ». Cette analyse, de la réalisation du signalement jusqu'aux différentes mesures administratives ou judiciaires mises en place par le service de protection de l'enfance, devrait permettre au médecin généraliste d'être un acteur incontournable du dépistage précoce et de la prise en charge de l'enfance en danger.

Nous avons réalisé une étude transversale, rétrospective, monocentrique qui porte sur 39 cas de mineurs ayant fait l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement judiciaire. Ils étaient hospitalisés ou vus en consultation dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Haguenau sur une période de quatre ans à partir du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2018. Il ressort de cette étude des éléments d'alerte ou des situations largement détectables dans la pratique courante.

Les différentes classes d'âges partagent toutes, dans la grande majorité des cas, les mêmes facteurs de risques. L'élément essentiel de cette analyse est que les facteurs de risques altérant le lien psycho affectif parents/enfants sont très largement prédominants dans la maltraitance en comparaison aux facteurs socio-économiques, contrairement à ce qu'on laisse entendre dans les médias ou dans l'opinion générale.

En effet, ce lien parents/enfants qui se noue durant toute l'enfance commence dès la grossesse et peut être altéré par plusieurs traumatismes. Plus de la moitié des cas, dont les données ont pu être récupérées, présentent soit une grossesse pathologique soit une prématurité, modifiant le lien précoce mère/enfant très important dans le développement psycho-social de l'enfant. D'autres traumatismes troublent ce développement comme les antécédents d'agressions sexuelles ou les tentatives de suicide retrouvés chez un quart des enfants de l'étude.

D'autres facteurs, cette fois ci liés aux parents, ont été retrouvés dans l'étude, et augmentent le risque de maltraitance comme les antécédents d'au moins un des deux parents d'avoir été victime ou coupable de maltraitance, dans un quart des cas de notre étude. Ou alors l'isolement social avec des familles séparées et monoparentales, souvent des mères, et très souvent jeunes avec une moyenne d'âge nettement inférieure à la moyenne dont un tiers avait moins de 22ans. Des signes pouvant évoquer un nomadisme médical sont présents dans un tiers des cas, nomadisme que le médecin généraliste doit si possible repérer. Mais les facteurs liés aux parents altérant le lien affectif avec l'enfant ont encore une fois une place importante avec notamment : les troubles psychiatriques ou de l'humeur dans presque un quart des cas - la toxicomanie (alcool, cannabis ou drogue dure) dans plus d'un quart des cas - et les conjugopathies avec violence intrafamiliale (28%).

Ainsi, le contexte familial, qui devrait être source d'affection, de protection et de valorisation nécessaires au développement psychomoteur et social de l'enfant, peut-être à lui seul un élément de dépistage de maltraitance.

L'étude nous montre que les signes qui ont permis le dépistage et le diagnostic d'enfance en danger ne sont pas les mêmes selon l'âge de l'enfant, alors que le sexe influence peu. En effet trois groupes se distinguent avec chacun leurs particularités et leurs situations : premièrement les nouveau-nés, jusqu'à 1 mois, groupe que nous pouvons élargir et associer aux nourrissons jusqu'à 2 ans, puis deuxièmement les petits et grands enfants, de respectivement 2 à 6 ans et de 6 à 12 ans, et enfin les adolescents de 12 à 18ans avec leurs caractéristiques propres.

Près de 90% des enfants de notre étude ont été hospitalisés et seulement 10% vus en consultation.

L'hospitalisation permet de prendre le temps d'évaluer la situation et justifie le délai d'envoi de l'IP de plus de sept jours dans un quart des cas. L'enfant étant en sécurité, un signalement judiciaire n'a été fait que dans un cas et tous les autres écrits sont des informations préoccupantes.

L'hospitalisation permet également l'analyse des éléments d'alerte qui ont conduit au diagnostic de maltraitance. On retrouve ainsi les trois groupes d'enfants selon leurs classes d'âge.

Les nouveau-nés et nourrissons sont admis dans la grande majorité des cas, soit pour suspicion claire de maltraitance, soit pour une pathologie médicale et dont la maltraitance est découverte fortuitement.

Dans un tiers des cas l'examen clinique révèle des signes de sévices physiques qu'il faut savoir reconnaître (hématome, ecchymose aux caractéristiques atypiques), alors que dans les autres cas l'examen clinique est normal et l'interrogatoire pauvre. C'est pourquoi principalement cette classe d'âge bénéficie de larges investigations paracliniques avec la moitié des biologies sanguines de l'étude et la quasi-totalité des imageries, dont notamment tous les fonds d'œil à la recherche de signe en faveur d'un syndrome de « bébé secoué ». Ils sont victimes de violences interpersonnelles familiales principalement de négligence, avec sept cas sur dix, mais aussi de violences physiques. Les cas de violence physique, souvent plus faciles à dépister, contrastent avec les cas de négligence dont les motifs de consultation, les investigations réalisées et l'évaluation du rapport parent/enfant doivent faire évoquer le diagnostic. En ville, l'analyse des facteurs de risque et un examen clinique minutieux d'un œil sensibilisé aideront au dépistage précoce d'enfance en danger.

Les petits et grands enfants représentent également une classe particulière. 60% de ces enfants sont admis à l'hôpital pour hébergement social où, dans la grande majorité des cas, une conjugopathie avec violence intrafamiliale est retrouvée. L'examen clinique est peu contributif et normal dans la moitié des cas et très peu d'exams paracliniques sont réalisés. Presque la moitié des enfants bénéficient d'une consultation chez le pédopsychiatre. Ces enfants sont victimes de manière homogène de violences psychologiques, négligences, violences physiques et violences sexuelles. Cette classe d'âge présente moins d'éléments spécifiques ce qui en fait une population difficile à dépister. Il n'en est pas

moins important d'être vigilant à la relation parent/enfant, aux facteurs de risque et surtout aux troubles du comportement qui s'aggraveront dans le temps s'il n'y a pas de prise en charge adéquate.

Les adolescents ont, quant à eux, des spécificités propres. Les admissions pour trouble du comportement ou comportement suicidaire, soit un tiers des cas de notre étude, ne concernent que des adolescents. La moitié présente des signes de sévices physiques à type d'hématome, ecchymose ou scarification. Ces troubles du comportement justifient un bilan de base constitué d'une biologie sanguine standard et de la recherche de toxique dans les urines, pour écarter une cause organique. Très peu d'imagerie sont réalisées. Par contre, 14 des 18 consultations pédopsychiatriques concernent des adolescents. 90% des violences auto-infligées sont des adolescents et dans la grande majorité une violence de nature physique à type de tentative de suicide ou d'automutilation, et à moindre échelle une violence psychologique à type d'idées noires. L'association dans la moitié de cas de violence psychologique familiale ou communautaire montre le lien de cause à effet entre la maltraitance subie dans l'enfance et les troubles du comportement à l'adolescence qui en résultent.

L'élaboration d'un écrit, suite à la découverte de situation d'enfance en danger sur la base des différents signes d'alertes analysés, permet d'ouvrir une démarche de protection de l'enfance et a des conséquences bénéfiques sur le devenir de l'enfant. Le but de la manœuvre est principalement d'aider la famille, sans directement lui soustraire l'enfant, pour donner un environnement convenable et propice à ses besoins. Cela est illustré dans notre étude puisque, directement après l'hospitalisation, plus de huit enfants sur dix retournent à domicile. Pour 10% des enfants, une ordonnance de placement provisoire (OPP) est prise par le procureur de la République et moins de 10% des enfants sont placés au domicile d'un tiers de confiance en accord avec la famille, sans OPP.

Dès la réception de l'IP ou en différé après une évaluation de terrain, la CRIP transmet l'écrit à la justice lorsqu'elle juge que le danger encouru par l'enfant le justifie. Ainsi le Procureur de la République est saisi dans presque sept cas sur dix de notre étude ce qui met en relief la quantité de situations graves. Le procureur, qui décide ou non d'une OPP, transmet ensuite l'écrit aux juges des enfants qui prend directement le relai pour la mise en place de mesures judiciaires si nécessaire. Dans

le cas contraire, l'information est retransmise au service départemental d'aide sociale à l'enfance pour un suivi et la mise en place d'éventuelles mesures administratives.

Concernant les mesures judiciaires, plus d'un quart des enfants (26%), bénéficient d'une mesure d'investigation éducative (MJIE) ce qui permet d'évaluer la situation sur le terrain de manière globale et pluridisciplinaire. Il en découle à terme sept placements judiciaires, c'est-à-dire 18% des cas, dont cinq sont des nouveau-nés pris en charge par des familles d'accueil. Ce ratio met en évidence l'attention plus particulière que porte le JE sur la vulnérabilité des nouveau-nés et nourrissons. Par ailleurs, une aide en milieu ouvert (AEMO) est décidée pour 15% des enfants de l'étude, qui sont des enfants plus âgés.

Si l'enfant ne présente pas d'élément faisant craindre un danger, un suivi médico-social réalisé par l'UTAMS de secteur est mis en place. Des mesures administratives peuvent compléter l'accompagnement et la prise en charge de l'enfant en danger, et concernent 18% des cas de l'étude, avec trois aides éducatives à domicile (AED), deux techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF), une mesure d'accompagnement sociale personnalisée (MASP), et un placement administratif en maison d'enfance à caractère social (MECS).

On s'aperçoit que pour les 39 enfants en danger de l'étude, 30 mesures administratives et judiciaires ont été prises, ainsi qu'un suivi médico-social pour la grande majorité. Malgré le manque cruel de moyens, il existe des solutions diverses et variées qui permettent la prise en charge au cas par cas de chaque situation d'enfant en danger. Les signaux d'alerte sont à présent bien décrits dans la littérature et visibles dans chaque cas de notre étude à condition d'y être sensibilisé. Le médecin généraliste garde ainsi une place essentielle tant dans la détection que le suivi des enfants en danger grâce à sa proximité avec la famille, et il peut compter sur un réseau bien en place avec l'hospitalisation pour mise à l'abri si nécessaire, l'omniprésence et la disponibilité des services sociaux sur le territoire dont le médecin ASE en poste dans chaque département disponible pour un appui technique ainsi que la CRIP.

Le dépistage précoce de ces cas permettrait une prise en charge rapide et diminuerait les conséquences graves sur le développement psycho social de l'enfant victime. Mais ce phénomène, certes bénéfique pour la famille et surtout pour l'enfant, ne permet pas de diminuer la prévalence de la maltraitance.

Le médecin généraliste peut également être un acteur important dans la prévention primaire de la maltraitance. La consultation pré conceptionnelle n'existe certes plus depuis 2007, mais il reste nécessaire d'inclure systématiquement, en cabinet de médecine libérale, la question du désir de grossesse lors de l'interrogatoire de toutes femmes en âge de procréer. Ceci permettrait une meilleure information et une éducation des futurs parents dans le but de diminuer les grossesses non désirées, les grossesses pathologiques et les prématurités afin d'améliorer le lien précoce parents / enfants.

VU

Strasbourg, le... 11/06/2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Sébastien RAUL

Professeur Jean-Sébastien RAUL
 INSTITUT DE MEDECINE LEGALE
 11, rue Humann
 67085 STRASBOURG Cedex
 Tél. +33(0)3 68 85 33 63
 Fax +33(0)3 68 85 33 62

VU et approuvé
 Strasbourg, le 22 JAN. 2021
 Administrateur provisoire de la Faculté de
 Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
 Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 : Sévices à mineurs : modèle type de signalement.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT
Pour personne mineure (moins de 18 ans)
(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

_____»

- le mineur nous a dit que : «

_____»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

BIBLIOGRAPHIE

1. Garba AM. Les répercussions des maltraitements physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant de 6 mois à 3 ans et appartenance culturelle : place et enjeux psychiques de cet enfant dans la relation mère-enfant. 7 déc 2018 [cité 6 août 2019]; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02124507>
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
3. Bot Y. Maltraitance chez l'enfant. Rey-Salmon C, Adamsbaum C, éditeurs. Cachan, France: Lavoisier; 2013.
4. Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel. L'évolution de la place de l'enfant dans la société. sept 2013;
5. Haute autorité de santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014.
6. Journal officiel de la république française. Loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
7. Article 19 Convention Internationale relative aux droits de l'enfant (texte intégral).
8. Définition de la maltraitance Conseil de l'Europe (1987) - ppt télécharger [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/14174573/>
9. Organisation mondiale de la santé. OMS | Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. WHO.
10. ODAS. L'évolution de l'enfance en danger en 1996. Lettre trimestriel, numéro spécial. In ODAS; 1997 [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://odas.net/Le-developpement-social-pour-tous-ceux-qui-n-y?recherche=definition%20maltraitance&revenir=ok>
11. Ordre national des médecins. bulletin 2002. 2002.
12. Devevey J, Thévenon M, Bonnefond H, Charles R. Enfance en danger: pour mieux aider les familles en difficulté... Une enquête de pratique en médecine générale. *Médecine*. 2012;8(5):232-7.
13. Audition publique de la HAS. Maltraitance des enfants Questions / Réponses. 2011;
14. Sous la direction de Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé 'Gene`ve; 2002.
15. Pr Yves Chaix & Dr Danielle Leautier. MALTRAITEMENT ET ENFANTS EN DANGER PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE. Faculté de médecine de Toulouse; 2008.
16. The National Institute for Health and Care Excellence. NICE. Recommendations | Child abuse and neglect | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2017 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/chapter/Recommendations#recognising-child-abuse-and-neglect>

17. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 7 juill 1962;181(1):17-24.
18. KRUGMAN R., JONES D. Incest and other forms of sexual abuse. The battered child. University of Chicago Press. 1987.
19. CHAULET S., JUAN-CHOCARD A-S., VASSEUR S., HAMEL J-F., DUVERGER P., DESCAMPS P., FANELLO S. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique ; 2013.
20. Amandine Glauser Emeline Christophel Célia Fumani. LA PRISE EN CHARGE DES PREMATURES A GENEVE. 2010.
21. Rebeyrotte S. Identification des situations à risques de maltraitance infantile intrafamiliale chez le mineur à partir d'une revue systématique de la littérature. Outil de repérage rapide à destination du médecin généraliste. 2016.
22. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. Thousand Oaks, Californie ; 1993.
23. Anne Tursz, Inserm—CNRS. Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. 2001.
24. ODAS. Observatoire National de l'Action Sociale décentralisée. Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. 2007.
25. Observatoire national de la protection de l'enfance, ONPE. Estimation de la population des enfants suivis en protection de l'enfance au 31/12/2015. 2017.
26. SNATED. Etude annuelle relative aux appels su SNATED 2018. GIP enfant en danger; 2018.
27. Deydier J, Eymennier M. Le recueil et le traitement de l'information préoccupante. Cah Dyn. 2010;n° 49(4):36-44.
28. Code pénal - Article 223-6. Code pénal, Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018-art. 5.
29. Code pénal - Article 434-3. Code pénal, Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018-art. 1 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018-5.
30. Code pénal - Article 226-14. Code pénal, Modifié par LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015-art. 1.
31. Conseil de l'ordre national des médecins. CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE. Figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 ; 2019.
32. Code de l'action sociale et des familles - Article L112-4. Code de l'action sociale et des familles.
33. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293, JORF n°55 du 6 mars 2007 mars 5, 2007.
34. Code de l'action sociale et des familles - Article R226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.

35. Dr Irène KAHN-BENSAUDE Dr Jean-Marie FAROUDJA. Signalement et information préoccupante [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>
36. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique. Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance. L'aide et l'action social en France. 2018.
37. Ministère de la santé et des solidarités. Guide pratique : Protection de l'enfance. La cellule de recueil, de traitement et d'évaluation. 2019.
38. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0256 du 03/11/2016 [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=mCgBhxsarqJYDfli_V-Ad41CdwXMTfXME5rVOvDFceo=
39. Les établissements de placement [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/les-etablissements-de-placement-18684.html>
40. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. n . Hillsdale, New Jersey; 1991.
41. SIDEBOTHAM P., HERON J., & ALSPAC STUDY TEAM. Child maltreatment in the "children of the nineties" : A cohort study of risk factors. Child Abuse & Neglect. 2009.
42. HAS. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Note d'orientation. 2013.
43. BADER-MEUNIER B., NOUYRIGAT N. Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. EMC (Elsevier Masson SAS Paris). Vol. Médecine d'Urgence. 2007.
44. KIENBERGER JAODES P., EKWO E. Association of drug abuse and child abuse. Child Abuse and Neglect,. 1995.
45. LAPP L. Synthèse de la maltraitance infantile en France en 2008. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Nancy. 2009.
46. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. Univ Chic Press. 1998;
47. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
48. GEFFARD Marie. Le carnet de santé : outil de repérage d'une maltraitance par négligence de soins ? Thèse de médecine CHU d'Angers; 2017.
49. INSERM. Prématurité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
50. Becker E de, Chapelle S, Verheyen C. Facteurs de risque et de protection de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard des enfants. Perspect Psy. 2014;Vol. 53(3):211-24.

51. RAPPORT DU COMITÉ DE SUIVI DU COLLOQUE NATIONAL SUR LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS. PRÉVENIR LA MALTRAITANCE DES ENFANTS PAR LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES MÉDECINS ET DE LA COORDINATION ENTRE SECTEURS PROFESSIONNELS. Paris, Sénat ; 2014.
52. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
53. Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger. Etude statistique relative aux appels du SNATED. La documentation française ; 2014.
54. Observatoire national de la protection de l'enfance, ONPE. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. 2016.
55. Organisation mondiale de la Santé. Violence dirigée contre soi-même. 2002.
56. Ministère de la Justice/SG/SDSE,. Tableaux de bord des tribunaux pour enfants. 2016.
57. Marianne Juillard*, Odile Timbart. Ministère de la justice. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. Bulletin d'information statistique numéro 160. mars.
58. ONPE. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. La documentation française ; 2016.
59. Violences sexuelles sur mineurs en France : des chiffres très sous-estimés ? [Internet]. LCI. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.lci.fr/social/violences-sexuelles-sur-mineurs-en-france-des-chiffres-tres-sous-estimes-2103628.html>

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SCHATZPrénom : Paul

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L.335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

cc J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A ORLUNGEN, le 15/06/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.