Protection de l'enfance
XIX–XXe siècles

Pour citer cet article :

Straus (Pierre), « Projet de recherche sur les enfants victimes de mauvais traitements », Association pour la recherche appliquée en protection médicale et sociale de l'enfance, 1970.
Cote AS:208(XXXIV)-20, fonds Pierre Straus, Archives nationales.

1979

ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE APPLIQUEE
EN PROTECTION MEDICALE ET SOCIALE
DE L'ENFANCE

PROJET DE RECHERCHE
SUR LES ENFANTS VICTIMES DE MAUVAIS TRAITEMENTS.

Rapporteur : Dr Pierre.STRAUS

INTRODUCTION

Les histoires d'"enfants martyrs" ou de "bourreaux d'enfants" défrayent quotidiennement la chronique dans la presse à gros tirage et dans la presse à scandale.

Cette littérature malsaine fait appel aux sentiments les plus faciles de sensiblerie ou d'indignation du public. Elle sollicite parfois des instincts plus troubles encore. Elle est plus nocive qu'utile. Il est même à craindre qu'une information de ce type ne suscite auprès de certains lecteurs comme une sorte d'émulation inconsciente.

Ceci explique la réticence, longtemps manifestée par les organismes responsables de la protection de l'enfance, à entreprendre sur ce délicat sujet une recherche approfondie.

En fait la protection des enfants victimes de mauvais traitements fut, jusqu'à une date récente, un domaine pratiquement réservé aux sociétés philantropiques et à l'action législative.

Les organisations philantropiques ont pu jouer un rôle utile en sensibilisant l'opinion, mais leur action se situe dans une perspective purement charitable envers les enfants, répressive à l'égard des parents. L'excès d'affectivité et le manque de compréhensions de certaines de leurs interventions rendent celles-ci souvent maladroites et inopérantes.

En revanche la France est dotée depuis la dernière guerre d'un arsenal législatif solidement structuré pour assurer la protection des enfants.

La Protection Maternelle et Infantile et les assistantes familiales ont, parmi leurs tâches essentielles, la surveillance des enfants du premier âge.

Les Directions départementales d'action sanitaire et sociale ont été créées en partie pour assurer aux familles "à risque élevé" une aide efficace et un soutien éducatif et psychologique.

La magistrature des enfants, par sa souplesse et la rapidité de ses interventions peut soustraire, en cas d'urgence, un jeune enfant à un environnement dangereux.

Tout paraît mis en place pour assurer une prévention efficace des mauvais traitements infligés aux enfants.

En dépit de ces structures, il n'est pas de jour ni de secteur où un médecin, une puéricultrice, une assistante sociale, un maître d'école maternelle ou un juge d'enfants, n'ait à connaître d'un cas d'enfant victime de sévices, de négligences graves ou d'un rejet massif de la part de ses parents ou des adultes qui en ont la charge, et chaque fois sa responsabilité lui paraît écrasante.

Il lui faut s'assurer de la réalité des faits, procéder à leur juste évaluation, tant médicale que psycho-sociale et

psycho-affective, et décider des mesures à prendre qui peuvent aller de simples conseils ou d'une action de soutien vis à vis de certains parents pour les aider à sortir de leurs impasses, jusqu'à la séparation définitive de l'enfant et de sa famille.

Il ressent alors toute la difficulté de sa tâche et toute la nécessité d'une formation suffisante pour y faire face.

Or la compréhension de ce difficile problème est encore très imparfaite et sa courte histoire se résume à une série de démystifications successives :

Sur le plan médical : Toute une série de lésions et de maladies présentées par de jeunes enfants, dont l'origine paraissait mystérieuse, se sont révélées être la conséquence de mauvais traitements qu'ils avaient subis, et cette meilleure détection des cas a permis de se rendre compte que les enfants victimes de sévices sont plus nombreux qu'on ne l'imaginait.

Sur le plan socio-économique : L'éthylisme, la débilité mentale, les mauvaises conditions socio-économiques, les comportements sociopathiques, ne sont pas les seuls facteurs en cause. On trouve également des enfants maltraités au sein de familles dont les conditions sociales, la structure conjugale, le comportement extérieur apparaissent comme normaux.

Sur le plan socio-culturel : La reconnaissance des droits de l'enfant est une notion récente qui va de pair avec la diminution de la mortalité et de la morbidité de cause naturelle et c'est seulement de nos jours qu'il apparaît anormal qu'une pathologie infantile soit induite par de mauvais traitements infligés volontairement aux enfants. A titre d'exemple, le bien fondé de sanctions corporelles brutales au titre de la correction paternelle est encore admis par beaucoup.

Sur le plan psychologique enfin : La psychologie moderne a révélé que tout amour, même l'amour maternel est emprunt d'agressivité. En règle générale, ces réactions agressives naturelles sont refoulées derrière l'attachement porté à l'enfant et derrière le contrôle que les adultes savent exercer sur leur conduite.

Le passage à l'agression qui caractérise au contraire les parents maltraitants s'explique le plus souvent chez eux par des conditions d'enfance elles-mêmes gravement perturbantes, à type de carence massive, d'abandon, de dissociation familiale ou de parents rejetants et inaffectifs. De telles enfances, définitivement perturbées par la frustration, sont une des causes majeures des résurgences agressives de l'adulte.

Il en résulte que prévenir les mauvais traitements chez les jeunes enfants, c'est prévenir dans une certaine mesure les inadaptations de l'adolescent, la délinquance juvénile et, à plus long terme, la formation de futurs parents maltraitants.

C'est dire toute l'importance de cette prévention.

Les travaux de recherche sur ce problème se sont multipliés au cours de ces dernières années.

Aux Etats Unis, sous l'égide du "children's bureau", avec un luxe de moyens considérable.

En Angleterre, la "National Society for the prevention of cruelty to children" a constitué en 1969 un département de recherche spécifiquement consacré aux enfants victimes de sévices.

En Belgique, le dernier colloque du centre d'études de la délinquance juvénile a réuni en mars 1970 plusieurs centaines de médecins, travailleurs sociaux et juges des enfants sur le thème des enfants maltraités.

Le Conseil de l'Europe s'est également saisi de ce problème au cours de sa session de septembre 1969 et, dans sa recommandation 561, il souhaite que les recherches soient développées et préconisé un certain nombre de réformes législatives.

En France, ce sont les pédiatres qui se sont jusqu'ici penchés sur ce problème. L'école pédiatrique de Nancy sous l'impulsion du Pr NEIMANN ; nous-mêmes à Paris, avons multiplié les observations cliniques, poursuivi l'étude des facteurs socio-psychologiques et informé par des conférences et de publications dans les journaux spécialisés, les médecins, les pédo-psychiatres et les travailleurs sociaux.

En juin 1969, le Ministère de la Santé publique a voulu témoigner de l'intérêt qu'il porte à cette recherche par l'octroi d'une subvention.

L'INSERM nous a, de son côté, accordé des crédits d'enquête renouvelables sur une période de 5 ans pour nous aider à poursuivre l'étude médicale entreprise à l'hôpital Bretonneau.

Mais dans ce domaine complexe, il apparaît évident qu'un effort pluridisciplinaire s'impose. Seuls les efforts conjugués des pédiatres, des travailleurs sociaux et des pédo-psychiatres et un champ d'investigation beaucoup plus vaste permettront d'aboutir à une meilleure compréhension et à des recommandations utiles pour l'action préventive et thérapeutique.

C'est dans cet esprit que nous sollicitons de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales une subvention pour mener à bien cette recherche.

--==ooOoo==--

La mortalité n'est pas exceptionnelle, on estime que 10 % des enfants dépistés comme victimes de sévices et remis ultérieurement sans précaution dans leur famille meurent dans l'année qui suit leur retour au foyer. (Selon certaines statistiques des U.S.A., la mortalité consécutive aux sévices serait plus importante que celle de la poliomyélite et de la leucose réunies).

- Les situations psychologiques qui conduisent aux sévices exercés sur l'enfant sont beaucoup plus complexes qu'il n'apparaît à première vue.

Si la majorité des cas se retrouve dans des familles profondément déshéritées sur le plan socio-économique, culturel et affectif, ce groupe est loin de résumer à lui seul le problème. Les travaux de tous les pédo-psychiatres qui se sont penchés sur la psychologie des parents maltraitants permettent déjà d'entrevoir toute l'importance des problèmes psycho-affectifs.

Il est peu de situations dans lesquelles la responsabilité des médecins, des pédo-psychiatres, des travailleurs sociaux, des juges soit aussi dramatiquement impliquée soit à titre individuel, soit par le biais des structures de prévention : Services sociaux familiaux, Protection Maternelle et Infantile, Services sociaux de Prévention, Directions de l'Action Sanitaire et Sociale, Brigade de protection des mineurs, Services sociaux du tribunal.

Il en découle toute une série d'étapes dans l'abord de ce problème, déterminant des objectifs que nous nous proposons de mener de front.

II. OBJECTIFS.

1°) Etude clinique des cas.

Elle a pour but de préciser les éléments du diagnostic et du pronostic, elle ne saurait se concevoir que dans un cadre hospitalier.

Elle implique d'abord une étape médicale : observations cliniques, minutieuses étayées de toute une série d'examens complémentaires. Cette étape est essentielle mais quelle qu'en soit l'importance ses résultats restent limités. Dans la majorité des cas les circonstances exactes des sévices resteront ignorées et le véritable problème résidera dans l'évaluation des conditions de vie de l'enfant et des menaces qui pèsent sur lui du fait de son entourage.

CHAPITRE I

PROJET DE RECHERCHE SUR LES ENFANTS VICTIMES DE MAUVAIS TRAITEMENTS.

I. LES DONNEES DU PROBLEME.

Dans le cadre très général de l'enfance en danger, celui plus délimité des jeunes enfants victimes de sévices corporels s'est progressivement individualisé.

Les pédiatres et les travailleurs sociaux ont pris conscience ces dernières années qu'un nombre considérable d'enfants présentent des manifestations cliniques qui sont la conséquence directe de brutalités, de sévices ou de négligences criminelles dont ils sont victimes de la part de leurs parents ou des adultes qui en ont la charge.

Tous les travaux parus concernant ce problème s'accordent sur un certain nombre de notions solidement établies :

- La fréquence des cas, beaucoup plus importante qu'on ne pense couramment.

- Le jeune âge des enfants, souvent des nourrissons, dans la grande majorité des enfants de moins de 3 ans.

Parmi les raisons de ce jeune âge, deux s'imposent clairement : les nourrissons et les jeunes enfants sont incapables de se défendre et incapables d'accuser ceux qui les maltraitent.

- La difficulté du diagnostic qui découle directement du jeune âge des enfants et du fait que les parents ou les parents nourriciers n'ont aucun intérêt à éclairer les médecins et que ces derniers de même que les travailleurs sociaux répugnent devant la dénégation constante des familles à admettre que des sévices ont pu être exercés sur l'enfant par ses propres parents ce qui fait que beaucoup de ces cas sont passés jusqu'ici inaperçus ou ont été mal interprétés.

- La gravité du pronostic : un enfant victime de sévices corporels est presque toujours en grave danger.

Les récidives sont pour ainsi dire la règle.

Les séquelles sont nombreuses : orthopédiques, neurologiques, dysmorphiques et avant tout psycho-affectives.

Cette évaluation ne peut être le résultat que d'une investigation pluridisciplinaire associant les médecins, les travailleurs sociaux, les psychologues et les pédo-psychiatres. Son but sera d'établir des catégories aussi précises que possible, pouvant permettre de fonder un pronostic, à savoir :

- Distinguer parmi les enfants victimes de sévices corporels ceux qui sont soumis à des sévices constants et graves, graves mais épisodiques, graves mais accidentels, ou légers, à la limite d'une conception encore prévalente des corrections corporelles tolérables.

- Distinguer entre les sévices corporels consécutifs à des manifestations agressives actives, à des "passages à l'acte" et les sévices par ommission ; enfants négligés, dénutris, carencés, ou la part est souvent difficile à établir entre les négligences volontaires et l'ignorance ou l'incapacité d'élevage des parents.

- Apprécier la nature profonde des relations parents-enfants.

- Distinguer entre les enfants victimes d'impulsivités parentales incontrôlées sans que les relations affectives soient profondément détériorées et les enfants moralement abandonnés victimes de rejets massifs de la part de leurs parents ou de leurs parents nourriciers.

2°) Etude épidémiologique.

Elle comportera dans un certain nombre de secteurs à déterminer le recensement aussi complet que possible de tous les cas repérés, que ceux-ci aient ou non fait l'objet de signalements ultérieurs à des organismes spécialisés.

On utilisera pour cette étude à la fois la méthode des questionnaires et celle des interviews personnalisés. Cette enquête sera effectuée auprès des praticiens généralistes, des pédiatres, des assistantes familiales, des services de la direction d'action sanitaire et sociale, des centres de PMI, des centres médico-psychologiques, des crèches, des puéricultrices visiteuses, des écoles maternelles, des brigades de protection des mineurs ou des gendarmeries, des tribunaux pour enfants.

Le but de cette enquête sera d'aboutir à une évaluation statistique concernant le nombre de cas, la nature des sévices, l'âge et certains éléments significatifs des conditions de vie et d'environnement de l'enfant. En revanche, cette étude épidémiologique restera limitée dans ses conclusions et ne saura prétendre à un abord psychologique en profondeur.

3°) Etude du fonctionnement des services de protection de l'enfance.

Cette étude peut s'effectuer parallèlement dans le cadre hospitalier et à l'intérieur des secteurs de l'étude épidémiologique.

Il s'agira de recenser toutes les interventions déclenchées à partir d'un dépistage initial, leur nature, leur coordination, les conflits éventuels entre les différents services quant à l'évaluation du cas et d'apprécier l'importance relative des mesures purement médicales, des mesures d'assistance sociale, des actions d'aide psychologique ou éducative, des mesures d'autorité et des mesures répressives à l'égard des auteurs des sévices.

4°) Etude prospective sur le devenir des enfants.

Cette étude aura comme but d'apprécier le devenir de l'enfant au travers de ces différentes interventions : surveillance médico-sociale à domicile, action éducative de la famille, hospitalisation, placement sanitaire, retrait temporaire ou définitif.

On se proposera de confronter les moyens de prévention utilisés et les résultats obtenus et de confronter ces résultats avec le diagnostic et le pronostic établis au moment du dépistage.

Ces deux dernières études devraient conduire à analyser plus spécifiquement les difficultés des services sociaux qui peuvent tenir à des limites "extérieures" (surcharge des cas, carence de moyens et de ressources, secteurs non couverts, etc...) mais également à des limites de compétence du service social, liées à une insuffisance de formation (difficulés d'établir un diagnostic psycho-social au moment du dépistage, difficultés d'apporter une aide efficace aux familles, répugnance à signaler les cas à des autorités coercitives ou signalements hâtifs dans le but d'écarter sa propre responsabilité, placements de jeunes enfants hâtivement réalisés ou insuffisamment suivis).

Cette analyse des difficultés du service social devrait conduire à une série de recommandations concernant le renforcement de certains services, une meilleure coordination, la formation technique et psychologique des médecins et des travailleurs sociaux et le développement de l'action pluridisciplinaire entre assistantes sociales, pédiatres, pédo-psychiatres, psychologues, sociologues et juge des enfants.

. METHODOLOGIE.

Avant d'aborder les problèmes méthodologiques proprement dits, il importe au préalable d'insister sur les difficultés très particulières, quasi spécifiques, que présente ce type d'enquête et qui sont de deux ordres :

1°) Pour tous les individus impliqués à un titre quelconque dans la protection de l'enfance, la révélation ou la suspicion de sévices exercés contre les jeunes enfants provoquent des réactions affectives intenses.

D'une part, elles sont le témoignage d'un échec, d'une lacune ou d'une impuissance du système de prévention dont ils sont un agent ; d'autre part, elles bouleversent l'idée qu'ils se font des "sentiments maternels" c'est à dire qu'elles mettent en doute leur pureté et leur caractère inconditionnel d'où la tendance, soit à minimiser les faits, à les nier et à s'abriter derrière les explications favorables offertes par l'entourage soit à réagir de façon agressive.

Cette agressivité se porte électivement suivant le cas sur le comportement psychologique des parents, leur niveau mental, leurs vices, leur niveau socio-culturel voire sur leur ethnie. Ces réactions affectives sont à l'origine de conflits quasi constants ouverts ou larvés entre les différents services dans l'interprétation des cas, leur évaluation médicale ou socio-psychologique.

2°) Le dépistage d'un enfant victime de sévices implique dans la majorité des cas la prise en charge immédiate de cet enfant et de sa famille par des services médicaux, sociaux, ou judiciaires dont les investigations s'orientent d'emblée dans un sens "interventioniste" dans le but d'aboutir à des mesures d'assistance ou de prévention et ce type d'investigations s'effectue toujours, même involontairement, au détriment d'une évaluation en profondeur, parfois même les conclusions de ces enquêtes ont pour but la justification de mesures préalablement édictées.

Quoiqu'il en soit, une demande anxieuse s'exerce sur les médecins pour obtenir d'eux un diagnostic clinique aussi solide que possible et la réponse à cette demande n'est pratiquement réalisable qu'en milieu hospitalier.

I. Enquête en milieu hospitalier.

Cette étude a déjà été entreprise depuis 1 an sous notre direction par une équipe de chercheurs. Elle comporte actuellement le rassemblement de toute une série de dossiers médicaux, certains rétrospectifs et pauvres en renseignements socio-psychologiques, d'autres plus récents et plus riches en ce domaine.

L'exploitation de cette étude est en cours, les dossiers sont actuellement l'objet d'une mise sur fiche, l'exploitation mécanographique en sera réalisée dans le courant de l'année et ce travail, véritable pré-enquête a permis de préciser la méthodologie de la recherche dans le cadre hospitalier.

A - Valeur épidémiologique d'une enquête dans le cadre hospitalier.

1°) La population hospitalière ne représente pas un échantillon significatif d'où la nécessité de procéder à une étude parallèle de l'ensemble de cette population en particulier sur le plan ethnique et socio-économique.

2°) Cette population ne regroupe qu'une fraction des cas de sévices, et il existe vraisemblablement une distorsion en faveur des cas les plus graves.

B - Matériel d'étude.

La détection rassemble comme matériel d'étude des enfants qui se présentent dans des conditions très hétérogènes que l'on peut schématiser ainsi :

1°) Certains enfants pour lesquels un signalement de mauvais traitements est le point de départ de leur hospitalisation quelles que soient les manifestations cliniques qu'ils présentent.

2°) Des enfants présentant certaines lésions traumatiques ou certains troubles de l'état général ou du comportement dont les caractères mêmes orientent vers le diagnostic de sévices en l'absence de toute notion anamnestique.

3°) Des enfants présentant des manifestations cliniques moins significatives encore mais pour lesquels l'impression fournie par la famille est d'emblée défavorable.

C - Circonstances des sévices.

Les circonstances exactes des sévices sont rarement connues.

D - Age.

La grosse majorité des enfants est jeune, le plus souvent de moins de 3 ans. Il a été décidé et ceci vaut pour l'ensemble de notre enquête de ne prendre comme matériel d'étude que les enfants âgés de moins de 6 ans qui sont encore de ce fait sous le contrôle des services de la Protection Maternelle et Infantile.

E - Champ d'investigations.

L'étude nécessite comme champ d'investigations dans un ou plusieurs hôpitaux d'enfants l'ensemble des services (services de chirurgie, de médecine, services spécialisés, consultations externes) ce qui nécessite une coordination satisfaisante tant auprès des travailleurs sociaux qui sont un élément stable qu'au niveau des médecins et plus particulièrement des internes et des externes (les premiers concernés par ces cas), qui sont des éléments temporaires et n'ont souvent ni formation ni motivation d'ordre socio-psychologique. Il importe donc qu'un des chercheurs ait une notoriété suffisante pour sensibiliser le personnel médical.

F - Recueil des informations.

Les conditions des premiers entretiens médicaux, effectués le plus souvent par des externes avant même que la suspicion de sévices ait été soulevée, interdisent de faire remplir par les médecins un questionnaire type. Ce dernier ne pourra être rempli qu'à partir des dossiers médicaux avec possibilité dans certains cas de faire compléter ultérieurement l'interrogatoire de la famille par un chercheur.

Au niveau des travailleurs sociaux qui interviennent au second degré, il est possible en revanche d'envisager l'établissement d'un questionnaire type rédigé par ces derniers. Ce questionnaire pourra être complété au cours d'entretiens avec le chercheur.

Il apparaît difficile de faire effectuer dans chaque cas un examen psychologique ou psychiatrique, en revanche, lorsque ces examens seront pratiqués, on pourra envisager que les techniciens de ces deux disciplines s'astreindront au remplissage d'une fiche type dont les modalités ont déjà été envisagées.

Il importe d'insister sur le fait que les interrogatoires nécessitent la mise au point d'une technique d'investigation qui se heurte sur bien des points à une répugnance instinctive des médecins, des travailleurs sociaux et même des psychiatres car elle est contraire au type de relations généralement recherchées dans les rapports de ces médecins ou de ces travailleurs sociaux avec les familles de leurs petits malades.

Il est donc nécessaire qu'une information continue, un véritable "recyclage" soit assuré par l'équipe de recherche pour amener les travailleurs sociaux et les médecins à faire face à un type d'interrogatoire très différent de celui auquel ils sont accoutumés.

G - Enquête au sortir de l'hôpital.

Cette dernière repose presque entièrement sur le travailleur social de l'équipe.

Elle nécessite un travail de coordination souvent complexe. Elle ne pourra qu'exceptionnellement utiliser la méthode de questionnaire type tant sont variés et dispersés les services auxquels on a à faire (l'hôpital d'enfants en effet, n'a pas de secteur propre). Le chercheur devra se borner le plus souvent au recueil direct des informations, à des interviews auprès des travailleurs sociaux des différents services et lorsque cela est possible à un contact direct avec les familles et il devra transcrire ces informations sur une fiche type.

H - Etablissement des questionnaires.

Ceux-ci devront être établis en fonction de leur dépouillement mécanographique et nous sommes assurés à ce sujet de l'aide constante de l'INSERM.

Ils doivent pouvoir faire l'objet d'une exploitation statistique.

De ce fait les questionnaires ne doivent être ni trop compliqués ni trop longs, ils devront permettre cependant de comparer les éléments d'informations obtenus par les différents travailleurs impliqués autour d'un même cas et d'exploiter les divergences et les contradictions contenues dans ces informations. Ils devront en outre permettre d'apprécier de façon simple mais significative les réactions personnelles des médecins ou des travailleurs sociaux en présence d'un même cas, leur évaluation globale de ce cas et le pronostic porté. Là encore les divergences et les contradictions devront pouvoir être exploitées.

II. Enquête épidémiologique de secteur.

A - Matériel d'étude.

On peut imaginer dans un secteur géographique trois catégories d'enfants :

- ceux qui ont fait l'objet de retrait le plus souvent par autorité de justice mais qui ont été confiés soit à un autre membre de la famille, soit aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance sans passer par l'hôpital.

- ceux qui ont été dépistés par un médecin traitant, un service de PMI, ou une assistante sociale mais qui ont été considérés comme des cas "peu graves", ne nécessitant l'hospitalisation ni en raison des manifestations cliniques qu'ils présentent ni en raison de la nécessité de les soustraire à leurs parents

et qui ont été l'objet de soins, de conseils ou de surveillance à domicile.

- ceux qui sont traités en ville pour des lésions dont l'étiologie est seulement suspecte. Nous y rattacherons les cas soignés par des médecins traitants, des dispensaires ou même des services de PMI pour lesquels un signalement n'a pas été fait sous le prétexte du secret professionnel.

L'ensemble de ces cas représente le nombre d'enfants qui a été dans une période donnée sous surveillance médicale ou médico-sociale pour des manifestations consécutives à des sévices ou à des négligences graves. Quelle en soit la valeur épidémiologique, ce nombre ne peut prétendre recouvrir l'ensemble des cas et l'importance respective des cas détectés et des cas clandestins ne pourra être valablement estimée.

B - Coordination.

Le travail de coordination à l'intérieur d'un secteur sera considérable en raison de la diversité des services. Il sera nécessaire en particulier d'obtenir une collaboration efficace des services de la PMI, des consultations d'hygiène mentale infantile, des assistantes sociales familiales et des services du tribunal. Ceci peut entraîner au départ des difficultés non négligeables et nécessitera de toute façon un travail préparatoire suffisament intense et prolongé.

En raison de la multiplicité des travailleurs et des services impliqués dans cette étude, et espérons le , de la rareté relative des cas, la méthode de questionnaire type rempli par les médecins et les travailleurs sociaux ne sera sans doute pas possible. Le procédé d'enquête le plus efficace reste à discuter mais il est probable qu'il restera centré sur le recueil des informations par l'équipe de recherche et leur transcription secondaire sur une fiche type.

Pour certains éléments impliqués dans cette recherche, en particulier pour les médecins généralistes, un effort d'investigation spécifique devra être entrepris sous la forme d'entretiens personnalisés effectués par le médecin de l'équipe.

Un des problèmes à résoudre sera d'éviter de comptabiliser deux fois le même cas en raison de l'anonymat de certaines informations.

C - Choix des secteurs.

Nous en envisageons trois :

1°) Un arrondissement parisien de type "moyen".

2°) Une ville de province de moyenne importance.

3) Un secteur à prédominance rurale.

La dimension exacte des secteurs ne peut être encore fixée. Notre intention est d'obtenir au préalable un aperçu numérique des cas qui ont été signalés dans les secteurs envisagés à la PMI et au juge des enfants pendant une période déterminée de 1 an. On peut estimer grossièrement qu'une enquête approfondie telle qu'elle sera menée aura comme résultat d'augmenter considérablement le nombre des cas répertoriés, en conséquence, il nous apparaît en première approximation que la dimension d'un secteur devra être suffisante pour avoir permis le signalement de 25 à 30 enfants en l'espace d'1 an.

Il sera bien entendu nécessaire d'avoir obtenu dans le secteur une collaboration active de tous les services impliqués dans la protection de l'enfance.

D - Questionnaire.

Les questionnaires seront plus schématiques et plus succincts que ceux de l'enquête hospitalière.

Ils seront établis pour permettre leur exploitation statistique.

Ils devront cependant permettre d'exploiter les divergences des informations et des évaluations sur la gravité et le pronostic des cas, fournies par les différents travailleurs impliqués.

E - Observations privilégiées.

Une place très importante sera réservée dans notre étude à certaines observations privilégiées. Ces dernières pourront provenir soit de l'enquête hospitalière soit de l'enquête de secteur. Elles devront avoir pour particularité d'avoir été prises en charge d'un bout à l'autre tant sur le plan clinique que sur celui des investigations socio-psychologiques et du devenir de l'enfant par l'équipe de recherche elle-même avec l'aide éventuelle de médecins ou de travailleurs sociaux ayant une formation suffisante et motivée par l'esprit de la recherche entreprise. Il ne saurait être question de leur attribuer une valeur statistique mais leur importance est essentielle pour un abord en profondeur du problème. Elles feront l'objet d'une exploitation monographique.

---==oOOoo==---

3) Un secteur à prédominance rurale.

La dimension exacte des secteurs ne peut être encore fixée. Notre intention est d'obtenir au préalable un aperçu numérique des cas qui ont été signalés dans les secteurs envisagés à la PMI et au juge des enfants pendant une période déterminée de 1 an. On peut estimer grossièrement qu'une enquête approfondie telle qu'elle sera menée aura comme résultat d'augmenter considérablement le nombre des cas répertoriés, en conséquence, il nous apparaît en première approximation que la dimension d'un secteur devra être suffisante pour avoir permis le signalement de 25 à 30 enfants en l'espace d'1 an.

Il sera bien entendu nécessaire d'avoir obtenu dans le secteur une collaboration active de tous les services impliqués dans la protection de l'enfance.

D - Questionnaire.

Les questionnaires seront plus schématiques et plus succincts que ceux de l'enquête hospitalière.

Ils seront établis pour permettre leur exploitation statistique.

Ils devront cependant permettre d'exploiter les divergences des informations et des évaluations sur la gravité et le pronostic des cas, fournies par les différents travailleurs impliqués.

E - Observations privilégiées.

Une place très importante sera réservée dans notre étude à certaines observations privilégiées. Ces dernières pourront provenir soit de l'enquête hospitalière soit de l'enquête de secteur. Elles devront avoir pour particularité d'avoir été prises en charge d'un bout à l'autre tant sur le plan clinique que sur celui des investigations socio-psychologiques et du devenir de l'enfant par l'équipe de recherche elle-même avec l'aide éventuelle de médecins ou de travailleurs sociaux ayant une formation suffisante et motivée par l'esprit de la recherche entreprise. Il ne saurait être question de leur attribuer une valeur statistique mais leur importance est essentielle pour un abord en profondeur du problème. Elles feront l'objet d'une exploitation monographique.

--==oOOoo==--

CHAPITRE II

ORGANISATION GENERALE DE LA RECHERCHE.

Organisation administrative.

La recherche se fera sous les auspices de l'Association pour la Recherche Appliquée en protection médicale et sociale de l'Enfance (A.R.A.P.E) qui a accepté d'accueillir et de patronner ce projet. Cette association se porte garant de l'intérêt général de la recherche, en suivra le déroulement et répondra de la bonne gestion des fonds.

Cette recherche bénéficie dès à présent d'une subvention du Ministère de la Santé Publique ainsi que de crédits d'enquête de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) qui fournira en outre toute l'aide technique pour son exploitation mécanographique et son utilisation statistique.

La direction de la recherche sera confiée au Docteur Pierre STRAUS. Celui-ci assurera la direction technique de la recherche, l'animation et la coordination des travaux, il rendra compte régulièrement du déroulement de ceux-ci à l'ARAPE ainsi qu'à la section "mère et enfant" de l'INSERM.

Un comité technique sera constitué pour apporter ses conseils et contrôler le déroulement de la recherche.

Ce comité comprendra :

- Les membres de l'équipe de recherche.
- Deux membres du Conseil d'Administration de l'ARAPE.
- Un représentant du service de recherche de la C.N.A.F.
- Un membre de la division de la recherche médico-sociale de l'INSERM (section "mère et enfant).
- Un représentant autorisé de chacune des structures suivantes :
  - Direction de la Protection Maternelle et Infantile.
  - Consultations d'hygiène mentale infantile.
  - Assistantes familiales.
  - Assistantes hospitalières.
  - Services de prévention de la D.A.S.
  - Aide Sociale à l'Enfance.
  - Ecoles maternelles.
  - Services sociaux du tribunal.

- Brigade de Protection des Mineurs.
- Juges des enfants.

Ce comité technique se réunira trois fois par an.

L'équipe de recherche comprendra :

1°) Le directeur de recherche.

2°) 4 chargés d'étude à temps partiel respectivement chargés de l'aspect médico-psychologique de la recherche et de la coordination de l'enquête dans le secteur hospitalier et dans les 3 secteurs géographiques. Il est envisagé que l'un deux aura une fonction hospitalière, un autre sera médecin de PMI et un autre pédo-psychiatre.

3°) 3 travailleurs sociaux à plein temps, travaillant en équipe avec les chargés d'étude. L'un d'eux aura la responsabilité de la recherche hospitalière et du secteur parisien.
Les deux autres seront responsables des deux secteurs provinciaux.
L'un de ces travailleurs sociaux devra avoir une qualification et une formation suffisante dans le domaine psychosociologique pour apporter sa contribution à la rédaction finale des travaux.

4°) Deux pédo-psychiatres et deux psychologues assureront leur concours à l'équipe de recherche sous forme vacataire.

L'équipe de recherche se réunira régulièrement.

Dans chaque secteur un comité local sera constitué, formé des deux membres de l'équipe de recherche et de représentants autorisés des différentes structures chargées sur le plan local de la protection de l'enfance (PMI, Services sociaux familiaux, Services de prévention, Services sociaux du Tribunal) auxquels seront adjoints un représentant des médecins praticiens et un membre de l'enseignement dans les écoles maternelles. Il aura pour tâche d'aider à la coordination des différents services, de sensibiliser par une information régulière le personnel de ces services et d'atténuer les difficultés éventuelles pouvant surgir entre les services pendant le déroulement de la recherche.

Le directeur de recherche ou, à défaut, un membre au moins du comité technique participera aux réunions de ces comités locaux.

Le secrétariat central sera assuré par une secrétaire médicale à temps plein.

Dans les deux secteurs provinciaux, une secrétaire à temps partiel assurera le courrier, la manutention des questionnaires, le regroupement et la dactylographie des informations.

Echéancier des travaux.

Rappellons que notre recherche répond à 5 préoccupations essentielles :

1°) Procéder à une étude clinique et socio-psychologique portant sur les jeunes enfants victimes de mauvais traitements.

2°) Effectuer une enquête épidémiologique de ces cas dans 3 secteurs de référence.

3°) Analyser le fonctionnement et les interventions des différentes instances chargées de la protection de l'enfance.

4°) Etudier le devenir des enfants et de leur famille au travers de ces différentes interventions.

5°) Aboutir à des recommandations concernant la protection de l'enfance en danger.

La recherche débutera le 1er janvier 1971 et se déroulera sur trois ans.

L'étude en milieu hospitalier n'étant que l'extension d'une étude en cours, aura une mise en route plus rapide d'où un décalage dans les échéances prévues.

Le schéma suivant résume les étapes de ces deux enquêtes :

Echéancier.

	ETUDE HOSPITALIERE	ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE
1.1.71		Choix des secteurs
	- expérimentation des questionnaires - extension de l'enquête 3 mois	3 mois
1.4.71		Mise en place des pré-enquêtes
1.9.71	Enquête proprement dite comprenant : - étude clinique et socio-psychologique - étude du fonctionnement des services - début de l'étude prospective: devenir des enfants. 17 mois	- Enquête épidémiologique. - Etude du fonctionnement des services. - Début de l'étude prospective devenir des enfants. 1 an
1.1.72		
1.9.72		
1.1.73	Poursuite de l'étude prospective sur le fonctionnement des services et le devenir des enfants. 6 mois	
1.4.73		
31.12.73	Exploitation des résultats. Recommandations. 9 mois	

I. JANVIER - AVRIL 1971.

Début janvier : première réunion du comité technique

a) Exposé par le groupe de recherche de l'INSERM des résultats de l'étude hospitalière exploitée en 1970 et propositions concernant la technique, les questionnaires types et l'extension de cette étude, mise en place de l'étude hospitalière normalisée.

b) Discussion sur le choix des secteurs de l'enquête épidémiologique, les critères de choix, l'extension géographique, les modalités d'information et de coordination des différents services sur le plan local.

Janvier - avril 1971 :

a) Etude hospitalière : expérimentation de l'étude normalisée à l'aide des questionnaires types.

b) Enquête épidémiologique : prospection des secteurs envisagés, réunions d'informations, coordinations des services, etc...

Avril 1971 : deuxième réunion du comité technique

a) Exposé sur l'expérimentation de l'étude hospitalière à l'aide des questionnaires types, discussion, mise en route de l'étude hospitalière normalisée.

b) Choix définitif des secteurs de l'enquête épidémiologique, discussion sur la normalisation de la méthodologie, mise au point des questionnaires types.

II. AVRIL - SEPTEMBRE 1971.

a) Début de l'étude hospitalière normalisée.

b) Expérimentation de l'enquête épidémiologique dans les secteurs, constitution et réunions des comités locaux, expérimentations méthodologiques.

Septembre 1971 : troisième réunion du comité technique avec la participation des comités locaux des secteurs.

Exposé par les chargés d'étude et les travailleurs sociaux des résultats de l'expérimentation dans les secteurs, des difficultés rencontrées, des problèmes méthodologiques. Discussion, corrections éventuelles de l'étendue géographique des secteurs en fonction des premières données. Mise au point méthodologique. Mise en route de l'enquête épidémiologique normalisée.

III. SEPTEMBRE 1971 - SEPTEMBRE 1972.

Déroulement des enquêtes épidémiologiques et de l'étude hospitalière.

- Rassemblement des cas.
- Etude du fonctionnement des services.
- Mise en route de l'étude prospective sur le devenir des enfants.

Début 1972 : quatrième réunion du comité technique

a) Mise au point de l'enquête prospective concernant le devenir des enfants. Méthodologie.

b) Exposé par les pédo-psychiatres et les psychologues de l'abord psycho-affectif des parents maltraitants, présentation d'observations privilégiées.

Juin 1972 : cinquième réunion du comité technique

Discussion et établissement d'un premier rapport qui sera remis à la C.N.A.F.

Septembre 1972 : arrêt de l'enquête de dépistage.
sixième réunion du comité technique avec la participation des membres des comités locaux de secteur.

Exposé par les équipes de recherche des premières données concernant l'épidémiologie des cas, le fonctionnement des services, les interventions et le devenir des enfants. Discussion des problèmes prioritaires, socio-économiques et socio-psychologiques concernant la protection de l'enfance en danger.

IV. SEPTEMBRE 1972 - AVRIL 1973.

Poursuite et clôture de l'enquête sur le fonctionnement des services, la nature des interventions et le devenir des enfants.

Début 1973 : septième réunion du comité technique

Exposé des premiers résultats globaux de l'enquête épidémiologique.

Discussion sur les grandes lignes du rapport terminal, répartition des tâches rédactionnelles.

V. AVRIL 1973 - DECEMBRE 1973

Exploitation mécanographique et statistique. Rédaction du rapport général. Recommandations.

Juin 1973 : huitième réunion du comité technique avec la participation des membres des comités locaux. Exposé sur l'ensemble des résultats statistiques des enquêtes.

Mise au point de la rédaction du rapport final, dicussion sur recommandations prioritaires et sur les problèmes devant éventuellement faire l'objet de recherches complémentaires.

Septembre 1973 : neuvième réunion du comité technique

Discussion du rapport général et de ses modalités.
- rapport à la C.N.A.F
- rapport à l'INSERM
- rapport auprès du Ministère de la Santé Publique

Dépot éventuel d'un nouveau projet de recherche sur un problème prioritaire concernant la protection de l'enfance.

Fin 1973 : dixième et dernier comité technique en présence :

1°) D'un représentant du Ministère et de la Santé Publique.

2°) Du directeur de la C.N.A.F

3°) Du chef de la direction de la recherche médico-sociale de l'INSERM.

Dépôt des rapports. Exposés, évaluation des résultats, recommandations générales. Discussion sur les modalités d'information des différentes structures impliquées dans la protection de l'enfance.