

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Clémence EVEILLARD

Née le 07/04/1990 à TOURS (37)

**AIDE AU REPÉRAGE ET À LA TRANSMISSION D'UNE
INFORMATION PRÉOCCUPANTE.**

**Étude épidémiologique descriptive menée auprès des médecins généralistes
d'Indre-et-Loire.**

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine Légale et Droit de la Santé, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur François LABARTHE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Denis ORIOT, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Poitiers

Docteur Fabienne BRANDINI, Médecine Générale, PMI – Tours

Docteur Annie URVOIS-GRANGE, Pédiatrie, PH, CHU – Tours

Directeur de thèse : Docteur Odile CONTY-HENRION, Médecine Générale – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

3

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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 dans 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 le crime.

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 fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : La maltraitance infantile est un problème de santé publique majeur. La proportion d'informations préoccupantes (IP) provenant du secteur médical n'excède pas les 5%. Quels sont les freins et les leviers au repérage et à la transmission d'une IP ?

Méthode : Étude épidémiologique, observationnelle, descriptive et transversale menée auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Il s'agissait d'évaluer les connaissances, les pratiques et les attentes des médecins sur le repérage et la transmission d'une IP.

Résultats : Sur 196 questionnaires recueillis, nous avons obtenu un échantillon représentatif de 170 médecins généralistes après redressement. 46,5% (IC95 [38,8 ;54,2]) des médecins ne savaient pas différencier l'IP du signalement, d'un point de vue de la saisine des autorités compétentes et/ou du type de danger. Lors du repérage d'un enfant « en danger » ou « en risque de danger », 71,2% (IC95 [63,5 ;78,9]) des médecins cochaient des éléments de danger grave et immédiat. La connaissance des dispositifs de protection de l'enfance améliorait la caractérisation du danger et l'identification des facteurs de vulnérabilités d'une IP ($p=0,0068$ - OR à 9,1 (IC95 [2,1 ;39,8])). L'erreur diagnostique représentait la principale crainte à 24,9% (IC95 [19,8 ;30]). Les difficultés rencontrées par les médecins ayant transmis un écrit étaient le manque d'interlocuteurs et l'aspect chronophage (à 18,4% (IC95 [6,9 ;29,9])). Les médecins exprimaient le besoin de formation, le bénéfice d'une aide en pratique courante et d'un travail en réseau.

Conclusion : Un outil d'aide et une fiche type de recueil d'IP ont été créés et transmis à l'ensemble des médecins du département. Le déploiement de formations s'inscrivant dans le cadre de la formation médicale continue mériterait d'être davantage proposé.

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a major public health issue. However, not more than 5 % of suspected child abuse reports come from primary care providers. The objective of this study is to examine the factors influencing the identification and reporting of suspected child abuse to the appropriate medical services.

Method: This observational, descriptive cross-sectional epidemiological study was carried out among health care providers (physicians) situated in the Indre-et-Loire region of France. This study evaluated the physicians' knowledge, skills and expectations regarding the identification and transmission of suspected reports of child abuse.

Results: Of 196 survey collected, we got a representative sample of 170 general practitioners after adjustment. 46,5% (IC95 [38,8 ;54,2]) of the doctors couldn't make the difference between the suspected abuse reports and the procedure of making a suspected report, on the competent authorities referral procedure and/or the kind of danger. During the identification of a child "in danger" or "at risk of danger", 71,2% (IC95 [63,5 ;78,9]) of the doctors ticked major and urgent danger elements. The childhood protection mechanism's knowledge improved the danger's characterisation and the vulnerability factors' identification of a worrying information ($p=0,0068$ - OR à 9,1 (IC95 [2,1 ;39,8])). Diagnosis error represented the main concern at 24,9% (IC95 [19,8 ;30]). The physicians who submitted a written report expressed that it was time-consuming and that they met a lack of interlocutors (at 18,4% (IC95 [6,9 ;29,9])). The physicians expressed the need of a training, the benefit of a help in current practice and networking.

Conclusion: A work tool and a standard suspected child abuse report gathering form were created and distributed to all the physicians of the department. The deployment of trainings in the medical ongoing educational background deserved to be more suggested.

REMERCIEMENTS

À mes juges

À Madame le Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

À Monsieur le Professeur François LABARTHE

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Fabienne BRANDINI

Médecin de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Je me souviens de notre premier entretien, avant d'initier ce long travail de thèse. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton expertise.

À Madame le Docteur Annie URVOIS-GRANGE

Praticien hospitalier des Urgences pédiatriques au CHU de TOURS – Coordonnateur régional adjoint du réseau Accueil et Soins pour l'Enfance en Danger (ASPED)

Merci pour votre disponibilité et votre engagement. Votre expertise lors du groupe de travail fut essentielle.

À Madame le Docteur Odile CONTY-HENRION

Médecin Généraliste – Membre du Conseil Départemental et National de l'Ordre des Médecins (CDOM et CNOM)

Merci de m'avoir soutenue et guidée tout le long de ce travail de thèse.

À tous les professionnels ayant concouru à ce travail

À Madame Camille ANTIGNY

Responsable de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) 37 – Conseil Départemental Indre-et-Loire

Merci pour ton soutien et tout ce travail accompli. Merci d'avoir autant porté ce projet au sein du Conseil départemental. J'espère que l'on aura l'occasion de retravailler ensemble.

À l'équipe de la CRIP 37

Conseil départemental Indre-et-Loire

Merci pour votre travail et votre disponibilité pour le recueil des données et à la mise sous pli des enveloppes.

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Indre-et-Loire

Merci d'avoir validé l'outil d'aide et pris en charge l'envoi à tous les médecins du département.

À Monsieur Nicolas BARON, Madame Nathalie GOUIN, Madame Marie-Claude VERNA, Madame Françoise FRAUEL-DUTEIL

Membres du Conseil départemental d'Indre-et-Loire – pôle prévention et protection de l'enfant et de la famille

Merci pour votre expertise et votre participation au groupe de travail. Merci à Monsieur Nicolas BARON d'avoir validé l'outil d'aide et la fiche type de recueil d'IP. Merci pour l'impression de l'ensemble des documents, cela a permis sa large diffusion au-delà des objectifs initiaux.

À Madame le Docteur Éléonore COUSIN

Médecin de PMI – Médecin en Institut médico éducatif (IME) – suppléante Comité de suivi CRIP au CDOM

Merci pour tous vos précieux conseils et votre participation au groupe de travail.

À Monsieur le Docteur Etienne BOSIA

Directeur des opérations et processus qualité à Rennes School of Business – Statisticien

Merci pour ton aide précieuse dans l'analyse des données statistiques.

À Madame le Docteur Marie-Dominique LEFEBVRE et Madame le Docteur Sylvie PECQUET

Médecins de PMI à Chartres

Merci de m'avoir éveillée à la notion même de protection de l'enfance pendant mon internat.

À mes proches

À Adrien, Camille, Fabienne, Gilda, Guylaine, Laure, Mélanie, Mélody et ma mère Valérie

Merci pour vos relectures, vos corrections et Mélodie pour la traduction du résumé en anglais.

À mes amis

Que vous soyez proches ou loin, merci pour votre soutien. À ces bons moments à vos côtés et pour les nombreux à venir.

À mon grand-père

Tu étais si fier de savoir que ta petite fille était en médecine. Ton absence a laissé un grand vide.

À mes parents

Merci pour votre amour, votre soutien, vos encouragements et la transmission de vos valeurs. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous.

À Adrien

Mon tout, mon complice qui m'accompagne depuis 15 ans. Merci pour ton soutien, ta patience, ton amour. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Je suis si fière d'être à tes côtés depuis ces nombreuses années et d'autant plus depuis que nous sommes devenus parents.

À ma fille Alice

Ma chère et tendre, ma toute petite que j'aime infiniment. Tout cet amour et ce bonheur au quotidien. Ton sourire, tes éclats de rire. Je suis tellement reconnaissante et fière d'être ta maman.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	14
1.1 Versant législatif	16
1.1.1 Textes législatifs régissant la protection de l'enfance	16
1.1.2 Le devoir de partager dans le respect du secret professionnel	17
1.2 État des lieux sur les informations préoccupantes émanant des médecins en Indre-et-Loire	18
1.3 Traitement et évaluation des informations préoccupantes dans le département d'Indre-et-Loire	21
1.4 Repérage des facteurs de vulnérabilité	23
1.4.1 Les besoins fondamentaux universels de l'enfant	23
1.4.2 L'appréhension des facteurs de risque de compromission au développement de l'enfant	24
1.4.3 Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile	25
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	26
2.1. Schéma de l'étude	26
2.2. Objectifs	27
2.3. Questionnaire	27
2.4. Autorisation	27
2.5. Analyse des données	28
2.6. Exploitation des résultats	28
2.7. Création de l'outil d'aide	29
3. RÉSULTATS	30
3.1 Caractéristiques de l'échantillon	30
3.2 Repérage d'une situation préoccupante	32
3.2.1 Définition d'une information préoccupante et sa distinction du signalement	32
3.2.2 Pratiques concernant le repérage de l'enfance en danger	34
3.3 Rédaction et transmission d'une information préoccupante	36
3.3.1 État des connaissances	36
3.3.2 Pratiques des médecins généralistes	37
3.3.3 Les freins signalés	39
3.3.4 Interlocuteurs privilégiés	41
3.4 Suites données à une information préoccupante	42
3.5 Attentes des médecins généralistes	44

4. DISCUSSION	45
4.1. Résultats principaux	45
4.1.1. Freins au repérage et à la transmission d'une information préoccupante	45
A. Manque de formation et d'information	45
a. Notion même d'information préoccupante et sa distinction du signalement	45
b. Difficultés au repérage de l'enfant en danger ou en risque de danger	46
B. Sous-estimation de la maltraitance infantile	47
C. Manque d'interlocuteurs	48
D. Aspect chronophage – Problème de temporalité	49
E. Information à fournir au(x) parent(s) ou représentant légal de la réalisation d'une information préoccupante	50
F. Erreur diagnostic	51
G. Méconnaissance des suites et manque de collaboration	52
4.1.2. Leviers	53
A. Formation initiale et continue	53
B. Collaboration – Réseau	54
C. Diffusion d'un outil d'aide à destination des médecins généralistes	55
4.2. Forces et faiblesses	56
4.2.1. Echantillon à l'étude	56
4.2.2. Méthode de collecte des données	57
4.2.3. Analyse des données	58
4.3. Perspectives	59
5. CONCLUSION	60
6. BIBLIOGRAPHIE	61
7. GLOSSAIRE	66
8. ANNEXES	68
8.1 Courrier d'information accompagnant le questionnaire (voie postale)	68
8.2 Questionnaire	69
8.3 Commentaires	72
8.4 Autorisation – mail Direction de la Recherche du CHRU Tours (coordinatrice de la cellule des « Recherches Non Interventionnelles »)	84
8.5 Guide pratique diffusé aux médecins d'Indre-et-Loire	85
8.6 Fiche de recueil d'éléments d'inquiétudes, de danger ou de risque de danger concernant un enfant	90

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît en 2006 que la maltraitance infantile est un grave problème de santé publique à l'échelle internationale (1). Chaque année dans les pays développés à haut niveau de revenus, les abus physiques touchent entre 4 à 16% des enfants, 5 à 15% des garçons et 15 à 30% des filles sont victimes d'abus sexuels (2). 1 enfant sur 10 est exposé aux abus psychologiques (3) et les négligences graves se situent entre 1 à 15% des enfants (4). Ces données épidémiologiques sont issues de la revue de littérature «Abus, maltraitance et négligences » publiée en 2014 (5).

Les études recoupant les enquêtes rétrospectives réalisées à l'âge adulte et les données de recueil officiel mettent en évidence une sous-évaluation des comportements de maltraitance. Selon l'étude d'incidence nationale de la Child Abuse and Neglect, seulement un tiers des enfants victimes de maltraitance est porté à l'attention des services de protection de l'enfance (6).

En France, ce serait près de 1 à 2 enfant(s) qui meur(en)t chaque jour de violences infligées par des adultes (extrapolation INSERM 2010 (7)). L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) comptabilise au 31 décembre 2018, 306 800 mineurs bénéficiant d'au moins une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance (hors Mayotte), soit 21% des mineurs. 122 mineurs victimes d'infanticides ont été enregistrés par les forces de sécurité, dont 80 sont décédés dans le cadre intrafamilial (8). Le numéro national 119 a recensé en 2018, 34 031 appels dont 29 556 enfants ont fait l'objet d'une information préoccupante (IP) (9). Plus de 80% des mauvais traitements sont infligés au sein du cadre familial. La maltraitance est caractérisée par sa précocité et sa chronicité (10).

Selon l'OMS, la maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans, dans un contexte de relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Elle s'étend à toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences, d'exploitation commerciale, entraînant un préjudice réel ou potentiel à la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. L'exposition aux violences conjugales est considérée comme une forme de maltraitance.

Depuis la loi du 5 mars 2007, une distinction est faite entre la notion d'information préoccupante (IP) et de signalement.

L'IP est une information transmise à la cellule départementale, pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur :

- pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de danger ;
- ou quand les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être (11).

Le terme de signalement est désormais réservé à la saisine de l'autorité judiciaire, dans des situations d'urgence vitale ou de danger grave et imminent.

La voie de la prévention est fondamentale, l'IP permet d'alerter les autorités administratives avant que le stade de danger grave avéré ou d'urgence vitale ne soient constitués.

Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires aussi bien par des pédiatres que par des médecins généralistes. 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. 1 séance sur 8 est consacrée aux activités de prévention, dont 44% des enfants vus sont âgés de moins de 4 ans (12). Le médecin généraliste bénéficie d'une vision globale du cadre familial et de l'environnement social dans lesquels évolue l'enfant, lui permettant d'avoir une approche psycho-affective de ce dernier. Le médecin généraliste est donc un acteur de premier recours dans le dépistage précoce de l'enfance en danger et dans l'accompagnement des familles. Néanmoins, la proportion d'IP transmise par les médecins généralistes est très faible, les IP provenant du secteur médical n'excèdent pas les 5% (13).

Il existe une grande diversité dans les approches, le ressenti et les difficultés propres à chaque praticien (14).

Les études récentes mettent en évidence les freins ressentis par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'enfance en danger. La notion même d'IP est méconnue, ainsi que les structures de protection de l'enfance. Ils témoignent d'un manque de temps, d'un manque de formation et d'un défaut de collaboration avec les services sociaux. Quant aux craintes sur les conséquences de la réalisation d'une IP, ils expriment la peur du signalement abusif, la rupture du suivi et les conséquences sur la dynamique familiale (14)(15)(16)(17).

Les médecins généralistes reconnaissent leur rôle prédominant dans le dépistage. Les solutions évoquées dans les études sont le souhait d'une formation adaptée, la mise à disposition d'outils ainsi qu'une collaboration efficace entre les différents acteurs de la protection de l'enfance (18)(17)(19). L'intérêt d'un outil d'information sur l'IP à destination des médecins a été établi dans une thèse en Loire Atlantique en 2016 (20).

J'ai été sensibilisée au sujet de la protection de l'enfance au cours d'un stage d'internat en Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette expérience a soulevé de nombreuses interrogations sur ma pratique en exercice libéral. Quelle est la place du médecin généraliste dans ce circuit ? Bénéficie-t-il des connaissances nécessaires et de ressources pratiques ? Comment faciliter la transmission de l'information et les échanges avec les structures de la protection de l'enfance ?

Le champ de la maltraitance des mineurs est un sujet vaste et complexe. Bien trop souvent sont évoqués les difficultés, les freins et la place minime du médecin généraliste dans le circuit de la protection de l'enfance. Notre volonté à travers cette étude est d'étudier ces différentes données en Indre-et-Loire mais surtout de réfléchir et de mettre en place une aide concrète et pratique à destination des médecins généralistes dans leur exercice quotidien. Cette thèse vise à répondre à la question suivante : Quels sont les freins et les leviers au repérage et à la transmission d'une IP par les médecins généralistes libéraux d'Indre-et-Loire ?

1.1 Versant législatif

1.1.1 Textes législatifs régissant la protection de l'enfance

Le dispositif de protection de l'enfance est vaste. Il comprend aussi bien les actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents ; que le repérage et l'évaluation des situations de danger ; et les décisions administratives et judiciaires qui en découlent.

Deux lois ont réformé ce système.

Par la *loi N° 2007-293 du 5 mars 2007*, le législateur précise le parcours et les interventions en protection de l'enfance, notamment par la création de cellules de recueil des informations préoccupantes. « Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, (...), des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. » selon l'*article L226-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF)* (21). Ainsi, la notion d'information préoccupante est introduite à la place du signalement administratif. Cette loi a également remplacé la notion de maltraitance par celle de danger.

La *loi N° 2016-297 du 14 mars 2016*, en son article premier, replace l'enfant au centre de l'intervention en protection de l'enfance. Selon l'*article L112-3 du CASF*, « 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, dans le respect de ses droits. » (22)

Cette seconde réforme réaffirme les principes posés par le législateur en 2007.

Les axes principaux de cette loi s'articulent sur une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant à travers la prévention, le repérage et le suivi des situations de danger. Ainsi qu'une amélioration de la gouvernance nationale et locale de protection de l'enfance (création du Conseil national de la protection de l'enfance, renforcement des missions des observatoires).

La protection de l'enfance reste au cœur des préoccupations. Une nouvelle loi contre les violences éducatives ordinaires a été adoptée par la *loi du 10 juillet 2019*. Ce principe est inscrit dans l'*article 371-1 du code civil*, avec l'ajout d'un alinéa qui précise que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques » (23).

Par la suite, une « stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 » (24) a été lancée en octobre 2019. Cette stratégie a notamment comme objectif d'accélérer le virage de la prévention en protection de l'enfance.

1.1.2 Le devoir de partager dans le respect du secret professionnel

La violation du secret professionnel est punie par l'*article 226-13 du code pénal*. Des dérogations à cet article permettent aux professionnels de santé d'informer les autorités compétentes et de partager entre-elles des informations.

L'*article 226-14 du code pénal* (25) justifie : « Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, (...), porte à la connaissance du Procureur de la République ou de la cellule de recueil, (...) 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. (...) Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Ce dernier alinéa sur la responsabilité médicale a été rédigé lors de la *loi N° 2015-1402 du 5 novembre 2015*. Elle tend à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé dans le but de diminuer les réticences du corps médical.

L'*article 226-2-2 du CASF* (11) prévoit que : « les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance (...) ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, (...). Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire (...) »

Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente. (10)

« 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 », d'après l'*article 43 du code de déontologie*. L'*article 434-3 du code pénal* (26) précise « le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur (...) de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives (...) est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

1.2 État des lieux sur les informations préoccupantes émanant des médecins en Indre-et-Loire

Une analyse rétrospective a été menée en amont de l'étude. Nous avons étudié les IP transmises par les médecins, du 01 juin 2018 au 30 novembre 2018, à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) 37.

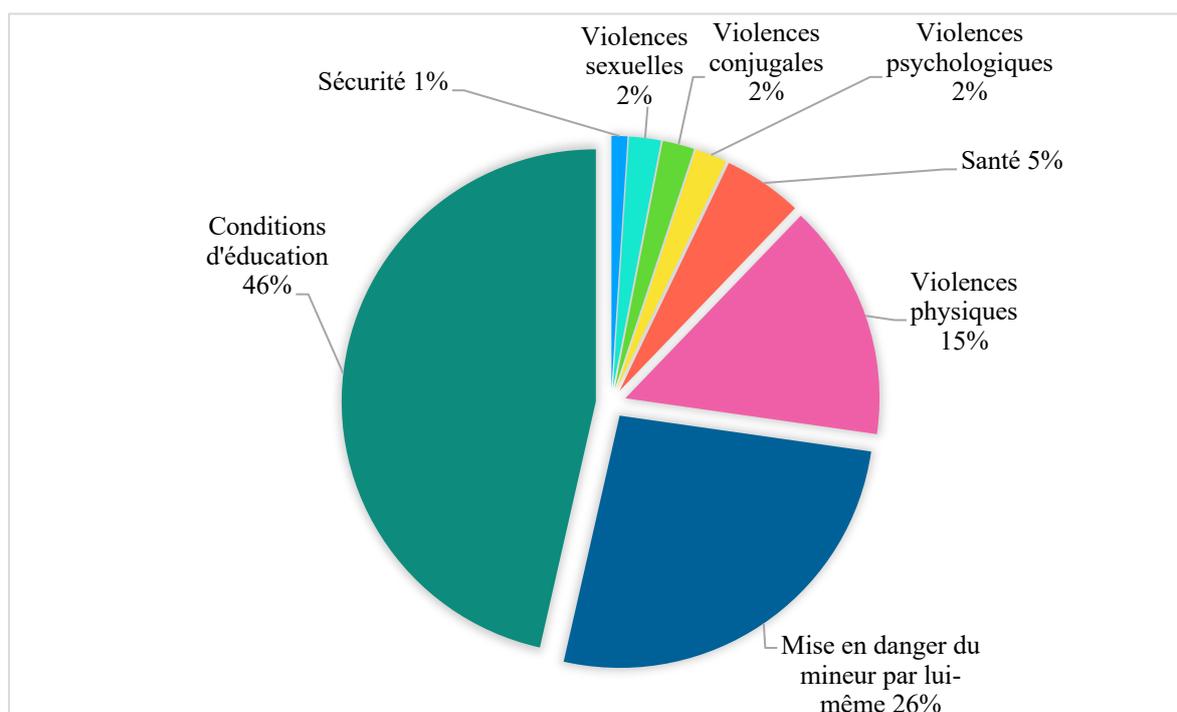
Nous avons volontairement déterminé une période de 6 mois pour faciliter l'extraction des données par l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE). Tout en respectant les premiers mois de fonctionnement de la CRIP 37, créée en octobre 2017.

Ainsi, 51 IP ont été anonymisées. Ces données ont été collectées après accord de la Direction de la prévention et la protection de l'enfant et de la famille.

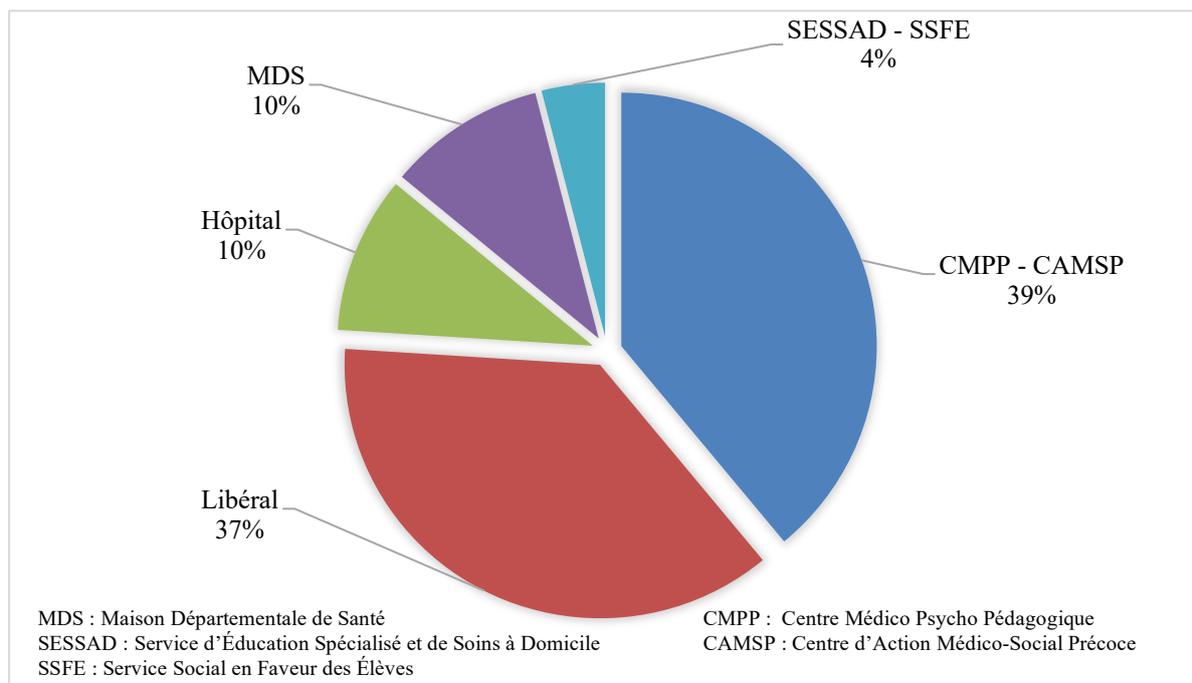
Les transmissions d'informations émanant des médecins représentaient 6,88% du total des IP (51 IP sur 741) sur la période donnée, dont 17 provenaient des médecins généralistes.

Chaque IP était codée selon le danger ou le risque de danger ayant motivé l'intervention en protection de l'enfance, les suites données, la spécialité du médecin, sa structure et son lieu d'exercice.

Graphique 1 : Diagramme représentant la nature du danger ayant motivé l'intervention en protection de l'enfance sur la base des IP émanant des médecins en Indre-et-Loire du 01/06 au 30/11/18.



Graphique 2 : Diagramme de répartition des IP par secteur d'activité.



Notre recueil comporte bien les médecins de l'éducation nationale. Majoritairement, les IP proviennent des professeurs des écoles ou du service social. Le plus souvent, le médecin apporte un complément d'information ou rédige un certificat médical. Ces IP sont donc enregistrées à partir du nom de leur institution « Éducation nationale » et non pas à partir de la profession de celui qui l'a émise (ex : enseignant, assistante sociale, médecin, psychologue ou infirmier scolaire...). Le chiffre des 4% SESSAD - SSFE correspond bien à une IP où seul le médecin scolaire a rédigé.

Sur ces 51 IP transmises par les médecins, les suites données étaient les suivantes :

- 9 ont été classées sans suite ;
- 3 informations ont été transférées à un autre département ;
- 14 situations ont été transmises à l'autorité judiciaire dont 8 en tant que signalement au Procureur et 6 pour information dans le cadre d'une mesure déjà en cours ;
- 24 ont été qualifiées d'IP dont 4 ont fait l'objet d'un signalement après évaluation ;
- 1 demande d'évaluation a été demandée par le parquet.

Afin de comparer ces résultats aux données nationales, nous avons contacté l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) par courrier électronique en avril 2019.

À ce jour, il n'existe pas de chiffres nationaux officiels sur le nombre d'IP émanant des médecins. Moins de la moitié des CRIP réalise un rapport d'activité, ce qui rend difficile le travail d'exploitation au niveau national.

Toutefois, l'ONPE dispose de quelques rapports d'activité de 2017, notamment sur la proportion d'IP émanant de la « santé » au sens large. Les médecins de l'éducation nationale ne sont pas comptés dans cette catégorie « santé ». Les résultats sont très hétérogènes allant par exemple de 3% dans le Cher à 15% en Essonne. Cette hétérogénéité peut être expliquée par différentes variabilités comme : l'appropriation de la notion d'IP, le circuit même de l'IP sur le territoire et la diversité des pratiques professionnelles. À titre d'exemple, la signature d'un protocole de coordination avec les services de santé début 2016 et une communication à destination des professionnels de santé dans le département de l'Essonne ont entraîné l'augmentation des IP provenant des services de santé entre 2016 et 2017.

1.3 Traitement et évaluation des informations préoccupantes dans le département d'Indre-et-Loire

Depuis 1986, la politique de l'enfance était décentralisée et confiée aux Conseils départementaux. Devant une disparité de prise en charge sur le territoire, le législateur a réformé de façon majeure le système de protection de l'enfance par la *loi du 05 mars 2007*.

La notion d'IP est née de cette loi et est définie par décret en 2013.

Le Conseil départemental d'Indre-et-Loire a revu son dispositif, aidé par la *loi du 14 mars 2016*, qui dispose en son article 9 : « Des protocoles sont établis (...) entre le Président du Conseil départemental, (...), les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation (...) »

La CRIP 37 a ainsi été créée en octobre 2017. La cellule de recueil est située au siège de la Direction de la prévention et de la protection de l'enfant et de la famille. Elle est placée sous sa responsabilité.

La CRIP 37 est actuellement composée d'un responsable, de trois assistants administratifs, de deux travailleurs sociaux dont une éducatrice spécialisée et d'une assistante sociale. Aucun médecin référent protection de l'enfance n'est nommé, néanmoins un médecin de PMI est mobilisable à chaque fois que cela est nécessaire. Il est consulté pour la lecture et l'analyse des certificats médicaux (aide à la qualification) et de façon générale pour les informations émanant des professionnels de santé.

La CRIP 37 reçoit les IP émanant des professionnels comme des citoyens du département. Pour tout avis ou conseil, la CRIP peut être contactée face à des inquiétudes ou des incertitudes. Elle participe au recensement de l'enfance en danger par la transmission de ses données à l'ODPE qui les transmet à l'ONPE.

À la réception d'une situation préoccupante, la lecture des inquiétudes permet d'en apprécier le danger et le degré d'urgence. Des premières investigations administratives sont menées, pouvant être complétées d'une pré-analyse par les travailleurs sociaux.

En fonction des éléments reçus et du niveau de danger, la responsable de la CRIP va décider soit de :

- saisir sans délai l'autorité judiciaire,
- qualifier l'information comme préoccupante,
- classer sans suite.

Une fois que l'IP est qualifiée, elle est confiée aux équipes pluridisciplinaires des travailleurs sociaux et médico-sociaux des pôles action sociale, PMI et enfance (circonscription locale de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)). D'autres partenaires peuvent également être sollicités, surtout l'éducation nationale avec le SSFE et le réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASSED). L'évaluation est réalisée dans un délai maximum de 3 mois à compter de la réception par la CRIP.

Même lorsque l'IP ne concerne qu'un enfant d'une fratrie, c'est l'ensemble de la fratrie qui fera l'objet d'une évaluation, dans tous les lieux de vie. Il est à noter que les IP femmes enceintes ou grossesses vulnérables n'existent pas pour l'instant en Indre-et-Loire à la différence d'autres départements (en cours de réflexion).

La CRIP est en relation étroite avec l'autorité judiciaire par la transmission de situations selon le champ d'intervention et le degré d'urgence.

Au terme de l'évaluation, les suites données peuvent être de différentes natures :

- un classement sans suite ;
- une mise à disposition des services ;
- un accompagnement médico-social avec la possibilité d'une mise en place d'aides financières
- un accompagnement éducatif permettant un soutien à la parentalité : technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile pour favoriser l'autonomie des personnes et accompagner les familles dans la gestion du quotidien, action éducative à domicile (AED), action éducative de proximité (AEP) ;
- un accueil provisoire en dehors du lieu de vie habituel : l'enfant est confié à l'ASE avec l'accord des parents (contrat signé), il s'agit d'une mesure administrative ne nécessitant pas d'audience chez le juge pour enfants ;
- une transmission aux autorités judiciaires pour demande de mesure de protection (placement judiciaire, aide éducative en milieu ouvert (AEMO), mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)).

En pratique, lorsqu'un médecin transmet une situation préoccupante, il reçoit une confirmation de réception de son écrit.

Si la CRIP ne fait pas d'évaluation, un courrier lui est immédiatement envoyé pour l'informer soit d'un classement sans suite, soit d'une transmission aux autorités judiciaires, soit d'une prise en compte dans le cadre de l'accompagnement, soit d'une transmission à un autre département.

Si la CRIP effectue une évaluation, après 3 mois, un courrier lui précisera l'une des mentions suivantes : classement sans suite, proposition de soutien, transmission aux autorités judiciaires, prise en compte dans le cadre de l'accompagnement ou transmission à un autre département.

1.4 Repérage des facteurs de vulnérabilité

1.4.1 Les besoins fondamentaux universels de l'enfant

La rédaction de l'article premier de la *loi du 14 mars 2016* donne un repère significatif, en ayant introduit la notion de « besoins fondamentaux », immédiatement avant le « développement » de l'enfant, comme pour mieux préciser que la satisfaction des premiers a vocation à rendre possible le second.

« Ces besoins communs et universels sont reconnus fondamentaux, dans le sens où leur satisfaction permet la construction du sujet dans la plénitude de ses potentialités, du respect de ses droits et au service de son développement et de son accès à l'autonomie et à la socialisation », selon le rapport de 2017 du Dr Martin-Blachais (27).

Le besoin de sécurité constitue une base à tous les autres besoins et se développe sous trois dimensions :

- Les besoins affectif et relationnel soutenus par la théorie de l'attachement (28). Le bébé mobilise un certain nombre de comportements réflexes auprès des personnes dont sa survie dépend. Ainsi, il expérimente s'il peut compter sur la présence réconfortante de l'adulte. Le lien entre l'enfant et sa figure d'attachement principale revêt une importance capitale, les travaux entourant cette théorie ont bien démontré l'importance de la qualité du lien parent-enfant pour permettre à l'enfant d'acquérir le sentiment de sécurité nécessaire à l'exploration de son environnement et à des modes relationnels positifs.
- Les besoins physiologiques et de santé : la satisfaction des besoins physiologiques (alimentation, sommeil et hygiène) conditionne le développement physique. La santé ne se limite pas à l'absence de pathologie ou au fonctionnement organique, les modalités réflexives et expressives (langagières, émotionnelles, comportementales) en font partie.
- Le besoin de protection vise à préserver l'enfant contre les dangers de l'environnement extérieur et/ou domestique. Il tend également à protéger l'enfant de toute forme de maltraitance.

Les autres besoins fondamentaux sont le besoin d'expérience et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'identité, le besoin d'estime de soi et de valorisation.

1.4.2 L'appréhension des facteurs de risque de compromission au développement de l'enfant

L'un des objectifs de cette thèse est d'appréhender le repérage d'une situation préoccupante à travers des signes d'alerte pouvant faire craindre qu'un enfant est en danger ou en risque de danger.

Ces facteurs de vulnérabilité sont développés dans le rapport du Dr Martin-Blachais (27) et le guide de la Haute autorité de santé (HAS) *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* (10). L'étude des caractéristiques de la population suivie en protection de l'enfance les corrobore (29).

La prise en compte des signes d'alerte ne repose pas sur des signes isolés mais sur l'aspect répétitif et/ou cumulatif.

Tout d'abord, on peut repérer chez l'enfant des :

- Signes physiques : traces suspectes selon l'âge et le mécanisme lésionnel invoqué (brûlures, ecchymoses ...), plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdomino-pelviennes, céphalées, malaises...), asthénie, pâleur, cassure staturo-pondérale, troubles du développement psychomoteur ;
- Signes de souffrance – modification du comportement : inhibition ou agressivité, anxiété, humeur triste, conduites à risques, troubles du sommeil, difficultés scolaires, troubles de l'attention, atteinte de l'estime de soi ;
- Négligences : défaut ou refus de soin (retard vaccinal important, nomadisme médical...) ou attitude d'hyper recours aux soins, hygiène inadaptée.

Il convient de le considérer dans son environnement :

- Facteurs de risque familiaux : fragilité du lien précoce à l'enfant (dénis de grossesse, enfant non désiré, prématurité, handicap de ce dernier...), handicap psychique ou mental, conduites addictives, antécédents de violences subies d'un ou des adultes ayant la prise en charge du mineur ;
- Conditions d'éducation : absentéisme scolaire, carences éducatives, désinvestissement parental, maltraitance psychologique (humiliations, insultes, punitions excessives ...), pression familiale (« certificat de virginité ») ;
- Contexte de vie : témoin de violences conjugales ou familiales, instabilité du/des lieu(x) de vie, défaut de surveillance (antécédents d'accidents domestiques répétés ...).

En cas de situation d'une extrême gravité, c'est-à-dire un enfant en péril, victime de faits qualifiables pénalement (violences graves, atteintes sexuelles) : il convient de mettre à l'abri le mineur si nécessaire et de transmettre un signalement au Procureur de la République.

1.4.3 Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile

Les effets à court et à long terme de la maltraitance sur les développements socio-affectif, physique, neurobiologique et cognitif de l'individu sont importants. Et ce, peu importe la forme que prend la maltraitance. L'OMS détaille également ces effets dans son rapport INSPIRE de 2017 (30).

L'état des connaissances actuelles (31) permet de dégager trois grands champs de développement pouvant être affectés.

On retrouve des conséquences :

- Socio-affectives et comportementales: symptômes dépressifs, d'anxiété, troubles alimentaires, troubles addictifs, troubles comportementaux (impulsivité, agressivité...), conduites à risque, atteintes de la qualité d'attachement et des interactions sociales.
- Physiques: retard et déficit psychomoteur, difficultés d'apprentissage, malnutrition, problèmes de vision et bucco-dentaires. Il est mis en évidence également un lien avec la survenue ou l'aggravation de certaines maladies chroniques tels que l'asthme, les maladies cardio-respiratoires ou encore le diabète. Toutefois, les évidences scientifiques sur les impacts physiques à long terme sont considérées faibles ou inconstantes.
- Neurobiologiques et cognitives: troubles de l'attention, habilités cognitives plus faibles, dégradation des fonctions exécutives.

Il existe des facteurs aggravants, avec des impacts considérables voire irréversibles au plan neurobiologique, tant dans la récurrence que dans la précocité de la maltraitance. Plus particulièrement, concernant la précocité, cela est imputable à la plus grande vulnérabilité des tout-petits. De 0 à 36 mois, la plasticité cérébrale est maximale, ce qui la rend sensible.

L'important est donc d'agir le plus tôt possible.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive par auto-questionnaire anonyme, menée auprès de 523 médecins généralistes libéraux inscrits au tableau de l'Ordre dans le département d'Indre-et-Loire.

L'enquête a été préalablement soumise à 7 médecins généralistes pour tester son intérêt, sa faisabilité et la compréhension des questions.

Puis, le questionnaire a été diffusé le 24 juin 2019 par voie postale en utilisant des enveloppes Postreponse Reverso comprenant une enveloppe de retour pré affranchie et par courrier électronique le 05 juillet 2019, via le syndicat MG France, incluant un lien Google Forms pour répondre au questionnaire directement en ligne.

Une seconde relance électronique a été réalisée par la communauté professionnelle territoriale de santé du sud lochois le 15 septembre 2019. Nous n'avons pas trouvé d'autres partenaires disposés à partager cette seconde relance. Le recueil des données a eu lieu sur une période de 18 semaines.

Un courrier d'information accompagnait systématiquement chaque questionnaire (Annexe 1).

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, libéral, installé dans le département d'Indre-et-Loire. Les médecins spécialistes étaient exclus, ainsi que les médecins généralistes non exclusifs (angiologue, échographiste...), les médecins généralistes remplaçants, salariés ou travaillant exclusivement en milieu hospitalier.

Le nombre de sujets nécessaires à l'étude était de 222 participants en tenant compte d'un intervalle de confiance à 95% et d'une marge d'erreur à 5%. Si le nombre de sujets nécessaires se révélait insuffisant, une comparaison des caractéristiques de l'échantillon à la population cible était envisagée, avec la réalisation au besoin d'une méthode statistique de redressement pour assurer la représentativité de l'échantillon.

Une revue de la littérature a été réalisée tout au long de ce travail.

2.2 Objectifs

L'hypothèse principale était que le défaut de transmission des IP par les médecins généralistes provenait à la fois du manque de formation et d'information sur sa procédure et sur les dispositifs de la protection de l'enfance.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer les connaissances, les pratiques et les attentes des médecins généralistes libéraux d'Indre-et-Loire sur le repérage et la transmission d'une IP face à un enfant en danger ou en risque de danger.

L'objectif secondaire est d'élaborer un outil d'aide sur le repérage des facteurs de vulnérabilités et la transmission d'une IP en pratique courante.

2.3 Questionnaire (Annexe 2)

Nous avons utilisé comme méthode de collecte des données un auto-questionnaire. Le questionnaire comportait 24 questions réparties en 4 rubriques distinctes. Il était composé de 17 questions fermées dont 2 questions fléchées, et de 7 questions à choix multiples dont 1 question fléchée. Les participants pouvaient mettre un commentaire libre à la fin (Annexe 3).

La première partie s'intéressait au profil des médecins généralistes : sexe, âge, lieu et type d'exercice, statut de maître de stage universitaire, formation dans le domaine de la protection de l'enfance et pourcentage de patients mineurs (questions 1 à 7).

La seconde partie testait l'état des connaissances des médecins généralistes sur des généralités dans le domaine de la protection de l'enfance, plus particulièrement sur la notion d'IP (questions 8 à 12).

La troisième partie s'intéressait à la pratique des médecins concernant le repérage des enfants en danger ou en risque de danger, notamment sur la connaissance des facteurs de vulnérabilité, ainsi que sur leurs difficultés et leurs craintes rencontrées en pratique courante (questions 13 à 20).

La quatrième et dernière partie évaluait les attentes des médecins sur les échanges avec les médecins de PMI, la mise à disposition d'un formulaire type d'IP par le département, l'intérêt d'une formation complémentaire et enfin la création d'un outil d'aide (questions 21 à 24).

2.4 Autorisation

Ce projet d'étude est une évaluation des pratiques professionnelles, sortant du champ d'application de la loi Jardé. Nous avons fait le point avec la Direction de la recherche du CHRU de Tours et plus particulièrement avec la coordinatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » (Annexe 4). La déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'était pas nécessaire dans la mesure où le questionnaire était complètement anonyme et qu'il ne collectait aucune donnée permettant de remonter jusqu'à l'identité des médecins.

2.5 Analyse des données

Nous avons ajouté et retranscrit les données papiers aux données recueillies par voie numérique dans « Google Forms ». Cette base de données a été importée directement sur le logiciel Microsoft Office Excel 2019.

Le codage des données était conduit selon une procédure ouverte et inductive, élaborée selon le repérage de sous-catégories et l'émergence d'hypothèses statistiques à tester. L'unité de codage était sémantique afin de découper les réponses du questionnaire en « idées clés ».

Ainsi les informations qualitatives codées informatiquement étaient traitées quantitativement.

Une première analyse descriptive a permis de prendre connaissance des résultats par question en élaborant des tableaux de distribution de fréquence.

Une analyse univariée a donné lieu à des tableaux de groupes permettant de rechercher des relations entre variables.

Une analyse multivariée complémentaire était menée lorsqu'un lien significatif existait entre le repérage des facteurs de vulnérabilités ou la transmission d'écrits à des variables explicatives.

2.6 Exploitation des résultats

Les traitements statistiques ont été réalisés avec le logiciel XLSTAT qui présente l'avantage de fournir, dans un environnement informatique de type Office Excel, l'ensemble des méthodes les plus usuelles présentes dans les logiciels statistiques classiques.

Nous avons opté pour des tests adaptés à la nature des variables manipulées (variables qualitatives), à la taille de l'échantillon étudié et à nos objectifs d'analyse.

Lorsque les tests supposaient la comparaison de deux sous-populations, nous n'avons pas pu opter pour un test de comparaison de fréquences sur échantillons non appariés car les effectifs manipulés étaient trop faibles pour faire apparaître un éventuel contraste.

A cet effet en analyse univariée, nous avons eu recours au test du Chi² de Pearson (risque alpha à 5%) avec correction de Yates pour les tableaux 2x2 cases ou au test exact de Fisher en cas de petits échantillons $n < 5$.

L'analyse multivariée par régression logistique a été réalisée afin de prendre en compte les effets conjoints des variables étudiées et d'obtenir des Odds-ratio (OR) ajustés. Les variables explicatives ont été sélectionnées lorsqu'elles étaient significatives au risque de 1^{re} espèce de 20%, en conservant au moins 10 événements par variable. Les OR et leurs intervalles de confiance étaient estimés à 95%.

2.7 Création de l'outil d'aide

La réalisation d'un outil d'aide constituait l'objectif secondaire et répondait à la finalité de cette étude.

Pour sa création, nous nous sommes appuyés sur les critères de qualité essentiels de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (32), ainsi que sur les critères de présentation du Conseil départemental d'Indre-et-Loire. Une prospection des outils déjà existants au niveau local et national a été effectuée.

L'outil à destination des médecins généralistes comportait une aide au repérage du danger avec une conduite à tenir sur le plan pratique pour la rédaction et la transmission d'une IP ou d'un signalement. Un rappel succinct du cadre légal et des contacts utiles y figurait.

La rédaction du contenu respectait la base des recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » (10). L'outil a été enrichi par l'expertise d'un groupe de travail constitué de Mme ANTIGNY (*responsable de la CRIP 37*), du Dr BRANDINI (*médecin de PMI*), du Dr COUSIN (*suppléante Comité de suivi CRIP au CDOM – médecin PMI – médecin en IME*), du Dr URVOIS-GRANGE (*praticien hospitalier des Urgences pédiatriques au CHRU de Tours – coordonnateur régional adjoint du réseau ASPED*), de Mme GOUIN (*directrice déléguée à la coordination de la prévention de la petite enfance au Conseil départemental*), de Mme VERNA (*directrice déléguée à l'ASE au Conseil Départemental*) et de Mme FRAUEL-DUTEIL (*responsable du pôle ASE*).

L'outil a été soumis au CDOM d'Indre-et-Loire et au directeur de la prévention et protection de l'enfant et de la famille M. BARON. Il a aussi été validé par les Procureurs M. ROUSSEAU et M. ANDRAULT.

RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons recueilli 196 questionnaires : 9 par internet et 187 sur papier. Le taux de participation s'élevait à 37,5%. L'échantillon était composé de 99 femmes et de 97 hommes.

Les caractéristiques de l'échantillon présentaient une différence significative (Tableau 1) pour les variables sexe, âge, lieu d'exercice et type d'exercice selon les caractéristiques de la population cible, soit un échantillon non représentatif par rapport à la population de référence.

Nous avons effectué un redressement de l'échantillon par méthode des quotas pour assurer ainsi la représentativité, en réalisant une extraction aléatoire des profils sur-représentés (femme, moins de 50 ans, exercices en semi-urbain et rural, au sein de maisons de santé pluridisciplinaires et cabinets médicaux de groupe), tout en respectant les ratios de la population cible.

Nous avons donc déterminé une taille d'échantillon de 170 médecins généralistes (Tableau 1), afin d'avoir des groupes bien équilibrés, en prenant le parti d'exclure la variable type d'exercice.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon avant et après redressement.

	Échantillon <i>n = 196</i>	Population Cible † <i>N = 523</i>	p value	Échantillon après redressement <i>n=170</i>	p value après redressement
Sexe					
Homme	97	313	0.016*	97	0.58
Femme	99	210		73	
Âge					
< 50 ans	106	209	0.001*	80	0.12
≥ 50 ans	90	314		90	
Lieu d'exercice					
Rural (< 2000 hab)	35	102	0.002*	28	0.059
Semi-urbain (2000-10000 hab)	92	172		73	
Urbain (> 10000 hab)	69	249		69	
Type d'exercice					
Maison santé pluridisciplinaire	49	103	0.003*	36	0.026*
Cabinet médical de groupe	118	281		106	
Cabinet médical individuel	29	139		28	
Maitre de stage universitaire	50	92	0.07	39	
Formation protection de l'enfance	19			13	
Pourcentage mineurs patientèle					
≤ 15%	57			52	
15-30%	116			102	
≥ 30%	23			16	

p value : seuil risque de différence significative de 5% entre les deux groupes.

† : Les données sont issues du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins au 09 septembre 2019. Quant aux données concernant le nombre de MSU, elles proviennent du département universitaire de Médecine Générale au 20 juin 2019.

* : Test de comparaison significatif avec $p < 0.05$.

Nous avons corrigé la variable âge par rapport aux items proposés initialement dans le questionnaire. Nous avons distingué deux catégories avec une barrière d'âge fixée à 50 ans.

Les médecins qui déclaraient avoir reçu une formation en protection de l'enfance (7,6%) en avaient bénéficié dans le cadre de leur formation médicale continue (n=5), au cours de leur formation médicale initiale (n=3), lors d'un stage en PMI ou en stage hospitalier de pédiatrie (n=4), par un ancien exercice professionnel en PMI (n=1) et par une intervention professionnelle au sein de la maison départementale des adolescents (MDA) (n=1).

3.2 Repérage d'une situation préoccupante

3.2.1 Définition d'une information préoccupante et sa distinction du signalement

Les médecins différenciaient à 19,4% (IC95 [11,7 ;27,1]) le type de danger entre un signalement et une IP et 12,9% (IC95 [5,2 ;20,6]) distinguaient le type de saisine vis-à-vis de l'autorité compétente. Les médecins appréhendaient à 13,5% (IC95 [5,8 ;21,2]) à la fois l'autorité compétente et le type de danger respectifs au signalement et à l'information préoccupante, représentant ainsi le taux de bonne réponse à la question 8. Et 46,5% (IC95 [38,8 ;54,2]) des médecins déclaraient ne pas savoir répondre à cette question (Tableau 2).

Il n'y avait pas de différence significative selon les caractéristiques (âge, sexe ou lieu d'exercice) des médecins (Tableau 3).

Tableau 1 : Distribution des médecins sur la distinction d'une IP par rapport au signalement (Q8).

	Effectifs	Fréquence (%)
Bonne réponse	23	13,5%
Distinction dans la saisine des autorités	22	12,9%
Distinction du type de danger	33	19,4%
Aucune différence	13	7,6%
Ne sait pas (NSP)	79	46,5%

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes selon leur niveau de distinction entre un signalement et une IP (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse	Distinction autorité compétente	Distinction danger	Aucune différence	p value
Homme, n=51	12 (23,5)	16 (31,4)	15 (29,4)	8 (15,7)	0.23
Femme, n=40	11 (27,5)	6 (15)	18 (45)	5 (12,5)	
< 50 ans, n=49	10 (20,4)	12 (24,5)	20 (40,8)	7 (14,3)	0.66
≥ 50 ans, n=42	13 (31)	10 (23,8)	13 (31)	6 (14,2)	
Rural, n=13	1 (7,7)	5 (38,5)	3 (23,1)	4 (30,7)	0.34
Semi-urbain, n=42	12 (28,6)	10 (23,8)	15 (35,7)	5 (11,9)	
Urbain, n=36	10 (27,8)	7 (19,4)	15 (41,7)	4 (11,1)	

La bonne définition de l'IP était identifiée comme un écrit alertant le président du Conseil départemental à travers la CRIP en cas de compromission des besoins fondamentaux d'un enfant par 55,4% (IC95 [47,8 ;63]) des médecins, alors que 39,4% (IC95 [31,8 ;47]) des médecins déclaraient ne pas savoir répondre à cette question (Tableau 4).

Tableau 3 : Distribution des médecins sur la définition d'une IP (Q9).

	Effectifs	Fréquence (%)
Certificat établissant la preuve d'une maltraitance	4	2,3%
Écrit adressé à la CRIP en cas de compromission besoins fondamentaux	97	55,4%
Écrit adressé au Conseil départemental entraînant un placement le temps de l'évaluation	3	1,7%
Écrit adressé au Procureur entraînant une enquête pénale	2	1,1%
NSP	69	39,4%

Cette définition était mieux connue chez les médecins âgés de moins de 50 ans ($p=0.03$) (Tableau 5).

Tableau 4 : Définition d'une IP selon les caractéristiques des médecins généralistes ayant formulé une réponse.

Item, n (% de la ligne)	Preuve maltraitance	CRIP –besoins fondamentaux	Placement évaluation	Enquête pénale	<i>p value</i>
Homme, n=56	2 (3,6)	51 (91,1)	1 (1,7)	2 (3,6)	0.62
Femme, n=50	2 (4)	46 (92)	2 (4)	0 (0)	
< 50 ans, n=61	2 (3,3)	59 (96,7)	0 (0)	0 (0)	0.03*
≥ 50 ans, n=45	2 (4,4)	38 (84,4)	3 (6,8)	2 (4,4)	
Rural, n=16	0 (0)	16 (100)	0 (0)	0 (0)	0.97
Semi-urbain, n=52	3 (5,8)	46 (88,5)	2 (3,8)	1 (1,9)	
Urbain, n=38	1 (2,6)	35 (92,2)	1 (2,6)	1 (2,6)	

* : Test de comparaison significatif avec $p < 0.05$.

Parmi les médecins définissant correctement la notion d'IP, 65 (83,3% IC95 [75,6 ;91]) d'entre eux distinguaient complètement ou partiellement l'IP du signalement.

Le statut de maître de stage universitaire (MSU) influençait le niveau de connaissance de ces médecins sur la notion d'IP ($p=0.02$). Les MSU fournissaient significativement de meilleures réponses sur l'IP et savaient davantage la distinguer du signalement (Tableau 6).

Tableau 6 : Influence du statut de maître de stage universitaire (MSU) sur le niveau de connaissance d'une IP (Q8 et Q9).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse ou réponse incomplète	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
MSU, n=18	17 (94,4)	1 (5,6)	0.02*
Non MSU, n=76	48 (63,2)	28 (36,8)	

* : Test de comparaison significatif avec $p < 0.05$.

3.2.2 Pratiques concernant le repérage de l'enfance en danger

42,3% (IC95 [34,6 ;50]) des médecins éprouvaient des difficultés au repérage des enfants « en danger » ou « en risque de danger » et 50,6% (IC95 [42,9 ;58,3]) reconnaissaient avoir parfois des difficultés (Tableau 7).

Dans notre échantillon, 71,2% (IC95 [63,5 ;78,9]) des médecins cochaient comme facteurs de vulnérabilité des éléments de danger grave et immédiat nécessitant la réalisation d'un signalement (à savoir suspicion d'attouchements sexuels et/ou constat de maltraitance physique) et 12,9% (IC95 [5,2 ;20,6]) déclaraient ne pas savoir (Tableau 8).

Tableau 7 : Distribution des difficultés au repérage des enfants "en danger" ou "en risque de danger". (Q13)

	Effectifs	Fréquence (%)
Oui	72	42,3 %
Non	12	7,1 %
Parfois	86	50,6 %
Total	170	100 %

Tableau 8 : Distribution du repérage des facteurs de vulnérabilité pouvant conduire à la réalisation d'une IP. (Q14)

	Effectifs	Fréquence (%)
Bonne réponse - Facteurs de vulnérabilités IP complets	15	8,8 %
Mauvaise réponse - Facteurs graves de signalement	121	71,2 %
Réponse incomplète - Facteurs de vulnérabilités IP incomplets	12	7,1 %
Ne sait pas	22	12,9 %
Total	170	100 %

L'analyse des caractéristiques des médecins ayant fourni une réponse au repérage des facteurs de vulnérabilité, à l'exclusion des réponses « ne sait pas », témoignait d'une différence significative quant au sexe. Les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à cocher des facteurs de danger grave et immédiat nécessitant la réalisation d'un signalement ($p=0.044$) (Tableau 9).

Tableau 9 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu à la question sur le repérage des facteurs de vulnérabilité d'un enfant "en danger" ou "en risque de danger" (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse - Réponse incomplète	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
Homme, n=78	9 (11,5)	69 (88,5)	0.044*
Femme, n=70	18 (25,7)	52 (74,3)	
< 50 ans, n=71	17 (23,9)	54 (76,1)	0.13
≥ 50 ans, n=77	10 (13)	67 (87)	
Rural, n=23	5 (21,7)	18 (78,3)	0.85
Semi-urbain, n=64	11 (17,2)	53 (82,8)	
Urbain, n=60	10 (16,7)	50 (83,3)	

* : Test de comparaison significatif avec $p < 0.05$.

L'analyse complémentaire multivariée sur le repérage des facteurs de vulnérabilité a été menée sur les variables explicatives suivantes (dans le respect des conditions pré déterminées) : le sexe $p=0.03$ - OR 2,63 (IC95 [1,08 ;6,3]) et l'âge $p=0.1$ – OR 2,08 (IC95 [0,87 ;5]). Le repérage d'un enfant « en danger » ou « en risque de danger » pouvant mener à la réalisation d'une IP était réduit de 14,2% chez les hommes. Aucune interprétation n'a pu être effectuée sur la variable âge.

Les médecins définissant correctement une IP et la distinguant d'un signalement (aux questions 8 et 9) repéraient significativement mieux les facteurs de vulnérabilité (de l'ordre de 33,2%) d'un « enfant en danger » ou « en risque de danger », tout en les distinguant d'une situation d'extrême gravité ($p=0.007$) (Tableau 10). L'analyse multivariée a révélé un $p=0.0068$ confirmant la significativité avec un OR à 9,1 (IC95 [2,1 ;39,8]).

Tableau 10 : Repérage des facteurs de vulnérabilité selon le niveau de connaissances sur l'IP et le signalement (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Repérage facteurs de vulnérabilités Connaissances sur IP et signalement	Bonne réponse – Réponse incomplète	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
Bonne réponse, n=20	8 (40)	12 (60)	0.007*
Réponse incomplète, n=42	8 (19)	34 (81)	
Mauvaise réponse, n=44	3 (6,8)	41 (93,2)	

Item, n (% de la ligne)

* : Test de comparaison significatif avec $p < 0.05$.

Les médecins ayant déclaré avoir bénéficié d'une formation dans le domaine de la protection de l'enfance ne présentaient pas un meilleur taux de réussite au repérage d'une situation à risque dans notre échantillon ($p=0.46$). (Tableau 11)

Tableau 11 : Repérage des facteurs de vulnérabilité selon le niveau de formation déclaré en protection de l'enfance (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse – Réponse incomplète	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
Formation, n=13	1 (7,7)	12 (92,3)	0.46
Pas de formation, n=135	26 (19,3)	109 (80,7)	

3.3 Rédaction et transmission d'une information préoccupante

3.3.1 État des connaissances

30,6% (IC95 [22,9 ;38,3]) des médecins connaissaient la conduite à tenir quant à l'information à fournir au(x) parent(s) ou au représentant légal, tout en considérant l'intérêt de l'enfant (Tableau 10). Il n'existait pas de différence significative selon le sexe, l'âge ou le lieu d'exercice des médecins (Tableau 11).

Tableau 10 : Tableau de distribution sur l'information à fournir au(x) parent(s) ou au représentant légal lors de la réalisation d'une IP (Q10).

	Effectifs	Fréquence (%)
Bonne réponse	52	30,6 %
Mauvaise réponse	32	18,8 %
Ne sait pas	86	50,6 %
Total	170	100 %

Tableau 11 : Caractéristiques des médecins généralistes sur l'information à fournir à la famille lors de la transmission d'une IP.

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse	Mauvaise réponse	NSP	<i>p value</i>
Homme, n=97	30 (30,9)	19 (19,6)	48 (49,5)	<i>0.94</i>
Femme, n=73	22 (30,1)	13 (17,8)	38 (52,1)	
< 50 ans, n=80	28 (35)	15 (18,8)	37 (46,2)	<i>0.47</i>
≥ 50 ans, n=90	24 (26,7)	17 (18,9)	49 (54,4)	
Rural, n=28	7 (25)	5 (17,9)	16 (57,1)	<i>0.8</i>
Semi-urbain, n=73	25 (34,2)	15 (20,5)	33 (45,3)	
Urbain, n=69	20 (29)	12 (17,4)	37 (53,6)	

Pour ce qui est de la responsabilité lors de la réalisation d'une IP, 20,6% (IC95 [12,9 ;28,3]) des médecins pensaient que leur responsabilité civile, pénale ou disciplinaire pouvait être engagée. 54,1% (IC95 [46,4 ;61,8]) des médecins ne savaient pas si leur responsabilité pouvait être impliquée (Tableau 13). Aucune différence significative n'était observée selon les caractéristiques des médecins (Tableau 14).

Tableau 13 : Tableau de distribution sur l'engagement de sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire à la réalisation d'une IP (Q12).

	Effectifs	Fréquence (%)
Bonne réponse	43	25,3 %
Mauvaise réponse	35	20,6 %
Ne sait pas	92	54,1 %
Total	170	100 %

Tableau 14 : Caractéristiques des médecins généralistes sur la notion d'engagement de responsabilité lors de la transmission d'une IP.

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse	Mauvaise réponse	NSP	<i>p value</i>
Homme, n=97	27 (27,8)	19 (19,6)	51 (52,6)	<i>0.67</i>
Femme, n=73	16 (21,9)	16 (21,9)	41 (56,2)	
< 50 ans, n=80	22 (27,5)	15 (18,8)	43 (53,8)	<i>0.76</i>
≥ 50 ans, n=90	21 (23,3)	20 (22,2)	49 (54,4)	
Rural, n=28	8 (28,6)	6 (21,4)	14 (50)	<i>0.49</i>
Semi-urbain, n=73	21 (28,8)	11 (15)	41 (56,2)	
Urbain, n=69	14 (20,3)	18 (26,1)	37 (53,6)	

3.3.2 Pratiques des médecins généralistes

72 médecins généralistes avaient déjà été confrontés à un cas d'enfant pouvant nécessiter la réalisation d'une IP ou d'un signalement. 62,5% d'entre eux (n=45) ont transmis un écrit formalisé (Figure 1).

On observait que les médecins âgés d'au moins 50 ans avaient été davantage confrontés à des situations pouvant nécessiter la transmission d'une information aux services administratifs ou judiciaires, sans différence significative notable (Tableau 15).

Figure 1 : Organigramme des médecins confrontés à une situation ayant nécessité la réalisation d'une IP ou d'un signalement (Q15 à 17).

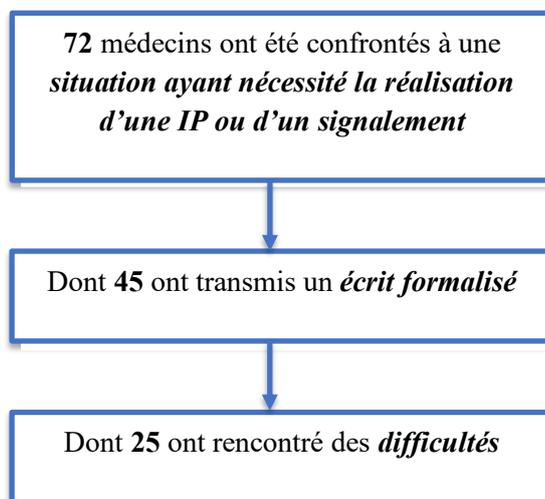


Tableau 15 : Caractéristiques des médecins confrontés à une situation de protection de l'enfance.

Item, n (% de la ligne)	Oui	Non	<i>p value</i>
Homme, n=97	42 (43,3)	55 (56,7)	0.89
Femme, n=73	30 (41,1)	43 (58,9)	
< 50 ans, n=80	30 (37,5)	50 (62,5)	0.29
≥ 50 ans, n=90	42 (46,7)	48 (52,2)	
Rural, n=28	12 (42,8)	16 (57,2)	0.76
Semi-urbain, n=73	33 (45,2)	40 (54,8)	
Urbain, n=69	27 (39,1)	42 (60,9)	

Dans notre échantillon, un écrit avait été transmis par 66,7% des femmes et 66,7% des moins de 50 ans, sans différence significative retrouvée dans notre échantillon (Tableau 16).

Tableau 16 : Caractéristiques des médecins ayant transmis un écrit formalisé.

Item, n (% de la ligne)	Oui	Non	<i>p value</i>
Homme, n=42	25 (59,5)	17 (40,5)	0.71
Femme, n=30	20 (66,7)	10 (33,3)	
< 50 ans, n=30	20 (66,7)	10 (33,3)	0.71
≥ 50 ans, n=42	25 (59,5)	17 (40,5)	
Rural, n=12	8 (66,7)	4 (33,3)	0.76
Semi-urbain, n=33	19 (57,6)	14 (42,4)	
Urbain, n=27	18 (66,7)	9 (33,3)	

60% des médecins ayant transmis un écrit face à une situation de danger travaillaient en cabinet médical de groupe. L'hypothèse du partage direct des inquiétudes entre confrères face à une situation à risque n'était pas significative dans notre échantillon sur le nombre d'écrits transmis (Tableau 17). Néanmoins, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion face à une variable non représentative vis-à-vis de la population cible.

Tableau 17 : Écrits transmis selon le type d'exercice.

Item, n (% de la colonne)	Oui n=45	Non n=27	<i>p value</i>
MSP, n=17	11 (24,4)	6 (22,2)	0.79
Cabinet médical de groupe, n=42	27 (60)	15 (55,6)	
Cabinet médical individuel, n=13	7 (15,6)	6 (22,2)	

Les médecins ayant transmis un écrit face à une situation à risque avaient entre 15 et 30% de mineurs dans leur patientèle pour 68,9% d'entre eux. On ne constatait pas dans notre étude d'influence directe entre le pourcentage de mineurs dans la patientèle et la transmission d'écrits (Tableau 18).

Tableau 18 : Écrits transmis selon le pourcentage de mineurs dans la patientèle.

Item, n (% de la colonne)	Oui n=45	Non n=27	<i>p value</i>
≤ 15%, n=17	8 (17,8)	9 (33,3)	0.26
15 – 30%, n=45	31 (68,9)	14 (51,8)	
≥ 30%, n=10	6 (13,3)	4 (14,9)	

Les médecins ayant déclaré avoir bénéficié d'une formation dans le domaine de la protection de l'enfance ne transmettaient pas plus d'écrits lorsqu'ils étaient confrontés à une situation pouvant nécessiter un signalement ou une IP ($p=0,63$). (Tableau 19)

Tableau 19 : Écrits transmis selon le niveau de formation déclaré en protection de l'enfance.

Item, n (% de la ligne)	Oui n=45	Non n=27	<i>p value</i>
Formation, n=4	2 (50)	2 (50)	0.63
Pas de formation, n=68	43 (63,2)	25 (36,8)	

3.3.3 Les freins signalés

Les trois principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes étaient le manque d'interlocuteurs (18,4% (IC95 [6,9 ;29,9])), l'aspect chronophage (18,4% (IC95 [6,9 ;29,9])) et l'annonce à la famille de la réalisation d'une IP (14,5% (IC95 [3 ;26])). (Tableau 20)

Tableau 20 : Tableau de distribution des difficultés rencontrées par les médecins ayant transmis un écrit (Q18).

	Effectifs	Fréquence (%)
Rédaction propre de l'IP	10	13,2 %
Annonce à la famille	11	14,5 %
Difficultés à l'envoi	6	7,9 %
Manque d'interlocuteurs	14	18,4 %
Méconnaissance conséquences	7	9,2 %
Lourdeur administrative	10	13,2 %
Chronophage	14	18,4 %
Autres	4	5,2 %
Total	76	100 %

Les 4 autres réponses citées étaient :

- la méconnaissance de la procédure,
- le manque de retour des destinataires,
- le manque de clarté des interlocuteurs,
- le délai de réactivité.

Les principales craintes étaient l'erreur diagnostic à 24,9% (IC95 [19,8 ;30]), la peur du conflit avec la famille à 15,2% (IC95 [10,1 ;20,3]) et la peur des conséquences sur la dynamique familiale à 12,3% (IC95 [7,2 ;17,4]) (Tableau 21).

On observait des associations entre ces 3 principales réponses (question à choix multiples) :

- 28,4 % entre l'erreur diagnostic et la peur des conséquences sur la dynamique familiale
- 27,6% entre l'erreur diagnostic et la peur du conflit avec la famille
- 21,6% où l'erreur diagnostic était citée seule
- 19,8% entre la peur du conflit avec la famille et la peur des conséquences sur la dynamique familiale.

Parmi les autres réponses 25 médecins déclaraient n'avoir aucune crainte et 1 médecin ressentait la crainte du non-aboutissement.

Aucun médecin n'avait cité l'atteinte au secret professionnel.

Tableau 21 : Tableau de distribution des craintes à la réalisation d'une IP (Q20).

	Effectifs	Fréquence (%)
Dénonciation calomnieuse	40	10,5 %
Erreur diagnostic	95	24,9 %
Peur du conflit avec la famille	58	15,2 %
Patient(s) perdu(s) de vu(s)	35	9,1 %
Représailles	35	9,1 %
Peur du placement systématique	24	6,3 %
Peur des conséquences sur la dynamique familiale	47	12,3 %
Peur des poursuites judiciaires	22	5,8 %
Autres	26	6,8 %
Total	382	100 %

Il n'existait pas de différence significative selon les caractéristiques des médecins dans notre échantillon (Tableau 22).

Tableau 22 : Caractéristiques des médecins généralistes selon leurs craintes.

	Homme n=211	Femme n=144	< 50 ans n=191	≥ 50 ans n=164	Rural n=55	Semi- urbain n=165	Urbain n=135
Dénonciation calomnieuse	26 (12,3)	14 (9,7)	27 (14,1)	13 (7,9)	5 (9,1)	25 (15,1)	10 (7,4)
Erreur diagnostic	50 (23,7)	44 (30,6)	45 (23,6)	49 (29,9)	16 (29,1)	36 (21,8)	42 (31,1)
Peur du conflit avec la famille	38 (18)	20 (13,9)	34 (17,8)	24 (14,6)	6 (10,9)	35 (21,2)	17 (12,6)
Perdu(s) de vu(s)	18 (8,5)	17 (11,8)	20 (10,5)	15 (9,1)	5 (9,1)	13 (7,8)	17 (12,6)
Représailles	19 (9)	16 (11,1)	18 (9,4)	17 (10,4)	7 (12,7)	16 (9,7)	12 (8,9)
Peur du placement systématique	17 (8,1)	7 (4,8)	13 (6,8)	11 (6,7)	5 (9,1)	11 (6,7)	8 (5,9)
Peur des conséquences sur la dynamique familiale	27 (12,8)	20 (13,9)	24 (12,6)	23 (14)	7 (12,7)	21 (12,7)	19 (14,1)
Peur des poursuites judiciaires	16 (7,6)	6 (4,2)	10 (5,2)	12 (7,3)	4 (7,3)	8 (4,8)	10 (7,4)
<i>p value</i>	<i>0.41</i>		<i>0.55</i>		-		

En analyse univariée, aucun lien statistique n'a été retrouvé entre une crainte spécifique et le fait de ne pas transmettre d'écrit formalisé à l'autorité compétente :

- dénonciation calomnieuse $p=0.39$
- erreur diagnostic $p=1$
- peur du conflit avec la famille $p=1$
- perdu(s) de vu(s) $p=0.29$
- représailles $p=0.21$
- peur du placement systématique $p=0.09$
- peur des conséquences sur la dynamique familiale $p=0.9$
- peur des poursuites judiciaires $p=0.10$
- aucune crainte $p=1$.

Une analyse multivariée complémentaire a été effectuée sur la peur du placement systématique et la peur des poursuites judiciaires, conformément aux modalités d'analyse ($p<0,20$ et 10 événements minimum par variable analysée).

Il a été mis en évidence un lien significatif ($p=0.035$ et OR 6,5 (IC95 [0,77 ;54,5])) avec la peur du placement systématique, or l'intervalle de confiance de l'OR contenait la valeur 1, ne nous permettant pas de conclure.

3.3.4 Interlocuteurs privilégiés

En cas de situation à risque, les médecins choisissaient comme principaux interlocuteurs : l'hôpital (29,3% (IC95 [24,2 ;34,4])), la PMI (21,9% (IC95 [16,8 ;27])), la CRIP (15,8% (IC95 [10,7 ;21])) et le Procureur de la République (13,2% (IC95 [8,1 ;18,3])). (Tableau 23).

Parmi les autres réponses mentionnées, on retrouvait la médecine légale (n=2), les confrères (n=2), l'assistance sociale (n=1). Certains médecins (n=4) ne ressentaient pas le besoin d'échanger ou n'avaient aucun interlocuteur.

Tableau 23 : Distribution des interlocuteurs privilégiés (Q19).

	Effectifs	Fréquence (%)
Ordre des Médecins	36	9,5 %
Hôpital	111	29,3 %
PMI	83	21,9 %
Procureur de la République	50	13,2 %
CRIP	60	15,8 %
119	14	3,7 %
Police / Gendarmerie	16	4,2 %
Autres	9	2,4 %
Total	379	100 %

Les médecins de moins de 50 ans s'orientaient en priorité vers la PMI (29%), l'hôpital (26,3%) et enfin vers la CRIP (21,5%), alors que les médecins âgés d'au moins 50 ans privilégiaient l'hôpital en premier lieu à 33,7% puis le Procureur ou la Police à 21,2% (p=0.016). (Tableau 24)

À noter que le numéro 119 « Allô enfance en danger » n'était connu qu'à 3,8% par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire. De ce fait, l'analyse statistique n'était pas réalisable du fait des effectifs trop faibles, ces effectifs avaient donc été regroupés avec la CRIP.

Tableau 24 : Choix des interlocuteurs privilégiés selon les caractéristiques des médecins généralistes.

Item, n (% total de la ligne)	Ordre des Médecins	Hôpital	PMI	Procureur - Police	CRIP	<i>p</i>
Femme, n=159	19 (11,9)	54 (45,9)	35 (22)	23 (14,5)	28 (17,6)	0.24
Homme, n=211	17 (8,1)	57 (27)	48 (22,7)	43 (20,4)	46 (21,8)	
< 50 ans, n=186	16 (8,6)	49 (26,3)	54 (29)	27 (14,5)	40 (21,5)	0.016*
≥ 50 ans, n=184	20 (10,9)	62 (33,7)	29 (15,8)	39 (21,2)	34 (18,4)	
Rural, n=55	2 (3,6)	18 (32,7)	11 (20)	13 (23,6)	11 (20)	0.65
Semi-urbain, n=173	18 (10,4)	46 (26,6)	41 (23,7)	31 (17,9)	37 (21,4)	
Urbain, n=142	16 (11,3)	47 (33,1)	31 (21,8)	22 (15,5)	26 (18,3)	

* : Test de comparaison significatif avec p< 0.05.

3.4 Suites données à une information préoccupante

Dans 58,9% (IC95 [51,2 ;66,6]) des cas, les médecins généralistes fournissaient une mauvaise réponse ou déclaraient ne pas connaître les suites qui peuvent être données à une IP (Tableau 25).

Les médecins repéraient à 24,1% (IC95 [19,5 ;28,7]) l'objet de l'évaluation d'une IP qui repose sur le fait de caractériser ou non le danger par une évaluation des conditions de vie du mineur. Or, 12,6% (IC95 [8 ;17,2]) des médecins pensaient à tort que l'évaluation permettait de déterminer la véracité des faits allégués transmis à la CRIP (Tableau 26).

Concernant les suites qui peuvent découler de l'évaluation, les médecins cochaient davantage (23% (IC95 [18,4 ;27,6])) la mise en place des aides adaptées d'accompagnement social et/ou éducatif de prévention.

Tableau 25 : Tableau de distribution sur les suites qui peuvent être données à une IP (Q11).

	Effectifs	Fréquence (%)
Bonne réponse	14	8,2 %
Réponse incomplète	56	32,9%
Mauvaise réponse	60	35,3 %
Ne sait pas	40	23,6 %
Total	170	100 %

Tableau 26 : Tableau de distribution selon le type de réponse fournit par les médecins sur les suites qui peuvent être données à une IP (Q11).

	Effectifs	Fréquence (%)
Evaluation – Caractériser danger	115	24,1%
Evaluation – Véracité faits	60	12,6%
Suites – Saisine judiciaire	72	15,1%
Suites – Déterminer aides	110	23%
Suites – Suivi PMI et/ou spécialisé	80	16,8%
NSP	40	8,4%
Total	477	100%

Parmi les médecins ayant fourni une réponse à cette question (hors catégorie NSP), on observait une différence significative ($p=0.01$) selon l'âge. Les médecins âgés de moins de 50 ans fournissaient à 18,2% une bonne réponse (contre 3,1% chez les plus de 50 ans). Les médecins âgés d'au moins 50 ans donnaient à 51,6% une réponse incomplète (contre 34,8% chez les moins de 50 ans). (Tableau 27)

Tableau 27 : Caractéristiques des médecins généralistes selon leur niveau de connaissance sur les suites qui peuvent être données à une IP (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse	Réponse incomplète	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
Homme, n=73	7 (9,6%)	31 (42,5%)	35 (47,9%)	0.88
Femme, n=57	7 (12,3%)	25 (43,85%)	25 (43,85%)	
< 50 ans, n=66	12 (18,2%)	23 (34,8%)	31 (47%)	0.01*
≥ 50 ans, n=64	2 (3,1%)	33 (51,6%)	29 (45,3%)	
Rural, n=19	2 (10,6%)	10 (52,6%)	7 (36,8%)	0.47
Semi-urbain, n=56	5 (8,9%)	20 (35,7%)	31 (55,4%)	
Urbain, n=55	7 (12,7%)	26 (47,3%)	22 (40%)	

* : Test de comparaison significatif avec $p < 0.05$.

Le niveau de connaissances concernant les suites d'une IP n'était pas influencé ($p=0.78$ tableau 28, $p=0.7$ tableau 29) par la transmission passée d'un écrit ou bien la maîtrise de la notion d'IP.

Tableau 28 : Niveau de connaissances concernant les suites d'une IP (Q11) selon l'expérience passée de la transmission d'un écrit lors d'une confrontation à une situation de danger.

Item, n (% de la ligne)	Oui	Non	<i>p value</i>
Bonne réponse ou incomplète q11, n=23	15 (65,2)	8 (34,8)	0.78
Mauvaise réponse q11, n=28	17 (60,7)	11 (39,3)	

Tableau 29 : Niveau de connaissance sur les suites d'une IP (Q11) selon la maîtrise de la définition d'une IP (Q8) (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
Bonne réponse ou incomplète q11, n=48	44 (91,7)	4 (8,3)	0.7
Mauvaise réponse q11, n=50	47 (94)	3 (6)	

Les médecins ayant déclaré avoir bénéficié d'une formation dans le domaine de la protection de l'enfance ne présentaient pas un meilleur niveau de connaissance concernant les suites données à une IP ($p=1$). (Tableau 30)

Tableau 30 : Identification des suites données à une IP selon le niveau de formation déclaré en protection de l'enfance (à l'exclusion de la catégorie NSP).

Item, n (% de la ligne)	Bonne réponse – Réponse incomplète	Mauvaise réponse	<i>p value</i>
Formation, n=13	7 (53,8)	6 (46,2)	1
Pas de formation, n=117	63 (53,8)	54 (46,2)	

3.5 Attentes des médecins généralistes

Les médecins appartenant à l'échantillon témoignaient leur intérêt quant à la mise à disposition d'un formulaire type d'IP par le Conseil départemental (94,1% (IC95 [86,4 ;100])) et la diffusion d'un outil d'aide sur quand et comment faire une IP en pratique courante (92,9% (IC95 [85,2 ;100])). (Tableau 31).

Tableau 31 : Tableau de distribution des attentes des médecins généralistes (Q21 à 24).

Item, n (% total de la ligne)	Oui	Non
Échanges avec médecins de PMI	151 (88,8)	19 (11,2)
Formulaire type IP mis à disposition par département	160 (94,1)	10 (5,9)
Bénéfice formation complémentaire	156 (91,8)	14 (8,2)
Outil d'aide pratico-pratique	158 (92,9)	12 (7,1)

Les médecins généralistes aimeraient privilégier le lien téléphonique à 32,6% (IC95 [25,4 ;39,8]) et les échanges par messagerie électronique à 25,9% (IC95 [18,7 ;33,1]), pour pouvoir communiquer plus aisément avec les médecins de PMI. (Tableau 32).

Tableau 32 : Tableau de distribution du type d'échange souhaité par les médecins généralistes avec les médecins de PMI (Q21).

	Effectifs	Fréquence (%)
Messagerie sécurisée / courriel	50	25,9 %
Courriers	12	6,2 %
Téléphone	63	32,6 %
Carnet de santé	2	1,1 %
Rencontres	17	8,8 %
Formation	8	4,1 %
Non précisé	41	21,3 %
Total	193	100 %

91,8% des médecins considéraient qu'une formation leur serait bénéfique en s'inscrivant notamment sous forme de formation médicale continue (41,7% (IC95 [34 ;49,4])).

11,9% (IC95 [4,2 ;19,6]) des médecins citaient spontanément leur intérêt pour une fiche synthèse ou l'existence d'un format papier, avant même de répondre à la question 24 du questionnaire sur l'outil d'aide (Tableau 33).

Tableau 33 : Distribution du type de formation complémentaire souhaité sur le repérage et la transmission d'une IP (Q23).

	Effectifs	Fréquence (%)
Fiche synthèse / format papier	20	11,9 %
E-formation	16	9,5 %
FMC	70	41,7 %
- Soirée formation	13	7,7 %
- Groupe travail / rencontres / échanges	15	8,9 %
- CPTS / MG Form	2	1,2 %
- Séminaires	11	6,5 %
Mail / pdf	12	7,1 %
Non précisée	50	29,8 %
Total	168	100 %

DISCUSSION

4.1 Résultats principaux

4.1.1 *Freins au repérage et à la transmission d'une information préoccupante*

A. Manque de formation et d'information

a. Notion même d'information préoccupante et sa distinction du signalement

Notre étude a montré comme principal frein l'insuffisance des connaissances des médecins généralistes d'Indre-et-Loire, en particulier pour la moitié d'entre eux sur l'information préoccupante et sa distinction avec le signalement.

Les médecins âgés de moins de 50 ans connaissaient significativement mieux le terme « d'information préoccupante ». Ces données se retrouvaient dans une thèse menée en Ille-et-Vilaine en 2013 (15).

Un biais d'interprétation était à prendre en compte sur la bonne définition d'une IP, par la présence dans une des réponses du terme « cellule de recueil des informations préoccupantes ». Toutefois, 83,3% des médecins ayant fourni la bonne définition, distinguaient bien l'IP du signalement dans une autre question.

Nous avons également observé une influence significative sur la connaissance de l'IP pour les médecins ayant un statut de MSU, pouvant être favorisée par leur contact avec les internes en cours de formation initiale ou bien la volonté d'une mise à jour de leurs connaissances pour favoriser la transmission.

La notion même d'information préoccupante émane de la loi du 5 mars 2007, mais n'est définie précisément par décret qu'en novembre 2013. La confusion qu'il peut exister entre le signalement et l'IP, s'explique entre autres par la complexité du phénomène à appréhender et les définitions multiples de l'enfance en danger qui en rendent compte (par exemple : loi, Observatoire national de l'action sociale ODAS, ONED ...).

b. Difficultés du repérage des enfants en danger ou en risque de danger

La plupart des médecins éprouvaient des difficultés à repérer des enfants en danger ou en risque de danger. L'évaluation de leurs pratiques sur le repérage des facteurs de vulnérabilités pouvant conduire à la réalisation d'une IP, révélait dans notre étude, que 7 médecins sur 10 cochaient à tort des éléments de danger grave et immédiat, nécessitant la saisine de l'autorité judiciaire, à savoir le « constat de maltraitance physique » et la « suspicion d'attouchements sexuels ».

Ces résultats nous amènent à nous interroger sur la perception qu'ont les médecins généralistes de la maltraitance infantile. Une thèse de 2019 témoignait de la difficulté majeure rencontrée par les médecins à définir la maltraitance. Ils différenciaient bien la maltraitance physique qu'ils considéraient comme grave, mais la notion de négligence était plus difficile à appréhender (33). En 2012, une autre thèse sur les obstacles au dépistage de la maltraitance donnait les mêmes résultats. Il semblait que certains médecins avaient une approche plus physique ou sexuelle de la définition de la maltraitance (34). Les valeurs, les croyances, les perceptions et expériences personnelles ont également un rôle dans l'interprétation des cas de maltraitance.

De plus, nous avons observé une différence significative selon le sexe. Les hommes ont significativement plus coché des éléments de danger grave comme étant des facteurs de vulnérabilités pouvant conduire à la réalisation d'une IP. Cette variation selon le genre s'explique-t-elle par des croyances individuelles ou une éducation différente au sujet de la discipline et de la punition ? Aucune donnée similaire n'a été retrouvée dans la littérature. Au contraire, selon une étude menée en 2003, l'évaluation des attitudes des médecins par rapport à la discipline corporelle des enfants et leurs actions à signaler des mauvais traitements, ne retrouve pas de variation selon le sexe ni la spécialisation des médecins (35).

La connaissance initiale du terme d'IP et sa distinction du signalement, amélioreraient significativement la capacité des médecins au repérage de ces facteurs de vulnérabilités. En 2010, les États généraux de l'enfance soutenaient déjà l'idée que la formation sur l'IP était un axe indispensable à l'amélioration du repérage du danger ou risque de danger (36).

B. Sous-estimation de la maltraitance infantile

De toutes les violences, les violences exercées à l'égard des enfants relèvent du domaine de l'impensable. Elles portent en elles, une injustice qui indigne. Elles nous touchent aussi profondément parce qu'elles sont commises au sein de la famille dans la très grande majorité des cas, remettant en question un certain nombre de valeurs. Il y a sans doute dans le silence qui entoure cette violence, l'effet d'une sidération et la volonté de taire l'insupportable (37). Une étude américaine de 2005 insiste sur le fait « *d'affronter la maltraitance et la négligence envers les enfants et d'en surmonter l'aversion* » pour que le diagnostic d'un enfant en danger devienne aussi spontané que toute autre maladie (38).

Une étude réalisée en 2005 auprès de 195 pédiatres aux USA rapportait que 28 % d'entre eux avaient déjà suspecté une maltraitance chez un enfant, sans l'avoir rapportée (39). Dans notre étude, 42,3% des médecins généralistes ont déclaré avoir été confrontés à une situation ayant nécessité la réalisation d'une IP ou d'un signalement. 37,5% d'entre eux n'ont pas transmis d'écrits formalisés aux autorités compétentes, valeur probablement sous-estimée car l'une des solutions fréquentes des médecins est d'adresser un enfant aux urgences sous un prétexte somatique, en téléphonant pour signaler ses doutes à un confrère, sans rédaction propre d'IP ou de signalement. La prévalence estimée de la maltraitance chez les enfants (en moyenne de 10%) reste plus importante que la détection réelle des situations de maltraitance (40).

Il apparaît que les attitudes à l'égard des châtements corporels sont des révélateurs importants du comportement de déclaration. Le défi est de fournir une formation qui permettra de détecter et de signaler les mauvais traitements malgré les croyances individuelles au sujet de la discipline et de la punition (41). Plus une société considère la punition corporelle comme normale, plus le risque de maltraitance est grand. La France n'est que le 56^e pays au monde à avoir adopté une loi en 2019 contre les « violences éducatives ordinaires ».

Il convient aussi de considérer « que le fait de signaler ne va pas de soi, ne se fait pas de gaieté de cœur : les mouvements affectifs déclenchés par la découverte de la maltraitance renvoient à des fantasmes archaïques et suscitent des défenses personnelles » (42).

Dans une thèse réalisée au sein de la région Centre – Val de Loire, dans le Loiret en 2013, les professionnels interrogés ont souvent mis en exergue le fait que la maltraitance infantile serait plus fréquente ou du moins qu'ils la rechercheraient plus fréquemment dans les classes socio-économiques défavorisées (43). La maltraitance infantile doit être évoquée dans toutes les classes sociales. Dans les classes dites élevées, elle y serait soigneusement dissimulée et échapperait donc plus au repérage médical. Plus que les facteurs socio-économiques, A. Tursz (44) considère que les facteurs psycho-affectifs primeraient sur le risque de maltraitance infantile.

C. Manque d'interlocuteurs

En cas de situation à risque, les médecins généralistes d'Indre-et-Loire choisissaient de s'orienter en priorité vers l'**hôpital**. Les médecins trouvaient probablement plus aisé de demander un avis auprès d'un confrère médecin. Connaître un interlocuteur identifiable physiquement est aussi plus facile. Néanmoins, les urgences de l'hôpital peuvent être engorgées. Il convient de bien s'assurer que les professionnels du service soient informés du motif et soient en mesure de prendre en charge l'enfant. L'appel téléphonique préalable semble donc indispensable.

La **PMI** connue des médecins généralistes pour ses actions de prévention auprès des familles arrivait en seconde position des interlocuteurs privilégiés. Comme en témoigne une étude parue dans « Development and Psychopathology » en 2001, l'action préventive de la PMI permet une diminution des cas de maltraitance à enfants lorsque les mères fragiles avaient été suivies régulièrement par des puéricultrices pendant les deux premières années de vie de l'enfant (45). Néanmoins, les sentiments partagés par les médecins du département sont la difficulté d'identification, d'échanges et de retour de la part du médecin de PMI de secteur.

La **CRIP** était le troisième interlocuteur privilégié par les médecins du département. Il apparaît dans la littérature, une méconnaissance de cette structure (14)(17)(46). En octobre 2014, la HAS a élaboré à l'attention des médecins, une fiche intitulée « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » qui détaille les procédures de signalement en cas de maltraitance. Malgré la mise en place de ce dispositif, la saisine des autorités compétentes selon la situation de danger par les médecins et notamment les libéraux, reste limitée. Selon le rapport Marleix de juin 2015, l'une des raisons avancées est la méconnaissance des outils mis à disposition, que ce soit les CRIP ou la possibilité de saisir le Procureur de la République (47).

Le quatrième interlocuteur est le **Procureur de la République**. Seules les situations d'une extrême gravité nécessitant l'ouverture d'une enquête pénale ou d'une mesure de protection immédiate doivent faire l'objet d'un signalement. C'est une entité unique, bien identifiée des médecins généralistes.

Le recours aux interlocuteurs variait selon l'âge. Les médecins âgés de moins de 50 ans s'orientaient en premier lieu vers la PMI puis l'hôpital et la CRIP, alors que les médecins âgés d'au moins 50 ans se tournaient vers l'hôpital puis le Procureur de la République. Les jeunes médecins connaissent davantage les « nouveaux » outils mis à disposition.

À noter que le **SNATED** (Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger) - 119 n'était choisi comme interlocuteur que par 3,8% des médecins. Son affiche doit être apposée dans tous les lieux qui accueillent des enfants. Le SNATED est plutôt destiné aux non-professionnels.

De manière générale, aussi bien dans la littérature que dans les réponses fournies à notre étude, les médecins généralistes ressentent un isolement important. Les professionnels de santé, en particulier lorsqu'ils exercent en libéral, peuvent se sentir seuls face à ce sujet sensible et complexe, tant du point de vue du diagnostic que du parcours administratif et/ou judiciaire.

D. Aspect chronophage – Problème de temporalité

L'aspect chronophage était vécu comme une difficulté principale par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire, au même titre que le manque d'interlocuteurs. Il est important de préciser que la CRIP 37 n'a été créée qu'en octobre 2017. Un livret d'information a été réalisé par la CRIP sur « Comment alerter sur la situation d'un enfant en danger ou en risque de danger ? La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes. Mode d'emploi à l'attention des professionnels ». Cet outil permettait d'informer les professionnels des missions de la CRIP avec ses coordonnées, de ce qu'est une IP et de ce qu'il faut mettre dans une IP. Mais cet outil n'a pas été largement diffusé, il a seulement été distribué à quelques médecins du département présents lors de formations spécifiques où le Conseil départemental participait. Il n'existe pas de fiche type de recueil d'IP dans le département. À ce titre, la rédaction propre d'une IP était ressentie aussi comme une difficulté.

Par leur aspect médico-psychologique, ce type de consultation prend du temps. Il en est de même lorsqu'il faut rédiger un document comme une IP ou un signalement. Appeler un correspondant est souvent incontournable, cela prend également du temps. D'autant plus si on ignore qui appeler, si on n'a pas le numéro direct et qu'il faut se lancer dans une recherche ou si le numéro n'est joignable qu'à des heures ouvrables bien spécifiques qui paraissent limitées par rapport aux horaires d'un médecin libéral.

Dans le choix des réponses, une confusion pouvait subsister entre l'aspect chronophage et la lourdeur administrative. En effet, ces termes ont un sens large et chaque médecin l'interprétait à sa façon. À l'élaboration du questionnaire, notre volonté était de distinguer l'aspect chronophage « qui prend beaucoup de temps », de la lourdeur administrative « poids des procédures et de la réglementation ». Un biais d'interprétation est donc à prendre en compte.

E. Information à fournir au(x) parent(s) ou au représentant légal de la réalisation d'une IP

Cette annonce à la famille était l'une des trois principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département ayant transmis un écrit. La plupart des médecins ne pensaient pas être tenus de faire cette annonce. Or, l'information et la recherche de l'adhésion des responsables aux mesures d'aides administratives sont indispensables à leur bon déroulement.

En cas de situation contraire à l'intérêt de l'enfant, le médecin peut s'abstenir de fournir cette information. Pour autant, il n'existe pas de précisions claires sur cet aspect de la loi dans l'article L226-2-1 du CASF (48). On retrouve la notion d'«intérêt supérieur de l'enfant» dans l'article 3 de la Convention Internationale des droits de l'enfant (CIDE) (49), où toute prise de décision le concernant doit préserver son bien-être ainsi que son droit de se développer convenablement. Cette notion d'« intérêt de l'enfant » est donc laissée à la subjectivité du médecin.

F. Erreur diagnostic

La principale réticence des médecins généralistes à transmettre une IP était l'erreur diagnostic. « La peur de se tromper » est également vécue comme un frein majeur dans deux autres thèses (50)(51). Néanmoins, l'erreur diagnostic peut sous-entendre plusieurs notions. Nous n'avons pas pu affiner cette principale crainte du fait du mode de recueil par questionnaire et notamment à cause d'une question à choix multiples. Est-ce la crainte de stigmatiser la famille ? Le manque de connaissance ? La peur du conflit avec la famille ? Néanmoins, nos résultats faisaient le lien entre l'erreur diagnostic, la peur du conflit avec la famille et la peur des conséquences sur la dynamique familiale.

Dans leurs représentations, le « signalement sanction » est présent à l'esprit des médecins bien avant le « signalement protection », or c'est ce dernier qui est prioritaire selon A. Tursz, pédiatre et directrice de recherche à l'Inserm.

La crainte de la dénonciation calomnieuse n'était pas identifiée comme majeure par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire, à l'inverse des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine (15). Ce qui peut sembler étonnant, quand seulement un médecin sur quatre sait que sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire ne peut être engagée en cas de réalisation d'une IP.

L'atteinte au secret professionnel était une réponse non listée dans les choix multiples de manière volontaire, afin de voir si les médecins généralistes allaient se saisir de la réponse « autres » pour témoigner de cette injonction si spécifique.

G. Méconnaissances des suites et manque de collaboration

Les suites données à une IP étaient majoritairement méconnues par les médecins généralistes, d'autant plus chez les médecins âgés d'au moins 50 ans. L'expérience passée de transmission d'un écrit face à un enfant en danger, n'améliorait pas le niveau de connaissance des médecins quant aux suites qui peuvent être données.

Ce résultat soulève le manque de retour d'information, qui devrait être appliqué en vertu de l'article L226-5 du CASF (52). Ce manque de retour d'information et plus largement le manque de collaboration contribuent au sentiment d'isolement évoqué précédemment. En plus d'éprouver ce sentiment de solitude, le médecin généraliste pourrait avoir l'impression de n'être qu'un acteur de second plan, risquant ainsi de se désinvestir de sa mission de repérage et de signalement de la maltraitance infantile.

Selon une thèse réalisée dans le Finistère (53), pour les médecins interrogés, « signaler » est un investissement émotionnel et temporel conséquent. Le fait de ne pas connaître les résultats des démarches engagées est à la fois source de frustration et source de questionnement car il n'est pas possible d'avoir un regard critique sur sa prise en charge.

Si les médecins avaient connaissance des suites données à leur information, ils seraient probablement confortés dans leur démarche de protection de l'enfant et moins inquiets des conséquences. La transmission d'IP en serait alors facilitée et cela témoignerait de l'existence d'une véritable articulation entre les partenaires concourant à la protection de l'enfance.

4.1.2 Leviers

A. Formation initiale et continue

« Pour protéger, il faut d'abord repérer, et ce le plus précocement possible. Or les médecins n'y ont pas été formés. » (54) La formation initiale et continue des médecins généralistes sur la prise en charge de la maltraitance infantile est réellement insuffisante.

Concernant la formation initiale, un seul item y est consacré pour la préparation à l'Examen classant national. L'item 55 répond aux objectifs suivants : repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, puis argumenter la démarche médicale et administrative nécessaire à la protection de la mère et de l'enfant. Le temps de formation en présentiel est seulement de quelques heures.

Le temps consacré à l'enseignement théorique contraste fortement avec les exigences identifiées dans une étude américaine. Les médecins ayant reçu moins de dix heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que les médecins ayant bénéficié de plus de dix heures d'enseignement. (7)

Lors de son internat, le futur médecin généraliste doit choisir la plupart du temps entre un stage en gynécologie ou en pédiatrie. Très peu d'internes peuvent bénéficier d'un terrain de stage en PMI, pour leur permettre d'enrichir leur expérience professionnelle à la problématique sociale.

Peu de médecins généralistes d'Indre-et-Loire déclaraient avoir reçu une formation en protection de l'enfance. Le type de formation reconnu par les praticiens était variable (formation initiale, stages, formation continue, expériences professionnelles). Il n'y avait pas d'influence directe sur le repérage, la transmission d'IP et la connaissance des suites données parmi les médecins ayant reçu ou non une formation.

Les médecins reconnaissent qu'une formation leur serait bénéfique dans le cadre notamment de leur formation médicale continue (actions de développement professionnel continu). Ils citaient l'intérêt de groupes de travail pluri-professionnels, de rencontres et d'échanges. Les formations « inter-institutionnelles » proposées aux différents corps de métier en lien avec l'enfance en danger ne représenteraient que 14% des formations et les médecins libéraux n'y sont pas intégrés, alors que cela pourrait aller dans le sens du développement des compétences collectives. De plus, les formations sont souvent courtes, ce qui ne facilite pas l'acquisition de l'ensemble des compétences requises. (55)

Il est donc essentiel de répondre aux besoins de formation des médecins généralistes en multipliant le nombre et la forme que peuvent prendre ces formations (soirées de formation, séminaires, rencontres avec les partenaires, échanges interprofessionnels, tables rondes...).

B. Collaboration – Réseau

Le travail en collaboration semble primordial dans la coordination médico-sociale utile au repérage et à la prise en charge de l'enfance en danger. Les États généraux de l'enfance décrivaient la difficulté des médecins à déterminer des interlocuteurs pertinents (36). D'après la loi du 14 mars 2016, « dans chaque département, un médecin référent « protection de l'enfance », désigné au sein du service du département, *devrait* être chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part » (56). Celui-ci pourrait être un référent unique.

Une simplification des démarches par l'utilisation d'une fiche type de recueil de l'IP et l'utilisation d'un guide pratique reprenant les coordonnées utiles répondraient à l'aspect chronophage et au problème de temporalité rencontrés par les médecins généralistes.

Le retour d'information est un élément clé pour que le médecin généraliste se sente conforté dans son rôle d'acteur de première ligne concourant à la protection de l'enfance.

De grandes notions émergent face aux enfants maltraités ou en danger comme celles de protection, de pratique en réseau et de secret professionnel partagé.

Un réseau d'accueil et de soins existe en région Centre – Val de Loire au sein du secteur hospitalier, le réseau Accueil et soins pour l'enfance en danger (ASPED). C'est une équipe d'aide et de conseil pluridisciplinaire que les médecins généralistes d'Indre-et-Loire peuvent joindre en appelant les urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville. Le réseau répond aux missions de conseil, de formation, de coopération inter institutionnelle, de création de processus consensuel d'accueil et de constitution d'un observatoire épidémiologique en secteur hospitalier.

Il existe plusieurs structures en France au sein des centres hospitaliers : l'Unité d'accueil des jeunes victimes (UAV) à Orléans, la Cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger (CASED) à Rennes, l'Unité d'accueil des enfants en danger (UAED) à Nantes ou la Permanence d'accueil pédiatrique de l'enfant en danger (PAPED) à Angers. Une uniformisation de ces structures serait une piste à envisager pour harmoniser la prise en charge de la maltraitance infantile sur le territoire français.

L'ONED évoquait, déjà en 2008, l'intérêt que des protocoles départementaux soient mis en place entre les médecins et le Conseil départemental. « La signature des protocoles par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins est un levier pour impliquer les professionnels de santé dans le fonctionnement des cellules. » (57)

C. Diffusion d'un outil d'aide à destination des médecins généralistes

Les médecins généralistes du département souhaitaient bénéficier d'un outil d'aide dans leur pratique courante. Intérêt partagé dans la littérature (17)(18)(19). La diffusion d'un outil d'information a été testée dans le cadre d'une thèse en Loire Atlantique, ce qui a permis aux médecins de mieux distinguer l'IP du signalement, de repérer des situations nécessitant une IP, de connaître l'information à délivrer à la famille et les actions que pouvaient engendrer la réalisation d'une IP. (20)

Comme mentionné dans la partie Matériel et Méthode, la création et la diffusion d'un outil d'aide à destination des médecins généralistes répondait à l'objectif secondaire de notre étude. Notre thèse a permis d'être à l'initiative de ce projet partagé avec la CRIP 37. Cet outil (Annexe 5) est le fruit d'un travail collaboratif entre le Conseil départemental (CRIP 37, PMI, ASE et service communication), le CDOM 37 et le CHRU Clocheville (réseau ASPED).

L'outil d'aide a été transmis par le CDOM à l'ensemble des médecins (toutes spécialités confondues) d'Indre-et-Loire le 16/10/2020, accompagné d'un formulaire type de recueil d'IP. Ce dernier a été élaboré en collaboration avec la CRIP 37 et validé par M. BARON.

4.2 Forces et faiblesses

4.2.1 Échantillon à l'étude

Notre étude a été menée auprès de 523 médecins généralistes libéraux du département d'Indre-et-Loire selon les critères d'inclusion. Le nombre de sujets nécessaires à l'étude était de 222 participants.

Nous n'avons recueilli que 196 réponses complètes. À première vue, la taille de l'échantillon semble insuffisante. Le taux de participation aux études similaires sur le plan méthodologique est d'environ 25%. Notre taux s'élevait à 37,5%, reflétant une contribution satisfaisante.

La comparaison des caractéristiques (sexe, âge, lieu et type d'exercice) de l'échantillon à la population cible a révélé que l'échantillon n'était pas représentatif.

Afin d'enrichir la portée de cette étude et d'en assurer sa représentativité, nous avons appliqué un redressement de l'échantillon par méthode des quotas. Nous avons réalisé une exclusion aléatoire des profils surreprésentés, tout en respectant les ratios de la population cible. Nous avons pris le parti d'exclure la variable type d'exercice dans la représentativité de notre échantillon, car nous aurions obtenu un effectif trop faible pour nous permettre de mettre en évidence un éventuel contraste sur le plan statistique. La taille finale de l'échantillon retenu a donc été de 170 médecins généralistes.

Cette méthode empirique induit un biais de sélection, par l'implication de « l'enquêteur » dans la sélection de l'échantillon. Nous avons limité ce biais par une exclusion aléatoire (hétérogénéité des réponses maintenue) et par respect des quotas de la population cible. Ces quotas étaient pertinents aux variables d'intérêt, peu nombreux, indépendants et aisément identifiables.

Des études comparatives sondage probabiliste versus sondage par quotas ont révélé l'équivalence des performances des deux méthodes sur des échantillons de petite taille. (58)

4.2.2 Méthode de collecte des données

Le questionnaire a été diffusé, à l'ensemble des médecins généralistes du département, par voie postale avec des enveloppes de retour pré-affranchies pour favoriser un taux de réponse maximum et par courrier électronique sur la base des adresses mails du syndicat MG France.

Pour obtenir un taux de participation plus important, l'étude aurait pu être menée en dehors de la période estivale. Et surtout, il aurait été préférable d'effectuer une seconde relance à l'ensemble des médecins généralistes au moins par voie électronique.

Notre étude repose sur une enquête déclarative. Plusieurs biais sont induits.

Un biais de sélection ne peut être écarté car les médecins ont participé de façon volontaire au questionnaire. Les médecins répondant sont probablement plus sensibles aux questions portant sur l'enfance en danger et potentiellement mieux expérimentés ou mieux formés. Ce même biais est induit par la non prise en compte des réponses incomplètes.

Un biais d'information est à prendre en compte selon la compréhension individuelle des questions et des réponses possibles, limité par l'envoi au préalable du questionnaire à 7 médecins généralistes testant son adéquation au contexte de l'enquête. Le questionnaire a fait appel à la mémoire des sujets, ce qui peut entraîner également un biais d'information particulier, appelé biais de mémorisation.

Un biais de mesure est à considérer par l'utilisation d'un nombre restreint de questions. Face à un domaine aussi vaste qu'est la protection de l'enfance, cette sélection de questions ne couvraient pas toutes les spécificités d'analyse fine des connaissances, pratiques et attentes des médecins. Nous avons opté pour un questionnaire afin de sensibiliser le plus grand nombre de médecins à la notion d'IP. La taille du questionnaire choisi permettait de limiter le risque de non réponse et de lassitude des médecins. Ce biais est également induit par l'utilisation de questions fermées ou multiples, limité par la possibilité de répondre « je ne sais pas » ou « autres ». Des entretiens semi dirigés auraient permis d'affiner les résultats.

Un biais de prévarication n'est pas à exclure. L'évaluation des pratiques porte sur un sujet sensible. Cela peut conduire l'enquêté à répondre sciemment de façon erronée. Nous avons limité ce biais par le respect de l'anonymat.

L'étude épidémiologique descriptive reste une méthode de référence pour la caractérisation d'une population.

4.2.3 Analyse des données

Nous avons principalement eu recours à une analyse descriptive et univariée, ce qui ne nous permettait pas d'écartier d'éventuels biais de confusion, de surcroît dans une étude non randomisée. La réalisation d'une analyse multivariée complémentaire sur les variables d'intérêts de l'étude (repérage des facteurs de vulnérabilités et transmission d'écrits) avait pour but de tenir compte de ces facteurs de confusion.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'exclusion de la catégorie « ne sait pas » pour ne pas induire de biais d'interprétation de la part de l'enquêteur.

Dans d'autres études similaires, un score statistique de réussite était calculé. Notre étude était la première portant sur ce sujet dans notre département. L'utilisation d'un tel score n'était pas envisageable car aucune base de comparaison n'était disponible.

4.3 Perspectives

A. Taquet, secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé en novembre 2019, un plan de lutte (2020-2022) contre les violences faites aux enfants en mobilisant l'ensemble du gouvernement et des ministères.

« Ce qui permet à la violence de prospérer, outre le silence et la volonté de ne pas voir, ce sont les habitudes et les angles morts dans les pratiques et les organisations. » (37)

Au sein de ce plan de lutte (37), nous avons relevé des mesures citées ci-dessous, convergeant avec les freins et leviers recueillis lors de notre travail.

- Améliorer le travail en réseau des professionnels en situation de repérer, signaler, protéger les enfants victimes de maltraitance. Cette meilleure coordination passe par un soutien renforcé aux ODPE et une augmentation des moyens accordés aux CRIP.
- Désigner des équipes pédiatriques référentes au minimum deux par région, d'ici 2022, qui incluront à terme les « Unités d'accueil pédiatriques enfance en danger » (UAPED) développées sur l'ensemble du territoire. Ce seront des lieux d'accueil, de recueil de la parole et de prise en charge globale du mineur victime. Ces équipes ressources auront pour missions de former et de soutenir les médecins libéraux et hospitaliers, au repérage et au diagnostic des violences, à l'annonce aux familles et au projet de soins. Elles pourront être mobilisées par les professionnels pour effectuer les signalements et aider à la rédaction des documents nécessaires dans les procédures administratives et judiciaires. Elles travailleront en étroite collaboration avec le médecin référent protection de l'enfance des départements.
- Déployer une formation déconcentrée pluridisciplinaire dès 2020 sur l'ensemble du territoire pour renforcer la coopération.
- Renforcer les données sur les violences subies pendant l'enfance.

Le nombre d'appels traités par les écoutants du 119 pendant le confinement a été majoré de 17% par rapport à la période similaire en 2019. Le nombre d'IP adressé aux services départementaux a quant à lui augmenté de 30,4%. Le recours direct aux services de police / gendarmerie ou au SAMU a bondi de 113,5% (59).

Le secrétaire d'État a déclaré le 19 novembre 2020 que « *La lutte contre les violences faites aux enfants reste une priorité constante.* » Dans ce contexte si particulier de crise sanitaire, il avait annoncé la tenue d'états généraux de la lutte contre les violences faites aux enfants en novembre 2020. Ils sont finalement reportés à une date ultérieure.

Le travail commun partagé lors de cette thèse a donné lieu à une collaboration entre Mme ANTIGNY (*responsable CRIP 37*) et le Dr URVOIS-GRANGE (*praticien hospitalier des Urgences pédiatriques au CHRU de Tours – coordonnateur régional adjoint du réseau ASPED*). Elles ont réalisé une formation commune « IP/signalement » lors de la FMC de Médecine Générale à la Faculté de médecine de Tours le 10 septembre 2020 (110 médecins participants par visioconférence). Une autre formation commune est envisagée lors des Journées de Pédiatrie à l'espace Malraux de Joué-lès-Tours en juin 2021.

Après la réalisation de formations, la diffusion des fiches types de recueil d'IP (Annexe 6) et des outils d'aide, il serait intéressant de refaire une évaluation à distance des connaissances et du nombre d'IP émanant des médecins généralistes en Indre-et-Loire. Nous espérons que les connaissances et le repérage des enfants en danger auront évolué favorablement.

CONCLUSION

Il existe des affaires d'enfants victimes ayant marqué l'opinion publique. Ces situations ne relèvent pas d'une fatalité ou d'un simple accident. Elles sont souvent le fruit d'un manque de prévention, de repérage, de prise en charge globale d'un enfant en danger.

Les pratiques professionnelles sont encore bien loin de l'article premier de la loi du 14 mars 2016 garantissant « *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* ».

La maltraitance infantile se caractérise par sa précocité, sa grande fréquence, touchant toutes les classes sociales. Il convient d'y penser en consultation médicale même devant des signes non spécifiques.

Instaurer une véritable action de prévention et de prise en charge de l'enfance en danger passe par une réelle volonté politique et l'octroi de moyens humains et financiers à la hauteur des besoins. À l'occasion des 30 ans de la CIDE, A. Taquet secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance, a lancé un plan de lutte contre les violences faites aux enfants. L'aboutissement des mesures proposées dans ce plan pourrait apporter des solutions concrètes à la médecine libérale.

Notre travail montre que les médecins généralistes d'Indre-et-Loire ont un manque de formation et d'information sur l'IP, que ce soit pour le repérage d'un enfant en danger ou en risque de danger, la transmission d'un écrit et/ou les suites qui peuvent en découler. Parmi les freins mis en évidence, on retient principalement le manque d'interlocuteurs, l'aspect chronophage et la crainte de l'erreur diagnostic.

Nos résultats témoignent d'une sous-estimation du nombre d'enfants victimes ou en danger et de la variabilité de perception de la maltraitance infantile par les professionnels. Chez les médecins, comme dans l'ensemble de la population, il existe un déni. Des auteurs américains ont parlé « d'aversion de voir ».

Les médecins sont en demande de formations idéalement pluri professionnelles et d'une mise à disposition de moyens simples et utiles à leur pratique. Les enjeux sont d'acquérir des compétences collectives sur le repérage de mauvais traitements, allant au-delà des croyances individuelles au sujet de la discipline.

Le travail en réseau est un élément clé de la prise en charge pluridisciplinaire nécessaire à la protection de l'enfance, en passant par une meilleure collaboration et coordination entre les différents partenaires.

Pour finir, il nous paraît essentiel de rappeler quelques messages clés :

- Ne pas rester seul face au doute.
- Repérer précocement, agir en amont avant que toute forme de maltraitance grave ne soit avérée.
- Protéger un enfant est un acte médical et une obligation légale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données [En ligne]. 2007. Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr.
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009 Jan; 373(9657):68-81.
3. Winham KM, Engstrom M, Golder S, Renn T, Higgins GE, Logan T. Childhood Victimization, Attachment, Psychological Distress, and Substance Use Among Women on Probation and Parole. *Am J Orthopsychiatry*. 2015 Mar; 85(2):145-58.
4. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. Child Maltreatment [En ligne]. 2006. Disponible sur : <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cm06.pdf>.
5. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014;(62):299-312.
6. Swahn MH, Whitaker DJ, Phippen CB, Leeb RT, Teplin LA, Abram KM, et al. Concordance Between Self-Reported Maltreatment and Court Records of Abuse or Neglect Among High-Risk Youths. *Am J Public Health*. 2006 Oct; 96(10):1849-53.
7. Tursz A. Les oubliés Enfants maltraités en France et par la France. Le Seuil; 2010. 432 p.
8. Observatoire national de la protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2018. [En ligne]. 2020. Disponible sur : <https://onpe.gouv.fr/publications/cp-chiffres-cles-en-protection-lenfance-au-31-decembre-2018>.
9. GIP Enfance en danger. Rapport d'activité 2018 [En ligne]. 2019. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/publications/rapport-dactivite-2018-giped>.
10. Haute autorité de santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [En ligne]. Oct 2014, mise à jour Jui 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
11. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2.
12. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. *Etudes et Résultats*. 2007; 588:8.
13. Le bulletin de l'Ordre national des médecins. Entretiens croisés : enfants victimes de violences : mieux dépister pour mieux soigner. 2018 Janv.-Fev; 53:32.

14. Nicolas B. Maltraitance de l'enfant de moins de six ans : quel rôle pour le médecin généraliste ? Etude qualitative par entretiens semi dirigés. [Th D Méd]. Université de Montpellier; 2017.
15. Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine. [Th D Méd]. Université de Rennes; 2013.
16. Dauchy A, Vic P. Connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en matière de protection de l'enfance. La Revue de Médecine Légale. 1 mars 2020;11(1):15-23.
17. Prévost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? [Th D Méd]. Université de Lille; 2019.
18. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Archives de Pédiatrie. 1 janv 2016;23(1):21-26.
19. Bausiere C. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais. [Th D Méd]. Université de Rouen; 2016.
20. Michaud E, Fleury J, Launay E, Pendezec G, Gras-Le-Guen C, Vabres N. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Archives de Pédiatrie. 1 nov 2017;24(11):1103-1110.
21. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-3.
22. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
23. Code civil - Article 371-1.
24. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte pour l'enfance. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance>.
25. Code pénal - Article 226-14.
26. Code pénal - Article 434-3.
27. Martin-Blachais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [En ligne]. 2020. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/publications-10757/protection-de-l-enfance-rapports>.
28. Bowlby J. Attachement et perte. : Volume 1, L'attachement. Presses Universitaires de France; 2002. 540 p.

29. Observatoire national de l'enfance en danger. La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. [En ligne]. 2012-2013. Disponible sur : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf
30. Organisation mondiale de la santé. INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants [En ligne]. 2017. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/fr/
31. Hélie S, Clément M-E. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. Nov 2019;26-27:520-5.
32. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Outils d'intervention en éducation pour la santé, critères de qualité: référentiel de bonnes pratiques. [En ligne]. 2005. Disponible sur : http://peidd.fr/IMG/pdf/Criteres_qualite_des_outils_d_intervention_en_education_pour_la_sante-2.pdf
33. Cassagnes L. Delabarre M. Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Etude recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège. [Th D Méd]. Université de Toulouse; 2019.
34. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale. [Th D Méd]. Université Paris Diderot; 2012.
35. Tirosh E, Shechter SO, Cohen A, Jaffe M. Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. Child Abuse and Neglect. 2003 Aug; 27(8):929-37.
36. Ministère des affaires sociales et de la santé. États généraux de l'enfance - Atelier 1 : «Améliorer la transmission d'informations relatives aux enfants en danger ou en risque de danger entre les acteurs de la protection de l'enfance». [En ligne]. 2010. Disponible sur : <http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/01/livret-des-etats-generaux-de-l-enfance-fragilisee.pdf>
37. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte pour l'enfance. Je veux en finir avec la violence et vous? Mesures pour lutter contre les violences faites aux enfants. [En ligne]. 2019. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance>.
38. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. Child Abuse And Neglect. 2005. 29(4):307-309.
39. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors Affecting Pediatricians' Reporting of Suspected Child Maltreatment. Ambulatory pediatrics. 2005. 5(2):96-101.
40. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. Archives de Pédiatrie. 2009;16(6):936-9.

41. Ashton V. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2001 Mar; 25(3):389-399.
42. Run J-LL, Leblanc A, Sarny F. Signaler, et après ? *Enfances Psy*. 2003; 23(3):5-8.
43. Le Breton AL. Prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Loiret. [Th D Méd]. Université de Tours; 2013.
44. Tursz A. La maltraitance envers les jeunes enfants : 12 règles d'or pour savoir y penser et agir. *Rev Prat*. 2011;61:15.
45. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Charles R, Henderson J, Kitzman H, et al. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Dev Psychopathol*. 2001 Dec; 13(4):873-90.
46. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles. Etude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche. [Th D Méd]. Université de Lyon; 2017.
47. Assemblée nationale. Rapport de M. Olivier Marleix sur la proposition de loi , adoptée par le Sénat, tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (n°2835) [En ligne]. 2015. Disponible sur: [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r2835/\(index\)/rapports](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rapports/r2835/(index)/rapports)
48. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-1.
49. Unicef. Convention Internationale des Droits de l'Enfant. [En ligne]. 1989. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/50154.pdf>
50. Verrier M. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. [Th D Méd]. Université de Poitiers; 2015.
51. Steenhouwer-Jeu M. Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile: perception des facteurs de risque et difficultés rencontrées [Th D Méd]. Université de Picardie Jules Verne; 2012.
52. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-5.
53. Camenen B. Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère [Th D Méd]. Université de Bretagne Occidentale; 2017.
54. Le bulletin national de l'ordre des médecins. Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. 2015;(38):32.
55. Cothenet S. Faire face à la maltraitance infantile - Formation et compétences collective. Harmattan; 2004. 225p.

56. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-2.
57. Observatoire nationale de l'enfance en danger. Quatrième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire national de l'enfance en danger. [En ligne]. 2008. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ra_oned_4_200812_5.pdf
58. Ardilly P. Les techniques de sondage. 2ème édition actualisée et augmentée. Paris: Editions TECHNIP; 2006. 700p.
59. GIP enfance en danger - Snated. Bilan relatif à l'activité du 119 - période de confinement. [En ligne]. 2020. Disponible sur : <https://www.giped.gouv.fr/pdf/Etude-confinement-119-20mai2020.pdf>

GLOSSAIRE

- AED : Aide Éducative à Domicile
- AEP : Action Éducative de Proximité
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- ASPED : Accueil et Soins Pour l'Enfance en Danger
- CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- CASED : Cellule d'Accueil Spécialisé de l'Enfance en Danger
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant
- CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IME : Institut Médico Éducatif
- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- IP : Information Préoccupante
- MDS : Maison Départementale de la Solidarité
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale
- ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONPE (anciennement ONED) : Observatoire National de la Protection de l'Enfance
- PAPED : Permanence d'Accueil Pédiatrique de l'Enfant en Danger
- PMI : Protection Maternelle et Infantile

- RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté
- SESSAD : Service d'Éducation Spécialisé et de Soins à Domicile
- SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
- SSFE : Service Social en Faveur des Élèves
- TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
- UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger
- UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger
- UAJV : Unité d'Accueil des Jeunes Victimes

ANNEXES

8.1 Courrier d'information accompagnant le questionnaire (voie postale)

Chère consœur, cher confrère,

Médecin généraliste remplaçante, je sollicite votre participation au questionnaire ci-joint dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice en médecine générale.

Afin d'améliorer la prise en charge de l'enfance en danger dans le département, j'aimerais connaître vos pratiques et attentes, en tant qu'acteur de premier recours.

L'objectif principal est d'aboutir à l'élaboration d'un outil d'aide pratico-pratique sur le repérage des facteurs de vulnérabilité et la transmission d'une information préoccupante (IP).

Le questionnaire comprend 24 questions s'articulant en 4 rubriques. Cela vous prendra moins de 10 minutes et vos réponses resteront strictement anonymes.

Critères d'inclusion : médecin généraliste, en activité, installé au sein du département d'Indre-et-Loire.

Ce travail est réalisé sous la direction du Dr CONTY, membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, et en collaboration avec la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) et la Protection Maternelle Infantile (PMI) du département d'Indre-et-Loire.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de notre étude et/ou les réponses au questionnaire, je vous invite à m'en faire la demande à l'adresse mail suivante :

these.protectionenfance37@gmail.com

Merci d'avance pour votre contribution.

Bien confraternellement.

Clémence EVEILLARD.

8.2 Questionnaire

Questionnaire thèse Médecine Générale - Protection de l'enfance

Évaluation des pratiques et attentes, des médecins généralistes libéraux d'Indre-et-Loire, sur le repérage et la transmission d'une information préoccupante face à un enfant en danger ou en risque de danger.

Objectif principal : Élaborer un outil d'aide, destiné aux médecins généralistes d'Indre-et-Loire, sur le repérage des facteurs de vulnérabilités et la transmission d'une information préoccupante en pratique courante.

(➤ = Bonne réponse)

Votre identité :

1. Vous êtes : une femme un homme
2. Votre âge : ≤ 30 ans entre 30 et 50 ans ≥ 50 ans
3. Lieu d'exercice :
 - Rural (< 2000 habitants)
 - Semi-urbain (entre 2000 et 10 000 habitants)
 - Urbain (> 10 000 habitants)
4. Type d'exercice :
 - Maison de santé pluridisciplinaire
 - Cabinet médical de groupe
 - Cabinet médical individuel
5. Êtes-vous maître de stage universitaire ? oui non
6. Avez-vous déjà reçu une formation dans le domaine de la protection de l'enfance ?
 - oui, si oui de quel type :
 - non
7. Pourcentage de mineurs dans votre patientèle :
 - ≤ 15% entre 15 et 30% ≥ 30%

Généralités dans le domaine de la protection de l'enfance :

8. Quelles sont les différences entre un signalement et une information préoccupante (IP) ?
(Une ou plusieurs réponses possibles)
 - Aucune, seuls les termes ont changé.
 - Le signalement est destiné à la saisine des autorités judiciaires et l'IP à celle des autorités administratives.
 - Le signalement est réalisé en cas de danger grave et immédiat et l'IP en cas de danger ou risque de danger.
 - Je ne sais pas.
9. A quoi correspond une IP ?
(Une ou plusieurs réponses possibles)
 - C'est un certificat établissant la preuve d'une maltraitance.
 - C'est un écrit alertant le président du Conseil Départemental à travers la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) en cas de compromission des besoins fondamentaux d'un enfant.
 - C'est un écrit adressé au président du Conseil Départemental qui conduit au placement de l'enfant le temps de l'évaluation par les services sociaux.
 - C'est un écrit adressé au Procureur de la République permettant l'ouverture d'une enquête pénale.
 - Je ne sais pas à quoi correspond une IP.
10. Devez-vous informer la famille ou le représentant légal de la réalisation d'une IP ?
 - Oui dans tous les cas.
 - Oui, sauf si situation contraire à l'intérêt de l'enfant.
 - Non.
 - Je ne sais pas.

11. Selon vous, quelles peuvent être les suites données à une IP ?
(*Une ou plusieurs réponses possibles*)
- Caractériser ou non le danger par une évaluation des conditions de vie du mineur.
 - Déterminer la véracité des faits allégués.
 - Aboutir à la saisine de l'autorité judiciaire.
 - Déterminer les aides adaptées d'accompagnement social et/ou éducatif de prévention.
 - Instaurer un suivi PMI ou spécialisé.
 - Je ne sais pas.
12. La réalisation d'une IP peut-elle engager votre responsabilité civile, pénale ou disciplinaire ?
- Oui ➤ Non Je ne sais pas
- Votre pratique :**
13. Éprouvez-vous des difficultés au repérage des enfants « en danger » ou « en risque de danger » ?
- Oui Non Parfois
14. Lesquelles de ces propositions constituent des facteurs de vulnérabilités pouvant conduire à la réalisation d'une IP ?
(*Une ou plusieurs réponses possibles*)
- Exposition d'un mineur aux violences conjugales.
 - Suspicion d'attouchements sexuels.
 - Perturbation des stades de développement de l'enfant par manque de stimulation.
 - Conduites addictives parentales (alcool ...)
 - Constat de maltraitance physique.
 - Manque d'adhésion parentale aux soins du mineur.
 - Je ne sais pas distinguer les facteurs de vulnérabilités.
15. Avez-vous déjà été confronté à une situation ayant nécessité la réalisation d'une IP ou d'un signalement ?
- oui non
16. En cas de réponse positive à la question 15 : avez-vous transmis un écrit formalisé ?
- oui non
17. En cas de réponse positive à la question 16 : avez-vous rencontré des difficultés ?
- oui non
18. En cas de réponse positive à la question 17 : quels types de difficultés avez-vous rencontré ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)
- Rédaction propre de l'IP
 - Annonce de réalisation d'une IP à la famille
 - Difficultés pour envoyer l'IP
 - Manque d'interlocuteurs
 - Méconnaissance des conséquences d'une IP
 - Lourdeur administrative
 - Chronophage
 - Autre(s) :
19. En cas de situation à risque pour un mineur, quels sont vos interlocuteurs privilégiés ? (*Maximum 3 réponses*)
- L'Ordre des Médecins
 - L'hôpital (services des urgences et de pédiatrie)
 - La PMI (Protection Maternelle et Infantile)
 - Le Procureur de la République
 - La CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)
 - Le 119 « Allo Enfance en Danger »
 - La police / gendarmerie
 - Autre(s) :

Commentaires libres :

20. Quelles ont été ou quelles sont vos craintes à la réalisation d'une IP ?

(Une ou plusieurs réponses possibles)

- Dénonciation calomnieuse
- Erreur diagnostic
- Peur du conflit avec la famille
- Perte(s) de vu(s)
- Représailles
- Peur du placement systématique de l'enfant
- Peur des conséquences sur la dynamique familiale
- Peur des poursuites judiciaires
- Autre(s) :

Vos attentes :

21. Est-il important pour vous de faciliter les échanges entre le médecin généraliste et le médecin de PMI ?

- oui, par quel moyen :
- non

22. Souhaitez-vous que le département mette à disposition un formulaire type d'IP ?

- oui
- non

23. Une formation complémentaire sur le repérage et la transmission d'une IP vous serait-elle bénéfique ?

- oui, sous quelle forme :
- non

24. Ressentez-vous le besoin de disposer d'un outil d'aide sur QUAND et COMMENT faire une IP en pratique courante ?

- oui
- non

8.3 Commentaires libres

Pourquoi pas une thèse qualitative plutôt qu'avec QCA ?

En tous cas bon courage et tous mes vœux de réussite.

•

Je commence juste mon exercice après 10 ans d'humainisme et l'échec donc difficultés administratives depuis...

•

Je ne me suis absolument pas forcée ni au spectacle ni à la CAT et ces de suspicion de situation à risque purement factuel.

•

domaine complètement ignoré lors de notre formation

•

les difficultés avec des services sociaux souvent peu disponibles.
La réaction fréquente était l'hospitalisation avec un contact téléphonique par crainte de ne plus pouvoir aider des familles en difficultés qui se seraient reportées sur un autre praticien, retardant à nouveau la prise de conscience!

CONTY. En collaboration avec la PMI et la CRIP 37. EVEILLARD Clémence

au final. manque de formations
manque d'information
sur la situation actuelle et les
moyens actuels.

IP = constitution d'un
formulaire ce qui dématérialise
- l'acte ?
↳ avec envoi direct
à la PMI de CRIP

Je n'y connais rien
mais j'ai envie d'en
savoir + !!

Medecin coordonnateur d'un micro
crèche j'ai été confronté à
un questionnement de l'équipe
concernant une constatation étrange
de l'équipe lors d'un check.

Les faits datent de plus de 15 jours
j'en ai pas donné suite mais
cela m'a bcp questionné et
montre mes lacunes concernant
la conduite à tenir en ces de
fait probables.

Très bon sujet
de thèse
Bon courage !



très mal informé sur ce
sujet ; très peu connue
concernant en 25
ans d'exercice de la
MG.

Sujet de thèse très utile et note
pratique

bon courage.

- sujet intéressant.

- médecins pédiatres
non formés.

d'où sous diagnostic
parfois peut être.

- réamiter du réseau
⊕.

La principale difficulté est de
trouver un interlocuteur vers
qui se tourner en cas de besoin -
lorsque j'ai fait une formation
dans le (45), une cellule dédiée
s'est mise en place à l'hôpital.
Nous n'avons pas d'équivalent
à ma connaissance dans le (37).
C'est le médecin légiste qui
fait les examens, psychologues?

Bonne Thèse !!

mentaires libres :

Ce qui est désolant c'est qu'il n'y a aucun retour après les démarches de si également. Donc impossible de savoir si nous nous sommes plantés ou non dans l'appréciation du risque - je suis obligée "d'enquêter" moi-même au sein des familles
L'aidant = 0

Item 23 et 24
reponses négatives si
22 est mis en place

Le médecin généraliste vit son
métier dans une très grande
solitude. Les charges médicales
et administratives sont un fardeau
très lourd et il y a de quoi se
perdre dans les méandres de
toutes ces commissions qui ont
émergé depuis pas mal
d'années (personne âgées,
mixité sociale, enfance...
multiculturel...)

Ces quelques années
tous les contacts des services
sociaux et médicaux seraient
très utiles. (et juridiques)

réflexion après 42 ans
d'exercice médical le Général
Mercele

Cordialement

et bienvenue dans notre
coprojection ^{de} médecine en
un métier formidable

boration av... 0110... 37. EMBILLARD Cl...
0110... 37. EMBILLARD Cl...

Bon courage pour
ton travail.
C'est un sujet
intéressant.

Thèse trait à propos !

La question se pose
régulièrement de médecine
généraliste et elle pose toujours
problème.

Les coordonnées de la CRIP
n'ont pas été assez diffusées
et ne sont pas bien connues

La peur de signaler par
excès reste présente et pourtant
il ne faut pas négliger les cas
de maltraitance réels.

•

Sujet à donner
lors des journées
de septembre au CHU.

•

merci pour votre Sujet
très utile dans notre
pratique.

Situations trouvées
exceptionnelles mais
toujours difficiles
pour nous.

•

Très bon sujet de thèse !
Bravo !
Bon courage -

voilà votre sujet m'a
intéressé sur mon
ignorance. J'ai
rempli en profane
mais maintenant
je sais, car j'ai
cherché sur
internet !

Sur les questions 22 et 24
je réponds NON, tellement chaque
fois c'est différent, et nuancé et
que ce n'est forcément de
la malveillance, mais de
l'ignorance et que le lien
de confiance avec le médecin
peut pallier à certaines conduites
qui sont plutôt de l'ordre
de la négligence.

Le placement de l'enfant peut
être vu de façon
dramatique par l'enfant et
la famille. parce qu'il y a
des liens d'amour et
peut-être faite de la négligence

Je ne sais pas comment ni par
passer s'est de maltraitance
devoir des enfants ayant des
douleurs récurrents par exemple

Questions parfois gênantes
car on dirait une interro
écrite...

Et question 24 = réponse
(quasi) évidente.

maltraitance = tel ridicule
à Crocheville pour
pilon santé en Ugenne
se passe en place IP

Sujet pas intéressant!
vous sommes parfois démunis

- très intéressée
- souci de plus en plus fréquent dans nos consultations
- freinée par la chronophage et difficulté à trouver les bons interlocuteurs.

- questionnaire qui aurait sans doute bénéficié grandement d'un travail qualitatif en amont afin de mieux cerner les réels enjeux en médecine générale et évaluer ainsi des questions hémétroques ~~ou~~ (comment ne pas reprocher oui à la question 21? question 20 seule la crainte est envisagée?) ou absconse (desir du gynécologue par ailleurs l'appât de l'information rapide pour l'internaute ou le patient a-t-il un intérêt n'est pas envisagé

le Dr CONTY. En collaboration avec le Dr M. et le Dr P. de la LLB. Clémence

- difficile de faire le pont entre
la volonté sociale/politique de
conseil et de fonctionnement de
chaque famille.

- la question ne se pose pas en cas
de troubles graves mais souvent
me par la famille et l'entourage.

la NDA de TOURS (via la NDA
de Lods maintenant) propose
à travers le séminaire
Ado ce type de formation -
je vais le transmettre
le Nail

Aucune formation initiale
dans ce domaine
et peu de FMC à
ma connaissance.

Thèse intéressante dans le fait de proposer des outils et de mettre à jour nos lacunes dans le domaine.
Bonne continuation!

→ Il s'agit notamment

d'avoir une ligne dédiée

ou un numéro, un N° d'Appel

pour le Malade qui

seul peut faire le signalement

en Urgence ou J'identifie un

Retrait de l'urgence JL

é par le Dr CONTY - En collaboration avec la PM et la CRIP 37. EVELLARD Clémentine

8.4 Autorisation – mail du 11/06/2020 de la Direction de la recherche du CHRU Tours (coordinatrice de la cellule des « Recherches Non Interventionnelles »)

Bonjour,

Dans la mesure où votre questionnaire est complètement anonyme et qu'il ne collecte aucune donnée permettant de remonter à l'identité des médecins et si vous détenez une liste de correspondance entre la numérotation des questionnaires et l'identité des participants, vous vous engagez bien à détruire cette liste en fin de recherche, la déclaration CNIL n'est pas nécessaire.

Vous avez bien informé les participants de votre recherche.

Vous n'avez donc pas d'autres démarches réglementaires à initier.

Bien cordialement

Dr Sophie Guyétant

Coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles"

Direction de la recherche

CHRU de Tours

2 boulevard Tonnellé 37044 TOURS cedex 09

Tél : 02 34 37 89 27

Fax : 02 47 47 82 04

REPÉRER,
AGIR ET
PROTÉGER !

LA CELLULE DE RECUEIL
DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

MODE D'EMPLOI
À l'attention des médecins

www.touraine.fr

TOURAINÉ 
LE DÉPARTEMENT

VOUS êtes un PARTENAIRE CLÉ dans le REPÉRAGE et la PRÉVENTION

VOUS êtes confronté, en tant que **MÉDECIN** à des :

- › atteintes physiques graves et/ou urgentes
- › révélations, directes ou indirectes, d'agression sexuelle

CERTITUDE D'UN DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT



EN PRATIQUE

SIGNALEMENT = PROTÉGER LE MINEUR

SITUATION D'EXTREME GRAVITÉ

Urgence Vitale ou Danger Grave et Immédiat



Périm, enfant victime de faits qualifiables pénalement (violences graves, atteintes sexuelles).

Mise à l'abri si nécessaire - **HOSPITALISATION**
Contacter les Urgences Pédiatriques et selon la situation le 15 ou le 17



Rédaction et Transmission - **SIGNALEMENT**

- Rédiger un **signalement** (site CNOM ou HAS – maltraitance chez l'enfant)
- L'adresser par **mail** au **Procureur de la République**.
- Envoyer un **double** à la CRIP 37 et le conserver dans le dossier médical.



Procureur de la République - Tribunal Judiciaire

L'important est de partager l'information.

A tout moment, un lien peut être fait entre les **autorités judiciaires et administratives**.

VOUS êtes confronté aux signes d'alertes suivants :

La prise en compte de ces **facteurs de vulnérabilités** ne repose pas sur des signes isolés mais sur **l'aspect répétitif et/ou cumulatif**.

Chez l'enfant :

- **Signes physiques** : traces suspectes (brûlures, ecchymoses...), plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdomino-pelviennes, céphalées, malaises...), asthénie, pâleur, cassure staturo-pondérale, troubles du développement psychomoteur.
- **Signes de souffrance - modification du comportement** : inhibition ou agressivité, anxiété, humeur triste, conduites à risques, troubles alimentaires, troubles du sommeil, difficultés scolaires, troubles de l'attention, atteinte de l'estime de soi.
- **Négligences** : défaut ou refus de soin (retard vaccinal important, nomadisme médical...), attitude d'hyper recours aux soins, hygiène inadaptée.

Dans son environnement :

- **Facteurs de risque familiaux** : fragilité du lien précoce à l'enfant (déli grossesse, enfant non désiré, prématurité...), handicap psychique ou mental, conduites addictives, antécédents de violences subies d'un ou des adultes ayant la prise en charge du mineur.
- **Conditions d'éducation** : absentéisme scolaire, carences éducatives, désinvestissement parental, maltraitance psychologique (humiliations, insultes, punitions excessives...).
- **Contexte de vie** : témoin de violences conjugales ou familiales, instabilité lieux de vie, défaut de surveillance.

SUSPICION D'UN DANGER OU RISQUE DE DANGER

► NE RESTEZ PAS SEUL FACE A VOS INQUIETUDES !

Restez attentif à la parole de l'enfant.

- Une situation vous interroge, échangez avec les parents.
Contactez la CRIP pour avis et conseil.

EN PRATIQUE

INFORMATION PRÉOCCUPANTE (IP) = ÉVALUER ET AIDER

SITUATION PRÉOCCUPANTE - Mineur « en danger » ou « en risque de danger »

Rédaction et Transmission

INFORMATION PRÉOCCUPANTE

- Remplir le **formulaire type d'IP** joint au guide
- Adresser l'IP par **mail** à la **CRIP 37**.
- Garder un double dans le dossier médical.
- **Inform**er le(s) parent(s) ou le représentant légal de la réalisation de l'IP **sauf** si situation contraire à l'intérêt de l'enfant : « *Je suis inquiet(e) pour vous et votre enfant. Je vais adresser un écrit au Conseil départemental pour que des professionnels puissent faire le point avec vous, afin de trouver ensemble des solutions pour vous soutenir.* »

CRIP 37

Conseil Départemental d'Indre-et-Loire

Classement sans suite

Qualification en IP

Signalement

ÉVALUATION pluridisciplinaire (Durée : 3 mois)

La **CRIP** vous informera des suites données :

- Classement sans suite ;
- Mise à disposition des services ;
- Accompagnement médico-social ;
- Accompagnement éducatif, soutien à la parentalité ;
- Signalement.



Ce que dit la LOI

Protéger un enfant est un **acte médical**. « 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**)

Le médecin **n'a pas à apporter la preuve** de la maltraitance.

« *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne (...) est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur (...), il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.* » (**art R.4127-44 du CSP**)

« Le **médecin** qui porte à la connaissance du Procureur de la République ou à la cellule de recueil (...) **ne peut engager sa responsabilité** civile, pénale ou disciplinaire. » (**art. 226-14 du CP**)

« Les personnes soumises au **secret professionnel** qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance (...) ou qui lui apportent leur concours **sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret.** » (**art. L226-2-2 du CASF**)

CONTACTS

CRIP 37 - Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes / Conseil départemental d'Indre-et-Loire
 Courrier : Place de la préfecture, 37000 TOURS
 Mail : crip37@departement-touraine.fr
 Tél. : 02 47 31 43 30 (du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h)

Procureur de la République
 Tribunal Judiciaire
 Tél. : 02 34 37 48 00
 Mail : ttrmineurs.t-tours@justice.fr

CHRU TOURS - Hôpital CLOCHEVILLE /
 Médecin référent Dr Urvois-Grange
 Urgences Pédiatriques
 Tél. : 02 47 47 47 66

IML - Médecin légiste de permanence
 Tél. : 02 47 47 75 55

CDOM 37 - Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
 Courrier : 11 rue de Constantine 37000 TOURS
 Tél. : 02 47 61 25 12
 Mail : indre-et-loire@37.medecin.fr

SNATED - Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
 Tél. : 119 (gratuit, 24h/24, 7j/7)



Maisons Départementales de la Solidarité (contacts PMI, Aide Sociale à l'Enfance et Action Sociale)

Tours Monconseil
 02 47 42 67 68

Tours Mame
 02 47 37 74 24

Loches
 02 47 59 07 03

Chinon
 02 47 93 14 35

Amboise
 02 47 30 48 48

Joué/Saint-Pierre
 02 47 73 37 37

**Conseil départemental d'Indre-et-Loire
Direction de la Prévention et de la Protection
de l'Enfant et de la Famille**

CRIP 37

Place de la Préfecture - 37927 Tours Cedex
Tél : 02 47 31 43 30
E-mail : crip37@departement-touraine.fr

TOURAINE 
LE DÉPARTEMENT



Document réalisé en partenariat et dans le cadre de la thèse de médecine générale de Clémence EVEILLARD

Concepteur graphique :  Impression 37 - 41000 Le Mans - 02 43 21 11 14

8.6 Fiche de recueil d'éléments d'inquiétudes, de danger ou de risque de danger concernant un enfant



FICHE DE RECUEIL D'ÉLÉMENTS D'INQUIÉTUDES, DE DANGER OU DE RISQUE DE DANGER CONCERNANT UN ENFANT

Document à adresser par voie postale à :
CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES (CRIP 37)
 Conseil Départemental d'Indre-et-Loire
 Place de la Préfecture 37000 TOURS
 Tél : 02 47 31 43 30
 Ou par courriel : crip37@departement-touraine.fr

RECUEIL DES PREMIERS ÉLÉMENTS

Date du recueil : Date.

Heure :

Lieu du recueil :

Mode de recueil : entretien physique entretien téléphonique autre :

IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE

Mineur(s) concerné(s)			Détenteurs de l'autorité parentale			
NOM Prénom	Date de Naissance Sexe	Scolarité ou Activité de jour	Qualité (parent 1, parent 2, tuteur)	NOM Prénom Date de naissance	Adresse Téléphone	Domiciliation de l'enfant (oui/ non)
Autre(s) enfant(s) présents au domicile			Détenteurs de l'autorité parentale (si différent du mineur concerné)			

La famille a-t-elle fait l'objet d'un accompagnement ou d'une mesure en protection de l'enfance ?

Oui Non

- Si oui, de quel type :

ATTENTION : Ce document, pour être transmis, ne nécessite pas que tous les items soient renseignés. Il est possible d'y annexer des écrits (exemple : certificat médical et/ou photos, note complémentaire...)

1

LES ELEMENTS PREOCCUPANTS

Décrire, dater et contextualiser les faits, les comportements observés et les propos tenus
(*retranscription des éléments tels qu'évoqués sans interprétation en les citant entre guillemets*) :

Ces faits ont-ils été vus par la personne communiquant les éléments ? Oui Non

- A quelle date ?
- Sinon, par qui ?

Ces faits ont-ils été entendus par la personne communiquant les éléments ? Oui Non

- A quelle date ?
- Sinon, par qui ?

Ces faits ont-ils un caractère répétitif ? Oui Non

- Si oui, pourquoi transmettez-vous plus ce jour que les fois précédentes ?

- S'il existe un délai entre les faits et la rédaction de cette fiche de recueil, quel en est le motif ?

ATTENTION : Ce document, pour être transmis, ne nécessite pas que tous les items soient renseignés. Il est possible d'y annexer des écrits (exemple : certificat médical et/ou photos, note complémentaire...)

2

CARACTERISATION DES ELEMENTS D'INQUIETUDE

L'**information préoccupante** (IP) alerte sur la situation d'un mineur :

- Pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité soient en danger ou en risque de danger ;
- Ou quand les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

Synthèse du (des) type(s) de danger ou de risque de danger :

→ *Cases à cocher (plusieurs choix possibles) selon les critères retenus par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance.*

Santé (*croissance, poids, hygiène de vie, retard de développement, troubles du comportement, du sommeil, de l'appétit, santé psychologique du mineur...*)

Moralité (*marginalisation sociale, appartenance sectaire, propos sexualisés, exposition à la pornographie, actes de délinquance non blâmés, conduites addictives, instrumentalisation de l'enfant ...*)

Négligences lourdes (*carences qui ne permettent pas de subvenir au développement et au bien-être de l'enfant dans le(s) domaine(s) suivant(s) : santé, nutrition, éducation, sécurité, développement cognitif /affectif / social...*)

Violences physiques **

Violences conjugales

Violences sexuelles **

Sécurité (*défaut de surveillance et de protection, environnement non sécurisé, instabilité du lieu de vie...*)

Conditions d'éducation (*conceptions éducatives trop rigides ou désinvestissement parental, absence de stimulation, défaut de socialisation et d'accès à l'autonomie, carences éducatives, mise en échec d'une scolarisation régulière...*)

Mise en danger du mineur par lui-même (*consommation abusive de psychotropes, tendances suicidaires, automutilation, fugue, prostitution, conduites à risque...*)

Violences psychologiques (*propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants, forme de rejet ou traitement hostile, atteinte à l'estime de soi...*)

Violences intrafamiliales

Éléments complémentaires à apporter sur la situation :

ATTENTION : Ce document, pour être transmis, ne nécessite pas que tous les items soient renseignés. Il est possible d'y annexer des écrits (exemple : certificat médical et/ou photos, note complémentaire...)

**** en cas de péril, enfant victime de faits qualifiables pénalement (ex : violences graves, atteintes sexuelles) :**

- Pour les agents du CD 37 : adresser cet écrit à la CRIP 37 par mail, en mentionnant « urgent » dans l'objet et appeler immédiatement le 02 47 31 43 30 pour accompagner cet envoi. La CRIP 37 a pour mission d'assurer la transmission au Tribunal judiciaire selon le contenu de votre alerte et les recherches complémentaires menées par l'équipe.

- Pour les partenaires (hors agents du Conseil départemental) : adresser directement un signalement au Tribunal Judiciaire : ttrmineurs.tj-tours@justice.fr et mettre la CRIP 37 en copie de ce mail. En fonction du danger, vous devez contacter le 15 ou le 17.

ATTENTION :

- Le destinataire de l'IP est en principe la CRIP.

- Par exception, en raison de la gravité de la situation (L 226-4 CASF), le destinataire peut être le parquet avec copie à la CRIP. Ce cas vise 2 hypothèses :

- Le professionnel estime qu'il y a un danger grave et urgent justifiant un placement sur-le-champ du mineur (c.a.d. une OPP)

- Une dénonciation d'infraction au préjudice d'un mineur

- Le rédacteur du signalement doit avoir conscience qu'il peut déclencher une enquête de police ou de gendarmerie et/ou un placement immédiat du mineur. Il doit donc délivrer des informations compréhensibles et fiables.

- Il faut éviter, dans toute la mesure du possible, d'envoyer le signalement au parquet le vendredi. Un envoi inutilement tardif en fin de semaine compromet une protection optimale du mineur et l'efficacité de l'enquête pénale. Il est préférable, dans toute la mesure du possible, de l'adresser avant le vendredi.

- S'il y a nécessité d'envoyer un signalement un samedi, un dimanche ou un jour férié, précéder l'envoi d'un appel sur la ligne téléphonique de la permanence du parquet pour en avvertir le magistrat de permanence. Pour préserver l'efficacité du fonctionnement téléphonique du parquet, il est capital que cette ligne ne soit pas utilisée à d'autres fins. Pour les mêmes raisons, elle ne doit absolument pas être divulguée.

Pour toutes question(s), demande de renseignement(s), vous pouvez contacter la CRIP.

Tel : 02 47 31 43 30.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT COMMUNIQUE LES ELEMENTS

Nom :

Prénom :

Service / organisme :

Adresse complète :

Téléphone :

Courriel :

Demande d'anonymat vis-à-vis de la famille :

Oui

Non

NB : la demande d'anonymat ne concerne pas les professionnels qui ont l'obligation de transmettre les éléments aux autorités compétentes.

La personne ayant communiqué les éléments accepte-t-elle d'être recontactée par un professionnel du Conseil départemental ? Oui Non

ATTENTION : Ce document, pour être transmis, ne nécessite pas que tous les items soient renseignés. Il est possible d'y annexer des écrits (exemple : certificat médical et/ou photos, note complémentaire...)

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI TRANSMET CETTE FICHE A LA CRIP

Si idem, cocher ici :

Nom :

Prénom :

Service / organisme / fonction :

Adresse complète :

Téléphone :

Courriel :

Avez-vous déjà alerté sur cette situation ? Oui Non

- A qui ?
- A quelle date ?
- Pour quel(s) fait(s) ?

Les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ainsi que celles qui lui apportent leur concours (partenaires institutionnels, autorité judiciaire, services publics, établissements éducatifs publics et privés...) ont l'obligation, sauf intérêt contraire de l'enfant, d'informer préalablement, selon des modalités adaptées, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur de la transmission d'une information préoccupante. (L'article L. 226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Avez-vous informé la famille de votre démarche ? Oui Non

- Si oui, qui ?
- Si non, quel en est le motif ?

Date d'envoi à la CRIP : Date.

ATTENTION : Ce document, pour être transmis, ne nécessite pas que tous les items soient renseignés. Il est possible d'y annexer des écrits (exemple : certificat médical et/ou photos, note complémentaire...)

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping initial letter followed by several smaller, connected letters.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Eveillard Clémence

97 pages – 33 tableaux – 1 figure – 2 graphiques

Résumé :

Introduction : La maltraitance infantile est un problème de santé publique majeur. La proportion d'informations préoccupantes (IP) provenant du secteur médical n'excède pas les 5%. Quels sont les freins et les leviers au repérage et à la transmission d'une IP ? **Méthode :** Étude épidémiologique, observationnelle, descriptive et transversale menée auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. Il s'agissait d'évaluer les connaissances, les pratiques et les attentes des médecins sur le repérage et la transmission d'une IP. **Résultats :** Sur 196 questionnaires recueillis, nous avons obtenu un échantillon représentatif à 170 médecins généralistes après redressement. 46,5% (IC95 [38,8 ;54,2]) des médecins ne savaient pas différencier l'IP du signalement, d'un point de vue de la saisine des autorités compétentes et/ou du type de danger. Lors du repérage d'un enfant « en danger » ou « en risque de danger », 71,2% (IC95 [63,5 ;78,9]) des médecins cochaient des éléments de danger grave et immédiat. La connaissance des dispositifs de protection de l'enfance améliorait la caractérisation du danger et l'identification des facteurs de vulnérabilités d'une IP ($p=0,0068$ - OR à 9,1 (IC95 [2,1 ;39,8])). L'erreur diagnostic représentait la principale crainte à 24,9% (IC95 [19,8 ;30]). Les difficultés rencontrées par les médecins ayant transmis un écrit étaient le manque d'interlocuteurs et l'aspect chronophage (à 18,4% (IC95 [6,9 ;29,9])). Les médecins exprimaient le besoin de formation, le bénéfice d'une aide en pratique courante et d'un travail en réseau. **Conclusion :** Un outil d'aide et une fiche type de recueil d'IP ont été créés et transmis à l'ensemble des médecins du département. Le déploiement de formations s'inscrivant dans le cadre de la formation médicale continue mériterait d'être davantage proposé.

Mots clés : enfance en danger ; maltraitance infantile ; information préoccupante ; médecins généralistes

Jury :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Directeur de thèse : Docteur Odile CONTY-HENRION

Membres du Jury : Professeur François LABARTHE

Professeur Denis ORIOT

Docteur Fabienne BRANDINI

Docteur Annie URVOIS-GRANGE

Date de soutenance : 22 juin 2021