

Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres : étude a partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants

Laura Desmond

▶ **To cite this version:**

Laura Desmond. Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres : étude a partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01398105

HAL Id: dumas-01398105

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398105

Submitted on 16 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 Thèse n° 3072

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 septembre 2016 par

Laura DESMOND

Née le 18 avril 1988 à Bordeaux (33)

ENFANCE EN DANGER : LES FREINS AUX SIGNALEMENTS ET AUX INFORMATIONS PREOCCUPANTES CHEZ LES PSYCHIATRES.

ETUDE A PARTIR D'UN ECHANTILLON DE PSYCHIATRES EN AQUITAINE, ACCUEILLANT DES ENFANTS.

Directeur de thèse

Madame le Docteur Adeline KOMPE-TCHAMGOUE

Jury

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Président
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, Juge et Rapporteur
Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge
Madame le Docteur Clémentine RAMANOËL, Juge
Monsieur le Docteur Pascal PILLET, Juge

REMERCIEMENTS

Au rapporteur de thèse et membre du jury,

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Pédopsychiatre,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier.

C'est un réel honneur que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ce travail. J'ai eu la chance de travailler un semestre en pédopsychiatrie dans votre pôle et d'apprécier vos qualités professionnelles lors des temps privilégiés que vous réservez aux internes. Je vous suis très reconnaissante de la confiance que vous m'avez témoignée en m'accueillant à Poitiers et voudrais vous faire part de ma profonde gratitude et de mon respect.

A mon directeur de thèse et membre du jury,

Madame le Docteur Adeline TCHAMGOUE
Pédopsychiatre,
Praticien Hospitalier.

Merci de m'avoir soutenue dans le choix de ce sujet de thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vos conseils et votre disponibilité m'ont été précieux afin de mener à bien ce travail. Je vous remercie également pour votre bienveillance à mon égard. J'espère que ce travail vous apportera satisfaction. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Cédric GALERA
Pédopsychiatre,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement lors de vos riches intervenions tout au long de mon internat. Que ce travail soit le témoignage de ma plus sincère reconnaissance.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Marie TOURNIER
Psychiatre,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier.

Je vous remercie d'avoir bien voulu juger ce travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler avec vous mais j'ai pu profiter de votre expérience lors d'une garde au SECOP où vous avez été très étayante et où vos conseils ont été enrichissants. Votre enseignement pendant mon internat a également été très bénéfique. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Clémentine RAMANOËL
Pédopsychiatre,
Praticien Hospitalier.

Je suis très touchée de te compter parmi les membres de ce jury. J'ai beaucoup appris à tes côtés et notamment à travers ton intérêt pour la protection de l'enfance. Ta présence aujourd'hui était alors pour moi évidente. Lors de consultations durant lesquelles je t'ai accompagnée, j'ai eu la chance d'apprécier ta bienveillance, ton sens humain et clinique qui resteront un exemple. Je tiens à t'exprimer ma profonde reconnaissance et de mon admiration.

Monsieur le Docteur Pascal PILLET
Pédiatre,
Praticien Hospitalier.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie du jury. Vos qualités de pédiatres étaient pour moi essentielles pour juger ce travail. Je n'ai pas eu la chance de travailler avec vous mais j'ai pu bénéficier de votre enseignement lors de votre intervention dans le Diplôme Universitaire de Prise en charge des Victimes. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respect.

A ma famille,

A mes parents, que je n'ai pas fini d'embêter avec mes déménagements, qui sont toujours là même quand ils ne sont pas là. Merci de m'avoir supporté pendant toutes ces années et de m'avoir permis d'arriver jusqu'à ce jour. Merci pour votre soutien, votre écoute, vos conseils, vos remarques, votre éducation sans quoi je ne serais pas qui je suis aujourd'hui. Merci de me remettre sur le droit chemin quand je ne sais plus où aller. Merci à ma mère, qui m'est indispensable pour avancer et toujours disponible lorsque j'ai besoin de parler, de râler, de pleurer. Merci à mon père qui m'a donné le goût du tennis, de la musique mais qui n'a pas réussi avec la lecture enfin presque pas car je finis quand même dans une spécialité plutôt littéraire !

A mes sœurs, pour nos fous rire, nos disputes, nos têtes bêches, nos coups de fil, nos private joke. A toi Caro, merci de me prêter ton pyjama plutôt « pas mal !» quand je viens à Artigues, d'avoir tenu au moins 10 minutes au tennis contre moi (!!), de m'avoir fait découvrir les quiches parfaites, mais surtout de supporter ma taquinerie ! Merci pour ton expression et ta discrétion qui te caractérisent tant mais aussi pour ton rire et ton sourire toujours éclatant. Sache qu'Evelyne sera toujours fière de toi. A toi Léa, merci de me montrer chaque jour ce que c'est d'être mère, je serai prête comme ça ! Merci pour ton écoute 24h/24 7j/7, ton accueil toujours chaleureux dans les Landes, pour tous les Coca Zéro du frigo et pour la place que tu nous fais auprès de Jules & Chloé. Je vous embrasse…

A mes Twins, Jules & Chloé, les inséparables, les pleins de vie, les Duracell, les non pas 1+1=2 mais 1+1=12 ou plus !!! Je ne sais pas où vous trouvez toute cette énergie que vous nous faites partager ! Merci de m'avoir fait découvrir le rôle de tata que je prendrai à cœur toute ma vie. Merci pour vos sourires, vos câlins calinouchette qui nous permettent d'oublier tout le reste. A Florian sans qui tout ça n'aurait pas été possible.

A mes grands parents. A Ma qui s'est toujours occupée de nous trois, qui m'a montré ce qu'était un grand chef à travers ses inimitables pâtes gratinées, qui nous a toujours rappelé ce qu'était un vrai tiramisù, merci pour ton amour. A Mamie, ma confidente, la meilleure gratteuse de dos, celle qui éveille les papilles comme personne, merci de toujours répondre à mes appels en disant à chaque fois que je ne te dérange pas. A Papy, merci de nous gâter autant quand on se voit, merci pour ta discrétion qui fait aussi ton charme, pour ton regard perçant qui dit tout ce que tu n'arrives pas à dire. A papy Maurice que j'aurais aimé rencontrer.

A mon parrain chéri Fabio, pour tout l'amour que tu m'apportes. Je te souhaite tout le bonheur mérité. A mon oncle adoré Enzo et à Emmanuelle. Merci d'être deux merveilleuses personnes chez qui l'on se sent toujours bien, voire trop et après pour repartir ce n'est pas facile !! A Célia, ma cousine avec qui j'ai partagé et je partagerai encore beaucoup, à Arno, mon groun qui après avoir passé des années à demander aux autres ce qu'ils faisaient a fini par nous montrer ce que lui savait faire, à Loris qui a grandi trop vite laissant de côté son inimitable coupe au bol et à Auré, s'il n'avait pas existé il aurait fallu l'inventer car je n'aurais eu personne à regarder si profondément dans les yeux ! A Marion, ma vraie fausse, bref ma chouette cousine et ses frérots !
A toute ma famille de Soulignac (à Hugo qui m'a appris comment rapper, à Cathy pour notre complicité irremplaçable), Bordeaux, Artigues, Nice, Paris, Barcelone, Madrid,

Bruxelles (Vianna qui m'accompagne et avance avec moi depuis mes 5 mois !), Dakar (Vanessa, ma grande cousine adorée), du Pays Basque, qui se reconnaitront. Merci pour votre accueil et pour tous les bons moments passés ensemble. Que ça dure encore des années. A Renato qui surveille tout ce petit monde de là-haut.

A mes beaux parents Florence et Luc, qui continuent à si bien m'accueillir comme ils l'ont fait le premier jour. A Marc qui entretient gentiment mes abdos lors de ses one man show ! Mais aussi Coco, Régine, Jocelyne, Maxou et toute la famille Mazé. Il me tarde de partager encore plus de choses avec vous.

A mes amis,

A Lucile, merci d'être là tout le temps, de me connaître si bien, de m'avoir confié le rôle de témoin, de m'avoir accompagné la dernière année des études. Je nous souhaite encore plein d'heures de tennis, de squat à la piscine des parents, de we entre filles et de côtes de bœuf avec Armand ! Vous êtes les bienvenus dans le sud dès que possible !

A Marine, à qui je dois ma rencontre avec Jean, merci miss ! Je nous souhaite encore plus de concerts, de backstage, d'escapades marocaines ou françaises (Cabourg et Megève n'ont pas fini d'entendre parler de nous !), de vacances entre filles ! Je vous attends dans le sud avec Gautier autour d'un bon brunch bulots, crevettes, pinces de crabes !

A Aude, il n'y en a qu'une pareille et c'est mon amie ! Merci pour ta spontanéité, ton rire, tes conseils fashion lors de nos tournées shopping, ton courage qui t'a permis d'être la première maman du groupe ! Merci à Antoine de m'avoir fait découvrir la saga Star Wars, j'ai déjà oublié le nom des personnages mais promis, je vais travailler tout ça maintenant j'ai le temps (Jar Jar Binks ton préféré c'est ça ?).

A Ana, avec qui je pourrais discuter des heures et des heures de tout mais aussi de rien ! Merci de m'accompagner depuis tant d'années, d'avoir partagé les moments les plus fous de ma vie (oui je parle bien de nos séances photos…). Vous allez maintenant devoir prolonger vos séjours landais/basques avec Florian pour venir me voir, pas le choix !

A Florence, Anne so, Justine mes amies de longue date. Je suis tellement heureuse de vous avoir encore à mes côtés et ce n'est pas fini !

A Alexis et Mathieu, avec qui je veux encore voyager, rire, danser ! On ne se voit jamais assez mais à chaque fois ce n'est que du plaisir ! Mars 2017 destination Agadir ? Casa ? Marrakech ?

A Anne et Quentin, à l'heure où j'écris nous attendons le mariage et à l'heure où vous lirez cela nous aurons, je n'en doute pas, passé un weekend inoubliable !

Merci à toute l'équipe de Bordelais, de m'avoir fait partager tous ses inoubliables moments (que je garde précieusement en photos !) : Michon, Gab, Dadou, Doubi, Jean-Seb, Xavier, Valentin, Hugues, Inès, Valérie, Véro, Chachou mais aussi la team Summer, Emilie, Peggy, Seb, Laura, Pauline & Hugo. Je nous souhaite encore plein de congrès ensemble, il y a encore trop de thématiques qui n'ont pas été abordées !

Aux « Palois » qui ont surement influencé grandement mon choix de les rejoindre en psychiatrie. Vous avez été mes colocataires, serez mes confrères mais êtes surtout des amis : Kevin & Haldol, un duo pour le moins improbable mais qui n'aurait pas pu ne pas exister, Dimitri, grâce à qui j'ai ajouté le langage Jean-Michel dans ma vie, Elsa et ses 30 millions d'amis, enfin de chats (!!) et Audrey, professeur de danse et accessoirement psychiatre.

A mes cointernes : Etienne qui a eu la dure tâche de me supporter pendant deux semestres, me regarder manger japonais, merci pour tout ces midis à Carrefour city et pour ton thé senteur crevette que je n'aurais jamais osé gouter !, Marina rayonnante du matin au soir, quel est ton secret ??, la très dévoué Olivia. Et à tous les internes avec qui j'ai échangé pendant 4 ans, Morgane, Marion, Alban, Hugo, Clarissa, Antoine A, Xavier, Nicolas T, Nicolas D, Lucie, Camille, Marie, & Elodie.

Aux poitevins (les vrais, les faux, moi-même j'en fais partie !) : Arnaud & Anne, Alex & Carine, Yannick & Cassandre, Hadrien, Jool. Le mölkky c'est la vie, le GS aussi.

A la nouvelle génération 4 pattes, Augustine, Merlin, Merlin 2, Arthur et ce n'est que le début !

Aux équipes,

Du SUHEA et notamment les incroyables Valérie et Marine qui m'ont été indispensables pour lancer et finir ce travail ! Merci à toute l'équipe infirmière (ma préférée de toutes !), médicale, paramédicale qui a confirmé mon goût pour la pédopsychiatrie.

De la Coccinelle, pour leur soutien pendant la finalisation de ce travail, et qui m'aide à me préparer pour la suite !

Et toutes celles qui m'ont accompagné tout au long de mon internat, à Bordeaux, Pau, Bayonne, Libourne, Poitiers. Merci de m'avoir fait découvrir « du pays » !

A tous les psychiatres qui ont gentiment accepté de m'accorder un temps précieux et indispensable pour me permettre de réaliser ce travail. A l'équipe de l'USAA, pour leur aide dans mes recherches.

A Jean,

Quel est le comble pour un psychiatre ? De ne pas arriver à dire les choses… Promis, je vais tout faire pour apprendre. Merci d'être là pour moi, merci de m'avoir fait découvrir ce qu'était vraiment l'amour, merci pour ta bonne humeur quotidienne. Je nous souhaite encore plein de voyages, de projets, de séries, de films d'action avec des pistolets, de rire, de burrata, de nuts, de parties de tennis apaisantes. Le plus dur est presque fait, bientôt plus rien ne pourra nous séparer, mais attention, ne nous précipitons pas !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **2**

TABLES DES MATIERES **7**

LISTE DES ABREVIATIONS **10**

LISTE DES ANNEXES **11**

INTRODUCTION **12**

PARTIE 1 : GENERALITES **14**

1. LA PROTECTION DE L'ENFANCE **14**

2. MALTRAITANCE ET ENFANT EN DANGER OU EN RISQUE DE L'ÊTRE **15**
2.1. Généralités 15
2.2. Définitions 15
2.3. Différents types de maltraitance 16
2.3.1. Les violences physiques 16
2.3.2. Le Syndrome de Silverman 17
2.3.3. Le Syndrome du bébé secoué 17
2.3.4. Les maltraitances mortelles 18
2.3.5. Le Trouble factice imposé à autrui 18
2.3.6. Les violences psychologiques 19
2.3.7. Les témoins de violences conjugales 20
2.3.8. La négligence 20
2.3.8.1. La négligence physique 21
2.3.8.2. La négligence émotionnelle 21
2.3.8.3. La négligence de l'éducation 22
2.3.9. Les violences sexuelles 22
2.3.9.1. Définition 22
2.3.9.2. Différentes atteintes sexuelles 23
2.3.9.3. L'inceste 23
2.4. Les facteurs de risque 24
2.4.1. Facteurs de risque liés aux parents 24
2.4.2. Facteurs de risque liés aux enfants 25

3. LA LEGISLATION **26**
3.1. Une obligation de signaler 26
3.1.1. Une entrave à la saisine de la justice 26
3.1.2. Code de déontologie médicale 27
3.2. Le secret médical 27
3.3. La dérogation légale au secret médical 28
3.4. La dénonciation calomnieuse 28

4. LA DECLARATION AUX AUTORITES COMPETENTES 29
4.1. L'information préoccupante 29
4.1.1. La Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) 29
4.1.1.1. Objectifs 29
4.1.1.2. Traitement des informations préoccupantes 30
4.1.1.3. Un lien avec différents intervenants 30
4.1.2. Définition de l'Information préoccupante 31
4.1.3. Le rôle du Président du Conseil général 31
4.1.4. Information des parents 31
4.1.5. L'origine des informations préoccupantes : exemple en Gironde 32
4.2. Le signalement 33
4.2.1. Définition 33
4.2.2. Le Parquet des mineurs 33
4.2.3. Quand signaler ? 33
4.2.4. Sous quelle forme ? 34
4.2.5. Information des parents 34
4.2.6. Les suites du signalement 35
4.2.7. L'origine des signalements : exemple en Gironde 35
4.3. L'écrit 36
4.4. Résumé schématique 37

5. EPIDEMIOLOGIE 37
5.1. Mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection, en France 37
5.2. Estimation du nombre d'informations préoccupantes et de signalements en France 38
5.2.1. Une enquête menée par l'ONED 38
5.2.2. Les données de l'ODAS 39

PARTIE 2 : ETUDE PERSONNELLE 41

1. OBJECTIFS 41

2. METHODES 41
2.1. Critères d'inclusion 41
2.2. Le guide d'entretien 41
2.3. Recueil de données 42
2.3.1. Contact des participants 42
2.3.2. Entretiens 42
2.3.3. Retranscription des données 43
2.3.4. Analyse des données 43

3. RESULTATS 44
3.1. Descriptif de l'échantillon 44
3.1.1. Nombre de praticiens recrutés 44
3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques 45
3.2. La formation 46
3.2.1. La formation initiale 46
3.2.2. La formation continue 47
3.2.2.1. Un besoin pour certains praticiens 47

3.2.2.2. Le type de formation continue imaginée 48
3.2.2.3. Les thématiques imaginées 49
3.3. Connaissance des praticiens 50
3.3.1. Au niveau légal 50
3.3.2. Au niveau des recommandations 51
3.4. Dans la pratique 52
3.4.1. Signalements et informations préoccupantes 52
3.4.1.1. Par les praticiens interrogés 52
3.4.1.2. Par d'autres intervenants 53
3.4.2. Vers qui se tourner 54
3.4.3. Difficultés pour déclarer les enfants en danger ou en risque de l'être 56

4. DISCUSSION 61
4.1. Description de l'échantillon 61
4.2. Limites méthodologiques 61
4.3. L'analyse qualitative 62
4.4. Interprétation des résultats 63
4.4.1. Pratique des signalements et informations préoccupantes 63
4.4.2. Les freins aux signalements et informations préoccupantes 64
4.4.2.1. Les difficultés liées au soin 65
4.4.2.2. Les difficultés liées au mineur 66
4.4.2.3. Les difficultés liées aux services de protection de l'enfance 67
4.4.2.4. Les difficultés liées au psychiatre 68
4.4.2.5. Les difficultés liées aux faits 69
4.4.2.6. Les difficultés liées au protocole 70
4.4.3. Un travail pluridisciplinaire, en réseau 71
4.4.4. La question de l'activité libérale 73
4.4.5. La formation 74

CONCLUSION 79

BIBLIOGRAPHIE 81

ANNEXES 87

RESUME 105

SERMENT D'HIPPOCRATE 107

LISTE DES ABREVIATIONS

AEMO	Mesure d'assistance éducative en milieu ouvert
ARS	Agence régionale de santé
AS	Assistante sociale
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BED	Bureau de l'Enfance en Danger
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CAUVA	Cellule d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Agressions
CCS	Centre de consultation spécialisée
CHCP	Centre Hospitalier Charles Perrens
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CRIP 33	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes de la Gironde
CSMI	Centre se santé mentale infantile
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DPC	Développement professionnel continu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DU	Diplôme universitaire
FFP	Fédération Française de psychiatrie
H	Hospitalier
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour
IP	Information préoccupante
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
JORF	Journal official de la République Française
L	Libéral
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MS	Médico-social
ODAS	Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée
ODPE	Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
ONED	Observatoire National de l'Enfance en Danger
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
SBS	Syndrome du bébé secoué
SNATED	Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger
SOFMER	Société Francaise de Médecine Physique et de Réadaptation
SUHEA	Service Universitaire d'Hospitalisation d'Enfant et d'Adolescent
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
UFR	Unité de formation et de recherche
UPSILON	Unité de Psychiatrie Infanto-juvénile et de Liaison de Gironde
USAA	Unité de Soins Aigus pour Adolescents

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Modèle type de signalement (HAS, 2011)…… 87
Annexe 2 : Questionnaire utilisé dans l'étude personnelle…… 89
Annexe 3 : Exemple d'entretien n°1…… 91
Annexe 4 : Exemple d'entretien n°2…… 94
Annexe 5 : Exemple d'entretien n°3…… 97
Annexe 6 : Exemple d'entretien n°4……100

INTRODUCTION

Dans tous les secteurs, qu'il soit médical, scolaire, social ou judiciaire, les enfants soupçonnés d'être en danger ou en risque de l'être sont sous-déclarés aux organismes de protection de l'enfance (GILBERT, KEMP et al., 2009). On sait en effet que tous les cas d'enfants maltraités ne sont pas connus des services de protection de l'enfance au moment où les violences se produisent (HAUTE AUTORITE DE SANTE - HAS, 2014). Avec 10% d'enfants en danger ou en risque de l'être dans les pays à haut revenus, la maltraitance des enfants est un problème de santé publique majeur qui a des conséquences graves (HAS, 2014). Pour protéger la victime, le repérage précoce est décisif et permet de sauver des vies (HAS, 2014). La mise en relation entre un enfant blessé et un médecin offre une possibilité d'intervention qui peut prévenir la mortalité et de la morbidité ultérieure (VAN HAERINGEN, 1998).

En tant que premier pourvoyeurs de services de santé, les médecins ont une position professionnelle unique leur permettant d'être en contact avec des enfants victimes de maltraitance (KIM, 1986). Pour KIM, ils sont les premiers, en dehors de la famille, à pouvoir observer de graves cas de suspicion de maltraitance. Le domaine médical est en effet un maillon particulièrement important de la protection de l'enfance mais paradoxalement les chiffres relatifs aux informations préoccupantes (IP) et aux signalements témoignent de la faible proportion des médecins parmi les auteurs de ces derniers (PILLET et al., 2014). Les enfants en danger ou en risque de l'être sont en effet sous-déclarés par les médecins en France, avec à peine 5 % des signalements provenant du secteur médical (HAS, 2014), certains médecins connaissant des difficultés pour assumer leur responsabilité (WARNER-ROGERS et al., 1996).

Les questions telles que le manque d'expérience et de formation, l'incertitude diagnostique, le seuil de preuve, la crainte de représailles sont mises en avant lorsque les médecins hésitent à signaler ou écrire des IP (THEODORE et al., 2006). L'impression du médecin qu'il pourrait travailler seul avec la famille pour résoudre le problème, sans intervention extérieure, ainsi que le manque de confiance dans les services sociaux semblent peser plus lourd dans l'esprit des médecins lorsqu'ils décident de rapporter (THEODORE et al., 2006). La HAS souligne également la crainte d'un signalement abusif ou encore l'absence de retour en cas de signalement comme obstacle au signalement (HAS, 2014).

GUNN précise que les médecins sont en demande de formations sur le thème de la maltraitance, plus précisément sur les procédures pour protéger les enfants, leur rôle dans cette marche à suivre et les lois s'y raccordant (GUNN et al., 2005). Pout VAN HAERINGE, sans praticiens bien formés, à l'aise avec leur service de protection de l'enfance, une intervention adaptée auprès d'un enfant victime peut être manquée et le bien-être de ces derniers est alors laissé au hasard, tout dépend du praticien qui le prendra en charge.

L'objet de ce travail concerne plus précisément les psychiatres rencontrant des enfants et des adolescents, ayant ou non le titre de pédopsychiatre, et porte plus particulièrement sur leur pratique autour des signalements et des IP. Pourquoi, alors que le danger ou le risque de danger est soupçonné, existe-t-il des obstacles à la déclaration, en dépit d'une obligation légale de le faire ? L'élaboration d'une étude qualitative nous permettra de comprendre plus clairement quelles sont leurs connaissances sur le sujet, la mise en pratique de celles-ci, les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans ce champ de travail et comment y remédier. Nous tâcherons dans un premier temps de faire des rappels sur la maltraitance, les signalements, les IP et de préciser certains points législatifs du champ de la protection de l'enfance.

PARTIE 1 : GENERALITES

1. LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Au sens le plus large, la protection de l'enfance désigne un ensemble de règles et d'institutions, qui ont pour objet de prévenir les dangers auxquels un mineur peut être exposé (COUR DES COMPTES, 2009). Dans un sens plus restreint, la protection de l'enfance vise les politiques ou les mesures directement tournées vers les mineurs, tendant à prévenir ou suppléer une défaillance familiale (COUR DES COMPTES, 2009).

La loi du 15 mars 2016 visant à améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance a revu les missions de la protection de l'enfance à travers l'article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (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. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection (...) ;*

- *Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité (...) ;*

- *La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge* » (JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE - JORF, 2016).

2. MALTRAITANCE ET ENFANT EN DANGER OU EN RISQUE DE L'ÊTRE

2.1. Généralités

La maltraitance des enfants est le résultat final de l'interaction entre les facteurs génétiques et organiques, l'environnement socio-économique et les attitudes sociétales (AYNSLEY-GREEN, 2009). Pour AYNSLEY-GREEN, nous sommes loin de comprendre pourquoi la maltraitance est si commune et comment l'arrêter.

La maltraitance des enfants a des conséquences physiques, psychologiques et sociales à court et long terme (DUBOWITZ et al., 2007). DUBOWITZ insiste sur le fait qu'elle existe dans tous les pays et dans toutes les familles, quelque soit le niveau socio-économique, la religion, l'ethnie et que les médecins doivent se prémunir contre les préjugés à l'égard des familles à faible revenu. Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs formes de maltraitance (HAS, 2014). La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité (HAS, 2014).

C'est la conjonction, la répétition, le maintien dans le temps de signes non spécifiques en rupture avec le comportement antérieur de l'enfant, non expliqué par les étiologies habituelles, qui doit permettre d'évoquer le diagnostic (FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE - FFP, 2003).

2.2. Définitions

Un enfant en danger ou en risque de l'être est un enfant victime de violences physiques, psychologiques, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique (HAS, 2014).

Le terme de maltraitance n'est défini par aucune loi mais, dans le vocabulaire courant, il regroupe l'ensemble des sévices, privations qui ont un impact sur l'intégrité physique, psychologique ou sexuelle (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2015). Selon l'article 375 du Code civil, on parle de maltraitance « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* ».

Le terme recouvre la violence survenant entre des adultes et des enfants mais aussi entre des enfants (CONSEIL DE L'EUROPE, 2009).

2.3. Différents types de maltraitance

2.3.1. Les violences physiques

Les sévices physiques se répartissent en plusieurs catégories : les lésions cutanées comprenant ecchymoses, hématomes, plaies (40 à 80%), les brûlures (8 à 16%), les fractures (10 à 45%), avec notamment le Syndrome de Silverman, les atteintes cranio-cérébrales (3 à 18%), les lésions viscérales (3%) (REY-SALMON, 2003). Plusieurs signes cliniques ophtalmologiques peuvent accompagner les traumatismes crâniens dûs à des violences physiques, avec en particulier les hémorragies rétiniennes (FINGARSON et al., 2011).

C'est la multiplicité, la localisation inhabituelle des lésions qui doit attirer notre attention (REY-SALMON, 2003). Les contusions sont les blessures les plus communes causées par la maltraitance des enfants et sont souvent le seul signe ou indice visible (FINGARSON et al., 2011).

Les violences physiques prennent également en compte le secouement, à l'extrême la mort de l'enfant et la CIM-10 classe dans la maltraitance infantile le trouble factice imposé à autrui.

Silverman a été le premier à dire que les personnes ayant des enfants à charge « *peuvent permettre le traumatisme et l'ignorer, reconnaître un traumatisme mais l'oublier ou être réticents à l'admettre, ou délibérément blesser l'enfant et le nier* » (HEINS, 1984).

2.3.1.1. Le Syndrome de Silverman (BOURRILLON et al., 2005)

Le terme de Syndrome de Silverman, souvent utilisé à tort pour qualifier tous les types de sévices à enfants, définit en fait un syndrome radiologique caractérisé par l'existence de lésions osseuses et de fractures multiples, souvent d'âges différents, avec présence de cals osseux, d'arrachements métaphysaires et de décollements périostés. Certaines fractures alertent car elles sont incohérentes avec l'âge de l'enfant : avant bras < 1 an, clavicules < 2 ans, humérus (spiroïde) < 3 ans. Ces fractures doivent être évoquées devant une image anormale radiologique (lyse) ou une inadéquation entre le type de fracture et le mécanisme de l'accident (par exemple : fracture du fémur suite à une simple chute de sa hauteur).

Le Syndrome de Silverman doit être systématiquement évoqué devant une fracture chez un très jeune enfant, d'autant plus avant l'âge de la marche. Son identification doit faire pratiquer des radiographies de l'ensemble du squelette ainsi qu'un fond d'œil. Une enquête clinique doit rechercher d'autres indices de suspicion de maltraitance.

2.3.1.2. Le Syndrome du bébé secoué

Le Syndrome du bébé secoué (SBS) est un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non-accidentels, dans lequel le secouement, entrainant des mouvements d'accélération et de décélération de la boite crânienne, seul ou associé à un impact, provoque le traumatisme crânien (SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION - SOFMER, 2011).

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois. Les conséquences sont graves : séquelles neurologiques, décès (HAS, 2007). La prévalence du SBS varie entre 15 et 30/100 000 enfants de moins de 1 an. Si l'on rapporte ces résultats au chiffre des naissances en France, on peut estimer que 120 à 240 nourrissons pourraient être concernés chaque année par cette maltraitance (PILLET et al., 2014). Le taux de récidive du secouement est élevé, estimé à plus de 50 % des cas, ce qui souligne l'importance de reconnaître le SBS et de prévenir la récidive (SOFMER, 2011).

2.3.1.3. Les maltraitances mortelles

Le Syndrome de l'enfant battu, état clinique chez les jeunes enfants qui ont reçu des sévices physiques graves, est une cause fréquente de blessures permanentes ou de mort (KEMPE et al., 1962). Les enfants décédés suite à de la maltraitance peuvent être victimes d'une maltraitance chronique non diagnostiquée avant leur mort (BAILHACHE et al., 2013). Les décès par violence physique sévère (incluant les blessures céphaliques non-accidentelles, les blessures multiples, les blessures abdominales) sont les plus fréquents et les plus faciles à reconnaître (HAS, 2014). Beaucoup plus difficiles à détecter sont les décès, pour la plupart des infanticides, dus à une asphyxie par étouffement, un empoisonnement ou une noyade, qui peuvent se présenter comme un tableau de mort inattendue du nourrisson. Jusqu'à 5 à 10 % des morts inattendues du nourrisson pourraient être des infanticides (HAS, 2014).

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge, s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (HAS, 2007). Cependant, une sous-déclaration se produit en raison des enquêtes de routine et des examens post-mortem insuffisants dans la plupart des pays (GILBERT, SPATZ WIDOM et al., 2009).

2.3.1.4. Le Trouble factice imposé à autrui

La fabrication d'une maladie pédiatrique est une forme de violence faite aux enfants et non pas seulement un trouble mental, et le pronostic peut être très mauvais si l'enfant est laissé à la maison (STIRLING, 2007).

Anciennement appelé « Trouble factice par procuration » ou « Syndrome de Münchhausen par procuration », ce trouble est défini tel quel :

- « Falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessure ou de maladie chez autrui, associée à une tromperie identifiée ;
- le sujet fait passer une autre personne présente (la victime) pour malade, invalide ou blessée ;

- le comportement de tromperie est évident, même en l'absence de bénéfices externes objectivables ;
- le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique » (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM 5, 2014).

Ce trouble doit être identifié au début, avant que l'enfant ne subisse un préjudice grave et les professionnels doivent être attentifs aux caractéristiques qui devraient les inciter à soupçonner ce trouble (BASS, 2014).

2.3.2. Les violences psychologiques

Par violences psychologiques graves, on entend l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique :

- humiliations verbales ou non verbales,
- menaces verbales répétées,
- marginalisation ou dévalorisation systématique,
- exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant,
- consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter (HAS, 2014).

De plus, il faut envisager une maltraitance psychologique si on craint un échec à promouvoir une socialisation adaptée de l'enfant comme :

- impliquer l'enfant dans des activités illégales,
- l'isoler,
- ne pas lui prodiguer de stimulations,
- une utilisation de l'enfant pour l'accomplissement des besoins de l'adulte, par exemple l'enfant utilisé dans les disputes conjugales,
- une exposition à des expériences effrayantes ou traumatisantes, incluant des violences conjugales (HAS, 2014).

2.3.3. Les témoins de violences conjugales

Le mouvement de protection de l'enfance actuel dans les pays développés provient de l'acceptation de deux idées comme quoi les enfants possèdent des droits humains et sont des êtres psychologiques (SCOTT, 2009). La deuxième idée a considérablement élargi la façon dont la maltraitance des enfants est définie, et comprend maintenant des situations telles que les enfants témoins de violence entre partenaires intimes (SCOTT, 2009). Outre les difficultés éducatives parentales, les conflits familiaux (conflits liés à une séparation, violences conjugales, violences familiales) ont des conséquences importantes sur les conditions de vie des enfants (OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE - ODPE, 2014). Les enfants qui sont témoins de violence conjugale peuvent être choqués par ce qu'ils ont vu ou peuvent être entraînés dans la violence (HAS, 2014). La violence conjugale, lorsqu'elle est intense et durable, doit être considérée comme un signe d'une situation possible de maltraitance directe de l'enfant (HAS, 2014).

Cette problématique prend une place tellement importante dans la maltraitance qu'à Minneapolis, en 1999, une loi rattachant les enfants témoins de violence à de la maltraitance a dû être abrogée parce que les services de protection de l'enfance ne pouvaient pas répondre à tous les renvois à la police (GILBERT et al., 2009). Des problèmes similaires ont été signalés en Australie et au Royaume-Uni (GILBERT et al., 2009).

2.3.4. La négligence

Parfois, les blessures ne sont pas visibles (DUBOWITZ et al., 2007). La négligence serait le type de maltraitance des enfants le plus fréquent, selon les agences de protection de l'enfance, plus de 15% des enfants en seraient victimes (STOLTENBORGH et al., 2012). Il y a des preuves croissantes que les conséquences de la négligence de l'enfance peuvent être aussi dommageables, voire plus encore, que la violence physique ou sexuelle (GILBERT, SPATZ WIDOM et al., 2009).

La négligence est décrite comme un état d'omission où, quel que soit l'intention, les parents ne parviennent pas à fournir :

- la santé,
- l'éducation,
- le développement émotionnel,
- la nutrition, le logement,
- la sécurité à leur enfant (GILBERT et al., 2009).

L'incapacité à reconnaître et à répondre aux besoins d'un enfant ou d'un adolescent peut aboutir à la négligence et nuire à son développement (HAS, 2014).

Il existe différents sous-type de négligence :

- physique,
- émotionnelle,
- liée à l'éducation (STOLTENBORGH et al., 2012).

2.3.4.1. La négligence physique

La négligence physique fait référence à l'incapacité à répondre aux besoins physiques des enfants et comprend notamment la difficulté à fournir une alimentation adéquate, des vêtements, une bonne hygiène, des soins médicaux adaptés (STOLTENBORGH et al., 2012). DUBOWITZ cite comme exemples une non-observance d'un traitement, un retard dans les soins de santé.

2.3.4.2. La négligence émotionnelle

La négligence émotionnelle se réfère à l'incapacité à répondre aux besoins affectifs des enfants, avec par exemple l'absence de réconfort et d'affection adéquate, le fait de laisser des enfants être témoins de violences familiales, de négliger les soins des troubles du comportement ou émotionnels (STOLTENBORGH et al., 2012).

2.3.4.3. La négligence de l'éducation

La négligence de l'éducation comprend l'omission de fournir les soins et la surveillance nécessaires à l'éducation d'un enfant comme le fait de ne pas inscrire un enfant en âge scolaire à l'école, les absences scolaires répétées non justifiées (STOLTENBORGH et al., 2012). DUBOWITZ pense aux blessures ou ingestions récurrentes suggérant une surveillance inadéquate de la part des parents (DUBOWITZ et al., 2007).

2.3.5. Les violences sexuelles

2.3.5.1. Définition

Une agression sexuelle est une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (MINISTERE DE LA JUSTICE, 2012).

Selon la loi du 8 février 2010 :

- *« la contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 du Code pénal peut être physique ou morale ;*
- *La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime »* (HAS, 2011).

Quiconque se rend coupable d'actes de nature sexuelle sur une personne sans son consentement et même, dans certains cas, notamment celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage, commet une agression sexuelle (MINISTERE DE LA JUSTICE, 2012). Quelle qu'elle soit, l'agression sexuelle est un acte passible de poursuites et de sanctions pénales (MINISTERE DE LA JUSTICE, 2012).

Les violences sexuelles constituent une atteinte à l'intégrité physique et psychique du mineur, celui-ci n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens ou bien les conséquences (HAS, 2011).

2.3.5.2. Différentes atteintes sexuelles

Les activités sexuelles ne se limitent pas aux actes sexuels avec pénétration caractérisée, elles comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique, soit :

- les activités sexuelles sans contact physique, comme imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles,
- les activités sexuelles avec contact physique, incluant : les actes avec pénétration anale ou génitale par un sexe mais aussi par un doigt ou au moyen d'un objet, les actes avec pénétration orale par un sexe,
- le fait d'inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels, les actes sans pénétration (attouchements), avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise,
- l'exploitation sexuelle d'un mineur, à des fins de pornographie, l'incitation à la prostitution (HAS, 2011).

Le viol est une notion juridique définie par l'article 222-23 du Code pénal comme *« tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise », « puni de quinze ans de réclusion criminelle ».*

2.3.5.3. L'inceste

En 2003, la FFP précisait dans la Conférence de consensus sur les conséquences des maltraitances sexuelles que le droit ne connaissait pas l'inceste et ne prenait en compte l'autorité sur la victime qu'en terme de circonstance aggravante (FFP, 2003). Cela n'est plus d'actualité et la notion d'inceste est maintenant inscrite dans le Code pénal. Selon les textes de loi :

- *« les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par,*
- *1° un ascendant,*

- *2° un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce,*
- *le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2° , s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait »* (Article 222-31-1 du Code pénal modifié par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant).

Les deux tiers des personnes, mises en cause dans des cas de violence sexuelle, appartiennent au milieu intrafamilial, selon la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile de Bordeaux-Mérignac (ODPE, 2014).

2.4. Les facteurs de risque

Les parents biologiques sont responsables de 4 sur 5 cas de maltraitance, et les beaux-parents seraient responsables de la plupart des cas restants (GILBERT, SPATZ WIDOM et al., 2009). La maltraitance des enfants est la « maladie » de l'enfant et de son accompagnateur (BAILHACHE et al., 2013). L'identification de la maltraitance de l'enfant devrait alors prendre en compte l'identification de l'enfant abusé mais également du parent abusif (BAILHACHE et al., 2013). Même s'il n'existe pas de profil type de parent maltraitant ou d'enfant victime, la littérature met en avant des facteurs prédisposants. La présence de ces éléments doit éveiller l'attention du praticien et d'autant plus lorsqu'ils sont associés entre eux, mais leur absence ne peut faire éliminer la possibilité d'une maltraitance. Certains chercheurs ont insisté sur la nécessité pour les médecins d'apprendre à reconnaître ces facteurs de risque afin de faire face plus facilement à des situations difficiles (REGNAUT et al., 2015). Pour REGNAUT, le niveau de suspicion d'enfant en danger ou en risque de l'être devrait être plus élevé lorsque le praticien identifie la présence d'un facteur de risque.

2.4.1. Facteurs de risque liés aux parents

La maltraitance des enfants se produit dans toutes les sociétés et groupes socio-économiques, mais la pauvreté et le chômage, qui pourraient conduire ou être associés à des problèmes de santé mentale des parents, de toxicomanie ou d'alcoolisme, peuvent être prédisposants (ANSLEY-GREEN et al.,2009).

Bien que cela soit intellectuellement connu des professionnels, le repérage de la maltraitance dans les milieux sociaux aisés reste encore sous-représenté (TCHAMGOUE, 2013). Une situation familiale fragile, avec notamment l'isolement social, l'absence de soutien de la famille et la violence conjugale, a été soulignée (READING et al., 2008). La HAS ajoute l'immaturité, l'intolérance, le sentiment d'être inapproprié (HAS, 2014). Les parents sont généralement jeunes, ont des attentes irréalistes concernant leurs enfants et ne sont pas conscients des besoins de l'enfant (HIGHT et al., 1979).

Les parents maltraitants ont souvent été maltraités dans leur enfance et sont alors dans l'incapacité à mettre en œuvre toute autre forme de parentalité (HIGHT et al., 1979). Il est reconnu depuis longtemps que les modèles de l'éducation des enfants, à la fois bons et mauvais, sont transmis d'une génération à l'autre sous une forme relativement inchangée (KEMPE et al., 1962). La HAS parle de *« transmission intergénérationnelle de la violence ».*

2.4.2. Facteurs de risque liés aux enfants

Les facteurs de risque de maltraitance liés aux enfants sont la prématurité, les troubles du comportement, des conduites, le handicap, en particulier intellectuel, et le jeune âge de l'enfant (HAS, 2014). L'homicide de l'enfant se produit le plus souvent pendant la petite enfance (GILBERT, SPATZ WIDOM et al., 2009). La répartition par sexe varie notamment en fonction du type de maltraitance : les filles sont majoritaires lorsqu'il s'agit de violences sexuelles, en revanche, au niveau des données de mortalité, il y a une prédominance du sexe masculin (HAS, 2014).

D'une manière générale, toutes les situations qui empêchent que le lien se noue aussi précocement que possible sont potentiellement délétères (HAS, 2014). L'investissement affectif de l'enfant dès la grossesse, voire avant, et l'établissement d'un véritable lien entre le nouveau-né et ses parents dès la naissance sont les clés d'une relation harmonieuse entre le bébé, puis l'enfant, et ses parents (HAS, 2014). Il n'est pas rare que l'enfant battu soit né suite à une grossesse non désirée (KEMPE et al., 1962).

3. LA LEGISLATION

L'objectif des lois en lien avec la déclaration de maltraitance est de protéger l'enfant plutôt que de punir les auteurs (HEINS, 1984). Lorsque nous parlons de « déclaration de maltraitance », nous faisons référence à la fois aux signalements et aux IP. Il convient également de rappeler que par « maltraitance » nous entendons les situations de danger ou de risque de danger.

3.1. Une obligation de signaler

En cas de péril, risque revêtant un caractère certain, gravissime, et se traduisant par un risque de mort ou de lésion irréversible, imminent, tout citoyen a l'obligation d'intervenir, et ce, même sans l'accord de l'individu (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2015). L'article 226-14 du Code pénal stipule que *« 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 ».*

3.1.1. Une entrave à la saisine de la justice

Le professionnel de santé s'expose à une action judiciaire à son encontre selon les articles 434-1 et 434-3 du Code pénal pour entrave à la justice s'il est démontré qu'ils se sont abstenus de signaler un cas d'enfant maltraité dont ils ont eu connaissance (HAS, 2011).

L'article 434-3 du Code pénal stipule en effet que: *« le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».*

3.1.2. Code de déontologie médicale

L'article 44 du Code de déontologie médicale écrit que *« lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection »*. L'article précise que *« s'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives »*.

3.2. Le secret médical

Comme le rappelle l'article R 4127-4 du Code de santé publique :

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

La fonction de psychiatre suppose une obligation de respect du secret professionnel. Son non-respect engage la responsabilité disciplinaire mais également la responsabilité pénale du médecin.

L'article 226-13 du Code pénal indique que *« la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».* Le secret professionnel, contribue à instaurer dans le temps, la confiance des parents, des enfants et des adolescents envers le professionnel et à favoriser ainsi les conditions d'une concertation (Ministère de la santé et des solidarités, 2011).

La position du médecin vis à vis de la législation est alors délicate au vu de l'obligation de déclarer un fait de maltraitance mais également de ne pas violer le secret professionnel.

3.3. La dérogation légale au secret médical

Cet impératif de protection est rendu possible par la levée du secret médical qui met le médecin à l'abri de toute poursuite pour violation du secret médical (HAS, 2014).

Cette dérogation est issue de l'article 226-14 du Code pénal. L'article 226-13, relatif au secret professionnel et à la sanction de sa violation, *« n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret »,* notamment comme le précise l'alinéa 2*: « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ».*

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne un cadre légal au partage d'informations concernant « *les mineurs en danger ou risquant de l'être »* en aménageant le secret professionnel pour permettre aux professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation et mettre en place des mesures de protection (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2010). Le partage est strictement limité aux informations qui sont nécessaires pour évaluer et traiter la situation dans le respect de la vie privée des familles comme le précise l'article L 226-2-2 du CASF (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2011).

3.4. La dénonciation calomnieuse

Qu'il suspecte un risque de maltraitance ou qu'il soit face à un enfant en danger immédiat, le professionnel de santé doit réagir, sans être certain de la maltraitance et sans chercher à en apporter la preuve (HAS, 2014). En effet l'objectif n'est pas tant de diagnostiquer avec certitude les cas de maltraitance que de savoir évoquer cette hypothèse au travers d'un faisceau d'arguments afin d'activer le réseau d'évaluation

multidisciplinaire existant (PILLET et al., 2014). Dans le cadre de la transmission d'informations, un médecin n'est pas enquêteur mais porte à la connaissance de la cellule ses appréhensions. Il ne peut pas être poursuivi pour diffamation même si ces appréhensions ne sont pas confirmées, car seules les informations qu'il saurait être fausses, et qu'il transmettrait, seraient de la diffamation (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2010)

En effet, comme le précise l'article 226-10 Code pénal: *« la dénonciation, effectuée par tout moyen et dirigée contre une personne déterminée, d'un fait qui est de nature à entraîner des sanctions judiciaires, administratives ou disciplinaires et que l'on sait totalement ou partiellement inexact, lorsqu'elle est adressée soit à un officier de justice ou de police administrative ou judiciaire, soit à une autorité ayant le pouvoir d'y donner suite ou de saisir l'autorité compétente, soit aux supérieurs hiérarchiques ou à l'employeur de la personne dénoncée, est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende »*.

4. LA DECLARATION AUX AUTORITES COMPETENTES

4.1. L'Information préoccupante

4.1.1. La Cellule de recueil des informations préoccupantes

4.1.1.1. Objectifs

La création des Cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP), lors de la loi du 5 mars 2007, a pour objectif de clarifier l'entrée dans le dispositif et éviter l'engorgement des Parquets qui en pratique pouvaient être saisis dès qu'une inquiétude existait pour un enfant sans qu'une évaluation première n'ait été menée (OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER - ONED, 2008).

Elle recueille, à l'échelle du département, toutes les IP concernant les enfants en danger ou en risque de l'être. Il s'agit de faire converger, vers un même lieu, toutes les IP de manière à éviter la déperdition de ces informations (ODPE, 2014).

4.1.1.2. Traitement des informations préoccupantes

La mission de la cellule départementale est, outre la centralisation des IP, de s'assurer que chaque situation de mineur pour laquelle elle a été alertée, a bien été traitée en terme de danger, conformément au cadre légal (ODPE, 2014).

Elle a pour rôle d'évaluer toutes les informations dont elle est destinataire et soit de mettre en route une action médico-sociale, soit une mesure de protection de l'enfant, soit de signaler elle-même au Procureur de la République (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2010).

Ces décisions se déclinent de la manière suivante :

- décision dite sans suite en protection de l'enfance,
- signalement à l'autorité judiciaire,
- accompagnement des familles par le service social ou par la PMI (Protection maternelle et infantile),
- mesures d'aides à domicile ou d'accueil hors domicile (ODPE, 2014).

4.1.1.3. Un lien avec différents intervenants

La CRIP constitue une interface avec les juridictions et principalement le Parquet dont elle est l'interlocuteur privilégié (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2011).

Elle est en liaison avec le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED). Une part importante des IP provenant des particuliers transite par le numéro téléphonique national (119) géré par le SNATED, qui répercute ces informations vers le département compétent (COUR DES COMPTES, 2009).

La cellule départementale doit également veiller à ce que les personnes ayant transmis des IP soient destinataires en retour d'un accusé de réception attestant de leur prise en compte et de leur instruction. Ces mêmes personnes doivent être informées de l'issue du traitement (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, 2011).

La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant (HAS, 2014).

4.1.2. Définition de l'information préoccupante

L'information préoccupante (anciennement appelé signalement administratif), introduite par la loi du 5 mars 2007, est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil général quand « *la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises »* (Article 375 du Code civil) ou en risque de l'être (JORF, 2013).

Une IP est constituée de tous les éléments susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2010).

L'article L.226-4 du CASF, modifié par la nouvelle loi du 14 mars 2016, vient clarifier les règles de transmission des situations à l'autorité judiciaire. La volonté est de s'appuyer davantage sur les compétences parentales, en donnant la primauté à la protection administrative, sans pour autant remettre en question le rôle du juge des enfants, en dehors des situations d'urgence (ONED, 2015).

4.1.3. Le rôle du Président du Conseil général

La loi du 5 mars 2007 a dévolu au Président du Conseil général un rôle de tête de file dans le dispositif de la protection de l'enfance (ONED, 2011). L'article L 226-3 du CASF dispose que *: « le Président du Conseil départemental est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être ».*

4.1.4. Information des parents

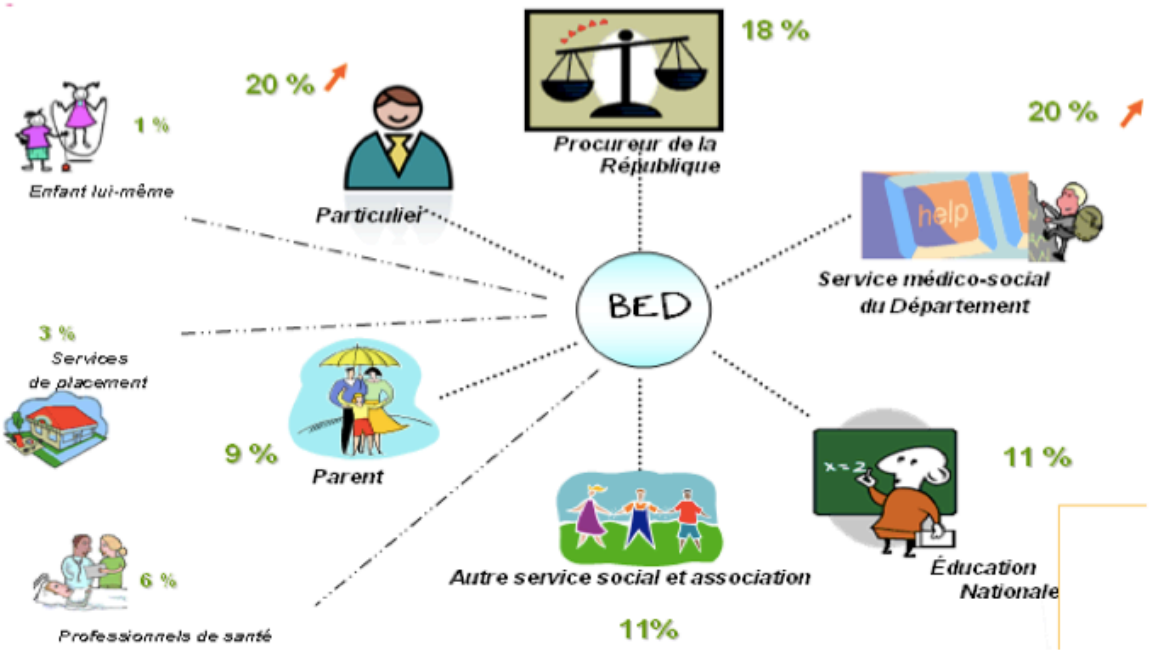
L'article L 226-2-1 du CASF dispose que : *« sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, tout autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission selon des modalités adaptées ».*

4.1.5. L'origine des informations préoccupantes : exemple en Gironde

Il n'existe pas de statistiques nationales sur la provenance des IP recueillies. Celles-ci peuvent émaner de sources variées : équipes médico-sociales ou scolaires, associations, professionnels médicaux ou paramédicaux, travailleurs sociaux du secteur, forces de police et de gendarmerie, ou encore particuliers (COUR DES COMPTES, 2009).

Parmi les sources des IP transmises à la CRIP33, ou Bureau de l'enfance en danger (BED) (Figure 1), le Parquet demeure une des plus importantes, avec les services médicaux-sociaux du département, ainsi que les particuliers. La part des IP provenant des professionnels de santé est de 6% (CONSEIL GENERAL DE LA GIRONDE, 2014).

Figure 1: **L'origine des informations préoccupantes traitées par la CRIP de la Gironde (CRIP33) entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012**



Source DGAS/DPEF/ CRIP33-BED, 10 décembre 2013, 5° conférence ODPE33

4.2. Le signalement

4.2.1. Définition

Le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2010).

Le signalement peut donc être défini comme un acte professionnel écrit, présentant après évaluation ou non dans les cas d'urgence, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire (ONED, 2007).

4.2.2. Le Parquet des mineurs (ODPE, 2014)

Le Parquet des mineurs intervient en matière civile, à l'égard des mineurs en danger. C'est cette dernière compétence qui fait du Parquet des mineurs un acteur essentiel de la protection de l'enfance. Ce sont les magistrats du Parquet des mineurs qui décident de la saisine du juge des enfants en matière d'assistance éducative et qui, en cas de nécessité prennent les mesures urgentes, pour protéger les enfants en danger. Les services du Parquet agissent en lien étroit avec les services de protection de l'enfance du Conseil général.

4.2.3. Quand signaler ?

Le Ministère public ne doit être saisi seulement lorsque :

- la protection administrative mise en œuvre n'a pas produit les effets attendus,
- la famille n'est pas coopérante,
- le danger est grave et imminent,
- une situation de danger est présumée et son évaluation impossible.

L'article 226-4 du CASF précise en effet que *« le Président du Conseil départemental avise sans délai le Procureur de la République aux fins de saisine du juge des enfants lorsqu'un mineur est en danger (...) et qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions (...) et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation; que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées (...), celles-ci ne peuvent être mises en*

place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service ; que ce danger est grave et immédiat » et *« lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger (...) mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation »,* soit parce que les parents refusent de rencontrer le professionnel, soit parce qu'il est impossible de recueillir les informations nécessaires à l'évaluation (MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2011).

4.2.4. Sous quelle forme ? (HAS, 2011)

En pratique, il est recommandé de procéder à un signalement le plus rapidement possible en contactant le Procureur de la République qui se trouve auprès du tribunal de grande instance dont dépend le lieu où les faits sont révélés.

Dans l'urgence, il est préférable de contacter au préalable le Procureur de la République par téléphone. Pour joindre le Procureur de la République en dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, il est nécessaire de passer par l'intermédiaire du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie qui sont eux en relation permanente avec le Procureur de la République. Suite au contact téléphonique avec le procureur, il est recommandé de procéder à un signalement par écrit, en envoyant un fax suivi d'un courrier avec accusé de réception. Il est recommandé de toujours garder un double de ce courrier.

4.2.5. Information des parents

Le médecin n'a pas obligation, légale ou déontologique, d'avertir les détenteurs de l'autorité parentale ou d'obtenir leur consentement pour le signalement au Procureur de la République (HAS, 2011).

Le signalement est un document dont le destinataire n'est ni le patient ni un membre de sa famille mais le Procureur de la République ou son substitut (Article 44 du Code de déontologie médicale). Il n'est pas considéré comme une pièce médicale et ne sera donc pas transmis avec le dossier médical du mineur si les parents demandent à y avoir accès (HAS, 2011).

Le juge des enfants « *est compétent, à charge d'appel, pour tout ce qui concerne l'assistance éducative* » et devra quant à lui *« toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée »* (Article 375-1 du Code civil).

4.2.6. Les suites du signalement

Suivant la gravité de cette situation, les mesures que peut prendre le Procureur de la République comportent :

- en urgence, une intervention pour prendre toute mesure conservatoire vis-à-vis du mineur et notamment le « placement » du mineur (ordonnance de placement provisoire - OPP) en attendant l'intervention du juge des enfants,
- l'intervention des autorités d'enquête (police, gendarmerie) qui pourront décider le placement en garde à vue de l'auteur présumé,
- la saisine du juge des enfants pour qu'il organise une évaluation approfondie de la situation du jeune et détermine la mesure de protection la mieux adaptée à sa situation,
- la transmission de l'information à la CRIP (HAS, 2011).

Le Président du Conseil départemental est tenu au courant par le Procureur de la République « *des suites qui ont été données à sa saisine » (*Article 226-4 du CASF). Il en est de même « *lorsque le procureur a été avisé par une autre personne (...) il informe cette personne des suites réservées à son signalement* » *(*Article 226-4 du CASF). Dans ce dernier cas, le Procureur de la République « *adresse une copie de cette transmission au Président du Conseil départemental* » et *« transmet au Président du Conseil départemental les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à ce dernier » (*Article 226-4 du CASF).

4.2.7. L'origine des signalements : exemple en Gironde

Sur les 1279 signalements recensés par le Parquet de Bordeaux, en 2012, 1 060 proviennent du Conseil général de Gironde, 30 de l'Education nationale, 70 des services d'enquêtes (à l'occasion de procédures diverses comme des violences conjugales), 66

des services médicaux ou hospitaliers et 53 mineurs sont signalés par un tiers (membre de la famille ou Juge aux affaires familiales) (ODPE, 2014).

4.3. L'écrit

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si l'écrit est effectué dans le respect des règles de rédaction et de formulation :

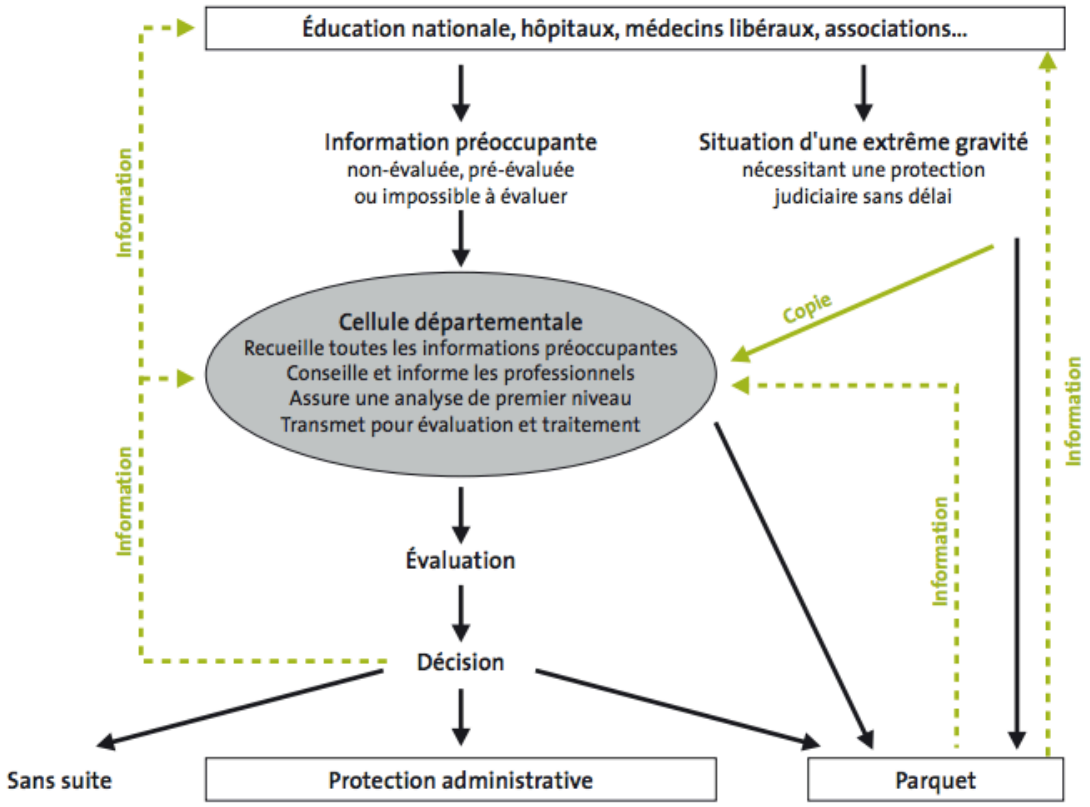
- identité du mineur,
- date et lieu de rédaction,
- constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine,
- discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets,
- utilisation éventuelle du mode conditionnel,
- pas de dénonciation de personne (HAS, 2011).

Le médecin ne ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause (ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2010). La HAS ajoute qu'il ne faut pas qualifier l'infraction, cette précision relevant des compétences de l'autorité judiciaire.

Pour effectuer un signalement, il est recommandé d'utiliser « le signalement type » (Annexe 1), élaboré en concertation par le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le Ministère délégué à la Famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance (HAS, 2011).

4.4. Résumé schématique

Figure 2 : **Recueil, évaluation et traitement des informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être**



Source : **Ministère de la Santé et des Solidarités** (2011) « La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation ».

5. EPIDEMIOLOGIE

5.1. Mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection, en France

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a été créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. L'article 226-6 du CASF dispose : *« l'Observatoire de l'enfance en danger contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la maltraitance envers les mineurs »* (JORF, 2004).

Chaque année l'ONED réalise une estimation du nombre de mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance au 31 décembre (ONED, 2015). L'estimation nationale du nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance repose sur l'exploitation par l'ONED de trois sources de données en protection de l'enfance : le nombre de mesures d'Aide sociale à l'enfance (ASE) et judiciaires (placement et milieu ouvert) en cours au 31 décembre ainsi que le nombre de mineurs suivis par le juge des enfants au 31 décembre (ONED, 2015). Au 31 décembre 2013, environ 288 300 mineurs sont pris en charge par les services de protection de l'enfance au niveau national, ce qui représente 19,7 ‰ des moins de 18 ans (ONED, 2015).

5.2. Estimation du nombre d'informations préoccupantes et de signalements, en France

5.2.1. Une enquête menée par l'ONED (ONED, 2011)

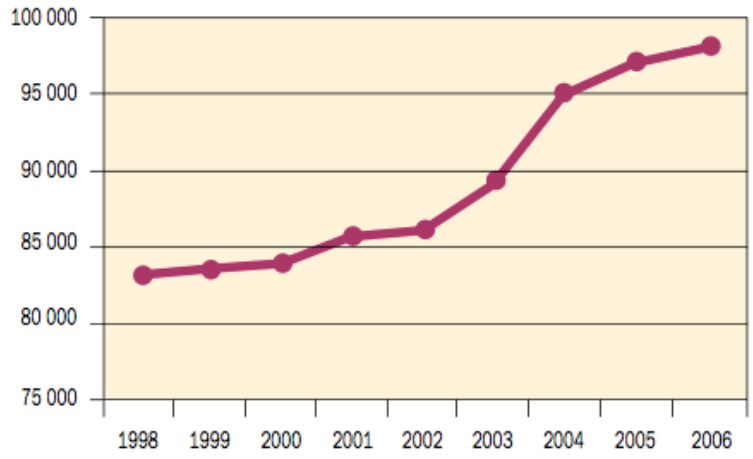
L'enquête « Informations Préoccupantes », réalisée en 2011, vise à répondre à une attente des acteurs de la protection de l'enfance concernant la production de données chiffrées sur les IP, les signalements réalisés par les Conseils généraux aux Parquets et les copies de signalements directs reçues par les Conseils généraux. En effet, aucune donnée chiffrée concernant le nombre d'enfants entrant dans le dispositif de protection de l'enfance chaque année n'est disponible depuis la dernière enquête de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) de 2006.

Trois biais affectant les données chiffrées n'ont pas permis d'obtenir de données nationales fiables et cohérentes concernant le recensement des IP reçues et traitées. Toutefois, sur 32 départements comptabilisant le nombre de situations donnant lieu à une IP pour un enfant entre 2007 et 2010, 26 ont connu une augmentation globale du chiffre de leurs IP, et pour 11 d'entre eux, l'augmentation constatée est de plus de 30%. Concernant les signalements, l'enquête menée n'a pas permis de recueillir des chiffres suffisamment précis et nombreux pour pouvoir établir des comparaisons et des tendances sur les quatre années.

5.2.2. Les données de l'ODAS

L'ODAS a été créé le 14 juin 1990. C'est un organisme indépendant qui a pour mission d'étayer les acteurs publics pour une meilleure connaissance des publics en difficulté et des moyens mobilisés. L'ODAS analyse les dispositifs et les pratiques mis en œuvre permettant de répondre aux besoins sociaux.

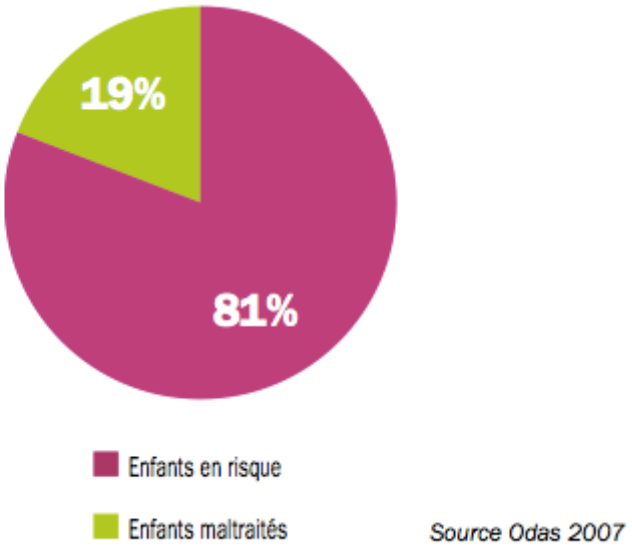
Graphique 1 : **Evolution du nombre d'enfants déclarés en danger entre 1998 et 2006, en France métropolitaine.**



Source Odas 2007

Selon la dernière enquête de l'ODAS, 1000 enfants supplémentaires ont été signalés en danger en 2006 (Graphique 1). Ce sont sept mineurs sur mille qui sont concernés en 2006, contre cinq pour mille en 1998 (ODAS, 2007). Ce qui porte à 98 000 le nombre de ceux pour lesquels des difficultés ont été repérées et ont donné lieu, après une évaluation pluridisciplinaire, à une décision d'orientation vers la protection administrative ou judiciaire de l'enfance (ODAS, 2007).

Graphique 2 : **Part des enfants en danger ou en risque de l'être parmi les signalements de l'année 2006, en France métropolitaine**



Ce sont les enfants dits « en risque » qui pèsent le plus dans cette évolution (Graphique 2). Les enfants maltraités représentant moins de 20 % du total des signalements en 2006 (ODAS, 2007). Il est important de préciser que lors de cette étude, le terme « signalement » incluait à la fois la part administrative et judiciaire (ODAS, 2007).

PARTIE 2 : ETUDE PERSONNELLE

1. OBJECTIFS

Cette étude a pour objet d'évaluer la place des déclarations d'enfants en danger ou en risque de l'être, grâce aux signalements et aux IP, chez les psychiatres ayant une part d'activité infantile, que ce soit en terme de connaissance du sujet, d'application mais surtout de difficultés de mise en œuvre. Nous avons choisi de mener une enquête qualitative à l'aide d'entretiens semi-structurés, cette méthode permettant ainsi d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis d'une pratique.

2. METHODES

2.1. Critères d'inclusion

Les praticiens recrutés étaient des pédopsychiatres ou psychiatres avec une part d'activité infantile. Ces derniers devaient être intervenus dans le suivi d'un mineur avant que celui-ci ne fasse l'objet d'un signalement ou d'une IP en 2013 ou 2014 au cours de leur hospitalisation dans l'Unité de soins aigus pour adolescents (USAA) du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) à Bordeaux, ou dans le Service universitaire d'hospitalisation d'enfant et d'adolescent (SUHEA) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

L'aide des assistantes sociales (AS) et secrétaires de ces deux services a été indispensable pour recenser les signalements et les IP. Le recrutement des praticiens s'est ensuite fait grâce aux logiciels HOPITAL MANAGER® du CHCP et DxCare® du CHU de Bordeaux.

2.2. Le guide d'entretien

Avec l'aide du directeur de thèse et après plusieurs remaniements s'appuyant sur nos recherches bibliographiques et nos réflexions personnelles, un questionnaire a été construit. Certaines questions étaient moins fermées que d'autres, donnant lieu à un

échange plus dynamique et permettant au praticien de développer certains points plus librement.

Notre questionnaire comportait deux parties (Annexe 2) :

- caractéristiques socio-démographiques du praticien (8 éléments) : sexe, âge, département d'exercice, lieu de la formation initiale, année d'obtention de la thèse et de validation du diplôme d'études spécialisées (DES), diplôme supplémentaire de pédopsychiatre, type d'activité ;
- échange sur le sujet (8 questions) concernant la formation, les connaissances et la pratique en terme de protection de l'enfance.

2.3. Recueil de données

2.3.1. Contact des participants

L'enquêtrice a contacté les praticiens par lettre postale, en décembre 2015, grâce au tableau de l'Agence régionale de santé (ARS) répertoriant les adresses des spécialistes en psychiatrie, sur l'Aquitaine. L'ARS ne pouvait pas fournir les adresses électroniques invoquant des raisons de confidentialité. La lettre permettait au praticien de répondre par courrier électronique ou par téléphone, toutes les coordonnées nécessaires y étant inscrites.

2.3.2. Entretiens

Les entretiens ont été menés entre le 20 janvier et le 8 avril 2016. Les rendez-vous ont été pris individuellement par courrier électronique ou par téléphone. Les praticiens décidaient eux-mêmes d'un échange téléphonique ou d'une rencontre au lieu de leur choix. La plupart des rencontres se sont faites dans leurs cabinets, lorsqu'il s'agissait de médecins avec une activité libérale, ou dans leurs bureaux au sein de leurs structures d'exercice, s'il s'agissait d'une activité hospitalière ou associative.

Au début de chaque entretien, l'enquêtrice demandait la permission d'enregistrer la conversation pour faciliter la retranscription précise des données. Cela a été possible

grâce à l'application ALON Dictaphone®, sur tablette numérique. L'enquêtrice commençait par se présenter puis précisait le but de l'étude. L'instauration d'un climat de confiance était indispensable, en spécifiant notamment le caractère anonyme des échanges. Des questions annexes pouvaient être ajoutées au cours de l'entretien pour préciser les dires et les pensées du praticien, tout en évitant d'influencer sa réponse et d'interrompre son discours. Des notes manuscrites ont été prises simultanément, cela permettant d'augmenter la part du discours de l'interviewé en diminuant le temps de parole de l'interviewer.

Les entretiens avaient une durée moyenne de 23 minutes, le plus long étant de 52 minutes et le plus court de 10 minutes.

2.3.3. Retranscription des données

Celle-ci s'est faite le plus précisément possible, en écoutant les bandes sonores et en éditant en parallèle le texte, grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft® Word 2011. L'authenticité du discours a été préservée. Ainsi, aucune reformulation n'a été faite et les raccourcis de langage oral n'ont pas été corrigés. L'anonymat des participants a été primordial, aucun nom n'apparaissait à l'écrit. Plusieurs entretiens complets sont retrouvés en annexe (Annexes 3, 4, 5 et 6).

2.3.4. Analyse des données

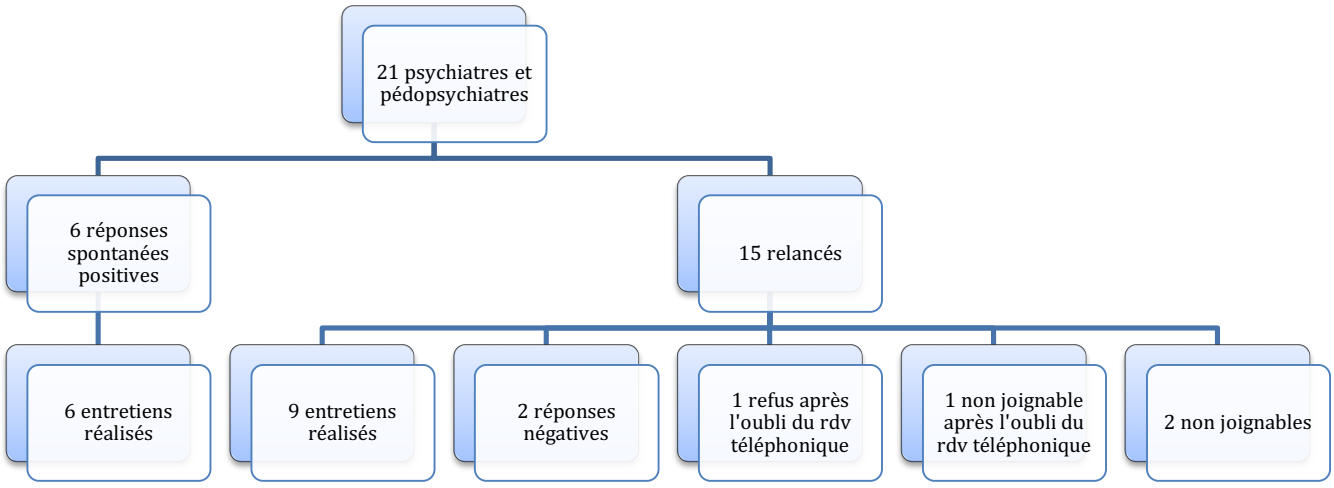
L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du logiciel NVivo®, après achat de la licence valable 1 an. Elle s'est faite à partir d'un encodage, premièrement de manière longitudinale, en organisant le contenu de chaque entretien sous forme de nœuds, puis transversale en regroupant ces nœuds dans différentes thématiques pour en faciliter l'interprétation.

3. RESULTATS

3.1. Descriptif de l'échantillon

3.1.1. Nombre de praticiens recrutés

Figure 3 : **Diagramme de flux**



Vingt et un psychiatres et pédopsychiatres répondant aux critères d'inclusion ont été recrutés (Figure 3) :

- quinze d'entre eux ont participé à l'étude : six ont répondu au courrier spontanément et positivement, les neufs autres étaient d'accord après une relance téléphonique ;
- deux praticiens ont refusé l'entretien après avoir été relancé une fois, ne se sentant pas concernés, argumentant ne jamais avoir fait de signalements ou d'IP ;
- un a refusé après avoir oublié un rendez-vous téléphonique, mettant en avant un trop plein d'activité ne permettant finalement pas de m'accorder ce temps-là ;
- un autre n'a pas répondu lors de notre rendez-vous téléphonique, restant ensuite injoignable ;
- deux médecins n'ont jamais été joignables.

Notre population finale d'étude comportait alors 15 praticiens, nous donnant ainsi un taux de réponse de 71,4 %.

3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1 : **Caractéristiques socio-démographiques de la population**

		Décompte	**Pourcentage**
Genre	Féminin	8	53,33
	Masculin	7	46,67
Age	32-40 ans	2	13,33
	41-50 ans	4	26,67
	51-60 ans	2	13,33
	61-70 ans	6	40,00
	71-72 ans	1	6,67
Département d'exercice	33	14	93,33
	16	1	6,67
Lieu de formation initiale	Bordeaux	11	73,33
	Poitiers	1	6,67
	Limoges	1	6,67
	Rouen	1	6,67
	Strasbourg	1	6,67
Activité	Hospitalière (H)	4	26,67
	Libérale (L)	4	26,67
	Médico-sociale (MS)	2	13,33
	H + L	2	13,33
	H + MS	1	6,67
	L+ MS	1	6,67
	H + L + MS	1	6,67
	Formation	3	15,00
Diplôme en pédopsychiatrie	OUI	13	86,67
	NON	2	13,33

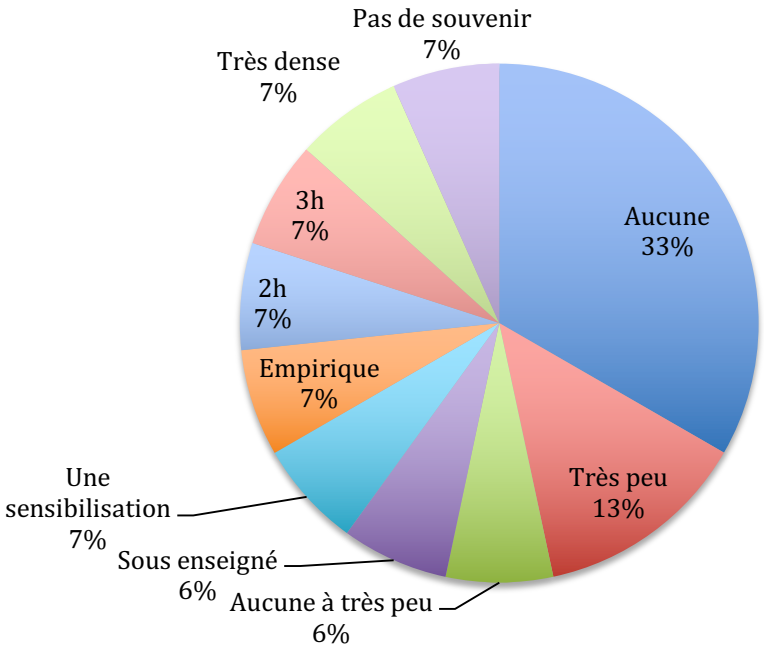
Notre population répondante est composée (Tableau 1) :

- de 8 femmes et 7 hommes ;
- de 32 à 72 ans ;
- exerçants tous en Aquitaine, la plupart en Gironde (14), excepté un en Charentes
- avec une formation initiale à Bordeaux (11), Poitiers (1), Limoges (1), Rouen (1), Strasbourg (1) ;
- avec une activité exclusivement hospitalières (H) à 26,67%, libérales (L) à 26,67%, ou médico-sociales (MS) à 13,33% ou partagées H/L à 13,33%, H/MS à 6,67%, L/MS à 6,67% et H/L/MS à 6,67% ;
- certains sont aussi impliqués dans des activités de formation (15%) ;
- ils ont tous des patients mineurs dans leur file active, qu'ils aient ou non un diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie.

3.2. La formation

3.2.1. La formation initiale

Graphique 3 : **Part de la protection de l'enfance dans la formation initiale**

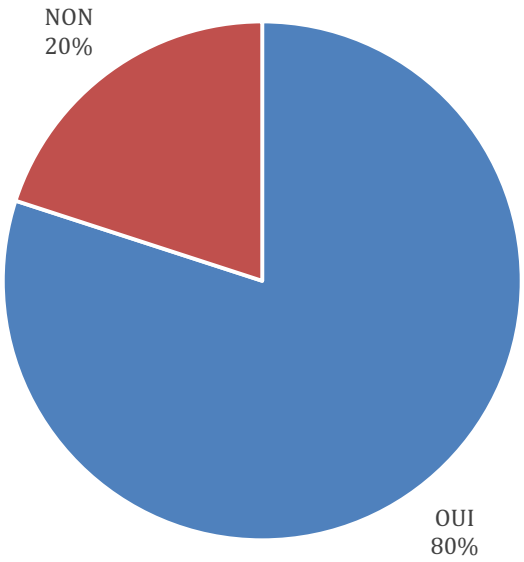


Concernant la part de la formation initiale dans la maltraitance des enfants et adolescents, 33 % répondent spontanément qu'il n'y en avait pas, une partie trouve des qualificatifs pour expliquer qu'elle était faible comme *« très peu »*, « au*cune à très peu »*, *« sous enseigné »*, *« une sensibilisation »*, ou *« empirique »* (Graphique 3). Deux personnes la quantifient en *« deux heures »* ou *« trois heures »*. Un praticien n'a pas de souvenir et un la souligne au contraire *« très dense »*. Un praticien avouera que son intérêt pour la question était peut-être à ce moment-là limité, ce qu'il a pu regretté : *« je ne m'étais peut-être pas intéressé à ça, ça m'a beaucoup gêné par la suite »*.

3.2.2. La formation continue

3.2.2.1. Un besoin pour certains praticiens

Graphique 4 : **Besoin en formation continue sur le sujet de la protection de l'enfance**



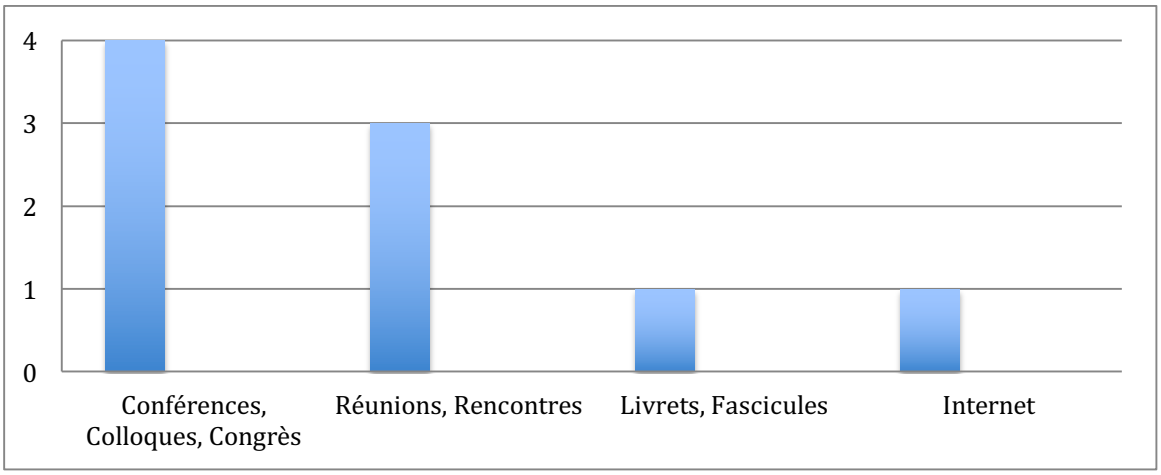
Le besoin en formation continue sur le sujet de la protection de l'enfance est fondamental pour 80% des participants, 20% ne l'estime pas nécessaire et le justifient en mettant en avant leur activité de formateur, *« je n'ai pas de besoin de formation*

continue sur ce sujet, j'en fais pour les autres », *« rien, au contraire nous on est formateur »*, ou leur âge, *« holà ! maintenant madame à mon âge ! »* (Graphique 4).

Un des formateurs précisera sa réponse comme suit *: « je ne vois pas très bien ce que je pourrais attendre car ici on est tenu avec les AS, toute l'équipe, de se tenir informé. On a des réunions d'équipe toutes les semaines où moi je demande aux gens de chaque spécialité de nous tenir au courant des dernières lois, des derniers trucs. On est tenu à ça, c'est notre rôle »*. Un des praticiens ayant répondu positivement à cette question a également une qualité de formateur et soutient qu'elle est bénéfique : *« on apprend mieux quand on a la qualité de formateur, on est obligé de s'ouvrir, de se sensibiliser, d'apprendre »*.

3.2.2.2. Le type de formation continue imaginée

Graphique 5 : **Type de formation continue imaginée**



Les participants ont imaginé différents types de formation continue qui pourraient les intéresser (Graphique 5). Quatre proposent qu'elle se fasse sous forme de conférences, colloques ou congrès. Trois l'envisagent de manière plus intimiste à travers des réunions ou des rencontres, *« plutôt un lien à travers les rencontres. On a mis ça en place et c'est vraiment très bien je trouve de pouvoir discuter à froid des processus, des protocoles, de ce qu'il faut faire, du rappel à la loi »*. Un praticien pense à des livrets ou des fascicules sur le sujet. Un psychiatre souligne la place d'internet : *« avec internet, on a accès à tout, à l'HAS, à tout ça »*.

3.2.2.3. Les thématiques imaginées

Tableau 2 : **Thématiques imaginées concernant la formation continue**

Réponses	**Décompte**
Juridique	10
Pluridisciplinaire, sans précision	4
Sociale	2
Partenariale • CRIP • PMI	2 • 1 • 1
Clinique	2
Générale à partir de cas cliniques	2
Le protocole, l'annonce et les suites de l'écrit	1

La thématique juridique semble être une priorité, elle est revient 10 fois, suivie par une formation continue « pluridisciplinaire », sans précision, 4 fois (Tableau 2). Deux participants préciseront l'intérêt de la thématique sociale : *« dans le pluridisciplinaire il faudrait faire droit, médecine et travail social, si on oublie le travail social… Car on oublie souvent les travailleurs sociaux qui exercent qui font les mesures »*. Un enseignement plus partenarial est cité deux fois, avec la CRIP et la PMI.

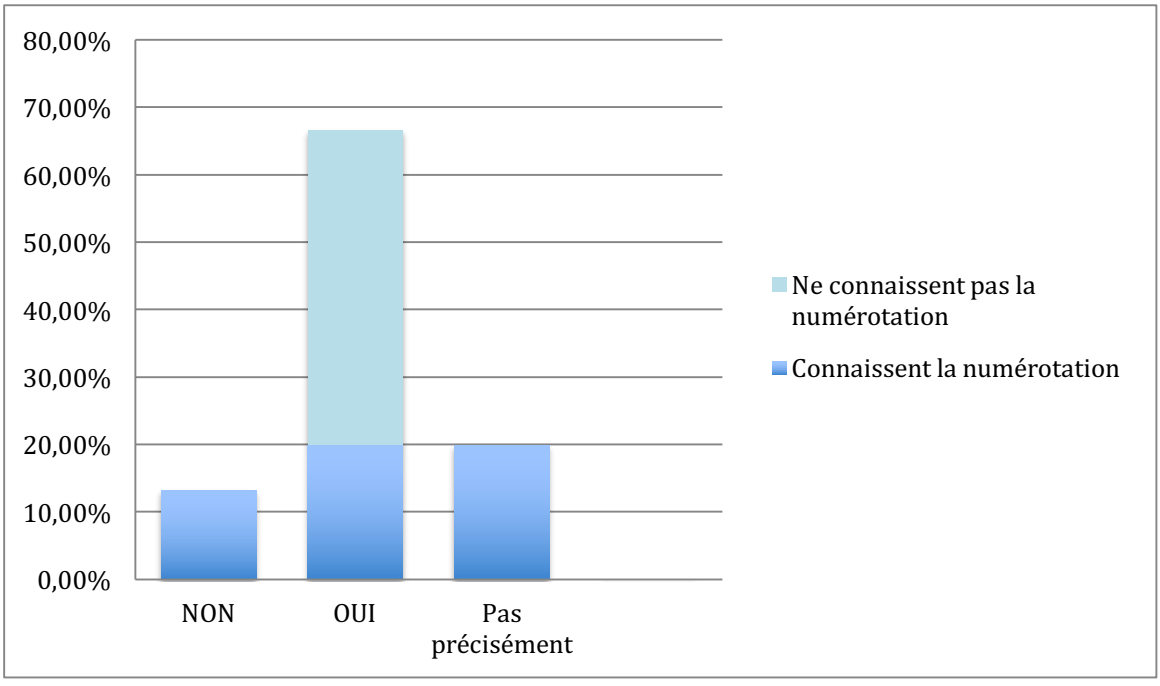
Pour deux praticiens, la clinique de la maltraitance est nécessaire : *« il faut faire des études de cas cliniques sur ce que je vous ai parlé* (nb la négligence) *»*, *« le lien entre la psycho et la physiopathologie et la maltraitance, un approfondissement sur ce que veut dire traumatisme psychique, physique, l'incidence sur le développement et les symptômes classiques de la psychiatrie »*. Deux médecins imaginent des études de cas *cliniques : « je crois que pour les pédopsychiatres il faut faire des études de cas cliniques* », *« ce que je trouve intéressant dans toute formation, c'est que quelque chose soit déplié à partir de situations cliniques et puis qu'après on aborde les questions qui viennent nous préoccuper à ce moment-là parce qu'effectivement tout ce qui est cours magistral moi c'est plus trop mon truc »*.

Le protocole et l'annonce de l'écrit est envisagé par un psychiatre : *« c'est tout un chapitre sur qui le fait, qui écrit, comment on écrit, est-ce qu'on le lit avec les parents, avec l'enfant, qu'est ce qu'on promet, et quand les promesses ne sont pas tenues comment on fait ? On a les repères, la procédure mais comment l'aborder, concrètement, l'entretien, l'annonce... On a beaucoup travaillé l'annonce des diagnostics de schizophrénie, cancer...il faudrait travailler l'annonce du signalement car ce n'est pas évident. Un enseignement qui comprendrait l'annonce du signalement et les suites ça aiderait beaucoup ».*

3.3. Connaissance des praticiens

3.3.1. Au niveau légal

Graphique 6 : **Connaissance de l'article 226-14 du Code pénal**



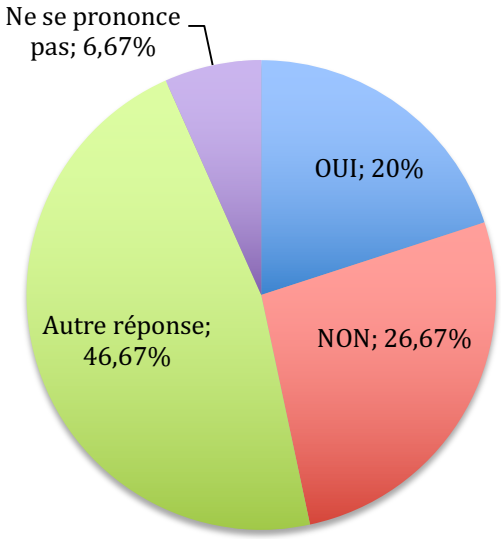
L'article 226-14 du Code pénal est familier chez 66,67% des participants même si une partie ne connaissait pas le numéro de l'article et a eu besoin que celui-ci leur soit lu (Graphique 6) : *« je connais très bien les textes mais je ne me rappelle plus les numéros »*, *« je crois connaitre mes droits et mes devoirs mais je ne connais pas les numéros »*, *« le titre non, mais le fait qu'il n'y ait pas de secret médical, il y a obligation de signaler oui, j'ai*

toujours fonctionné avec ça », « oui j'ai connaissance de cette loi, on travaille régulièrement avec ça ».

Deux personnes prétendent ne pas le connaître, soit 13,33%, dont un argumentant comme cela : *« non, on est plus code déontologie que code pénal »*. Trois avouent ne pas le connaître précisément, soit 20% : *« pas exactement », « ça me parle », « oui, dans le détail non. Les articles de loi ça reste un peu flou, l'esprit je l'ai intégré »*.

3.3.2. Au niveau des recommandations

Graphique 7 : **Connaissance d'une des recommandations HAS ou Conférences de consensus sur la maltraitance**



Il a été demandé aux participants s'ils connaissaient l'un de ces trois textes en lien avec la maltraitance :

- Conférence de consensus (2003) : « Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaitre, les soigner, les prévenir » ;
- Recommandation HAS (2011) : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur » ;
- Recommandation HAS (2014) : « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ».

Seulement 20% des participants répondent spontanément par oui et 26,67% par non (Graphique 7). Une personne ne se prononce pas et 46,67% donnent d'autres réponses précisées dans le tableau ci-dessous (Tableau 3).

Tableau 3 : **Autres réponses données concernant la connaissance des Recommandations HAS et Conférences de consensus sur la maltraitance**

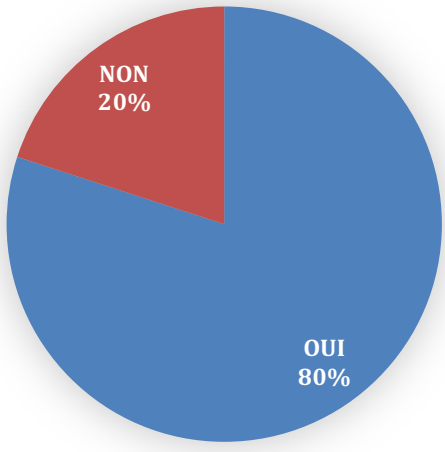
Réponses	**Décompte**
« on les reçoit »	1
« je ne sais pas ce qui est dit là-dedans »	1
« j'en ai entendu parlé bien évidemment »	1
« j'en ai lu à l'époque »	1
« je n'ai jamais lu de recommandations sur la maltraitance »	1
« c'est des choses que j'ai lues mais je me souviens plus du contenu »	1
« je pense que j'ai dû les voir mais je m'en fiche un peu »	1

3.4. Dans la pratique

3.4.1. Signalements et informations préoccupantes

3.4.1.1. Par les praticiens interrogés

Graphique 8 : **Avez-vous déjà envoyé des IP ou des signalements aux autorités compétentes ?**

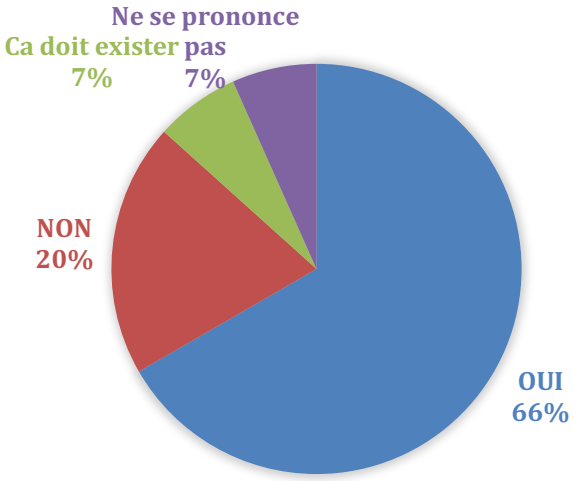


Lorsqu'on demande aux participants s'ils ont déjà rédigé des signalements ou des IP, 80% répondent positivement et 20% négativement, *« personnellement je n'ai pas fait de signalement »* (Graphique 8).

Pour ceux qui ont déjà écrit, la quantification est parfois difficile, *« on en parlait hier en réunion, on n'a pas les statistiques »*, *« ça m'arrive d'en faire un par jour, plusieurs fois par semaine »*, *« aucune idée, sûrement des centaines »* ; d'autres tentent d'être un peu plus précis en quantifiant par année, *« plusieurs par an c'est sûr. Je dirais entre 3 et 5 par an, depuis 2004 »*, *« 6-7 par an depuis 2007 »*, *« plein, peut-être 20 par an »*, *« 2 ou 3 par an, et j'exerce depuis 1998 en pédopsy »* ; et une partie quantifie le total, *« je dirais peut-être une dizaine, quelque chose comme ça. Pour être plus proche de la réalité je dirais entre 5 et 10 »*, *« pas beaucoup, j'ai dû en faire 3 ou 4, je me souviens de 3. Sur deux ans »*, *« peu, très peu. Entre 5 et 10 depuis que j'exerce, soit 34 ans. C'est même plutôt du côté de 5 que 10 »*, *« je dirais entre 5 et 10 pas plus, et ça fait 30 ans que je travaille »*.

3.4.1.2. Par d'autres intervenants

Graphique 9 : **Déclarations de danger ou de risque de danger pour leur patients, par d'autres intervenants**

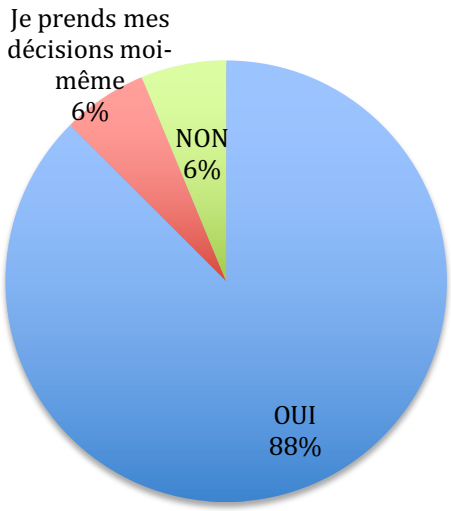


Certains praticiens ont eu des retours concernant des déclarations de danger ou de risque de danger pour leurs patients, faits par d'autres intervenants (Graphique 9). Pour 66,67%, cela est déjà arrivé, « inévitablement », *« oh oui ! Ce n'est pas moi qui les ai*

faits mais ça m'est revenu » et 20% disent que non, *« non, dans la réalité de ma pratique je n'ai pas été confronté à ces situations »*. Pour une personne *« ça doit exister »* et un praticien ne s'est pas prononcé à ce sujet. Les différents intervenants qui auraient fait ces déclarations, sont l'école, citée 4 fois, l'AS de secteur, le pédiatre ou le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), cités une fois chacun.

3.4.2. Vers qui se tourner

Graphique 10 : **Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide dans vos démarches ?**



La majeure partie des participants dit savoir vers qui se tourner, s'ils rencontrent quelconque difficulté dans l'élaboration de leur déclaration de maltraitance (Graphique 10). Un médecin répond non sans hésitation, un autre explique qu'il prend ses décisions lui-même, *« je prends mes décisions moi même, je me tourne pas vers quiconque »*.

Tableau 4 : **Décompte des différents référents proposés en cas de besoin**

Réponses	**Décompte**
Confrères et collègues du service	5
Assistantes sociales	4
Magistrats	4
Ordre national des médecins	3
CRIP	2
Service juridique de l'hôpital	2
Service juridique du Syndicat des psychiatres français	1
Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI)	1
Médecin traitant	1
Pas de précision	1

Les participants se réfèrent à différents professionnels s'ils ont besoin d'aide pour déclarer les maltraitances (Tableau 4). Les confrères et collègues du service sont ceux qui sont mis en avant le plus souvent, 5 fois, suivi de près par les magistrats et les AS, 4 fois chacun : *« mes collègues assistantes sociales qui ont toujours été là et avec qui j'ai toujours rédigé les certificats, les signalements »*. L'Ordre national des médecins est un peu moins cité, 3 fois, un praticien précisant notamment : *« j'aurais plutôt tendance à me tourner vers le juge des enfants ou le procureur. Le Conseil de l'Ordre moins, par expérience de leur peu de réactivité »*. La CRIP apparaît à deux reprises. Les services juridiques sont soulignés deux fois pour celui de l'hôpital, *« on se sert des services juridiques du CHU qui sont extrêmement pointus sur ses démarches »*, et une fois pour celui du Syndicat des psychiatres français. Enfin, deux praticiens disent se renseigner auprès de la MDSI ou du médecin traitant et un ne donne pas de précision.

3.4.3. Difficultés pour déclarer les enfants en danger ou en risque de l'être

Tableau 5 : **Eléments rendant les déclarations d'enfants en danger ou en risque de l'être parfois complexes**

Réponses	**Décompte**
Confidentialité	3
Perte de vue du patient	3
Démarches pratiques	2
Alliance thérapeutique/Confiance	2
Peur des représailles sur l'enfant	2
Menaces envers le praticien	2
Pas de suite	2
Absence de retours	2
Minimisation de la gravité par les autorités judiciaires	1
Inertie administrative	1
Manque d'arguments	1
Eléments cliniques insuffisants	1
Faits trop anciens	1
Manque de travail en réseau	1
Problème éthique	1
Thérapie en cours	1
Pas de difficultés	2

L'ensemble des difficultés pour déclarer les enfants en danger ou en risque de l'être, mises en avant par les pédopsychiatres et psychiatres interrogés a été regroupé dans le tableau 5.

Le thème de la confidentialité fait partie des réponses majoritaires :

- *« il y a une confidentialité qui est compliquée » ;*
- un médecin fait le lien entre confidentialité et intimité : *« c'est une grande question dans le domaine dans lequel on travaille la confidentialité, l'intimité, de préserver l'intimité »* ;
- un autre l'illustre avec la saisie du dossier médical, *« on vous demande le dossier médical. Il faut avoir un dossier bétonné. C'est terrible si le parent qui abîme l'enfant a accès à ça ! On lui dévoile tout l'intérieur psychique de l'enfant, c'est impossible ! Donc il faut reconstituer un dossier partageable, en restant sur des faits »*.

Pour un des praticiens, la confidentialité est fondamentale mais n'apparaît pas comme un frein, il dit d'ailleurs être très clair avec les patients à ce sujet : *« je dis souvent aux enfants que je rencontre que ce qui se dit entre nous reste strictement confidentiel à l'exception de choses très graves dont on peut parler ensemble et qui nous amèneraient à en parler à un tiers »*.

A part égale avec la confidentialité, la peur de perdre le patient de vue et que celui-ci n'ait plus accès aux soins est abordée :

- *« les gens ne vont pas venir pour se soigner » ;*
- *« si moi je fais un truc, je ne vois plus l'enfant et il repart dans la nature »* ;
- *« c'est évident que j'ai fait un signalement et j'étais grillé (…) Elle n'est jamais revenue »*.

La démarche pratique est présente à trois reprises avec :

- la complexité du circuit décrite par un psychiatre *: « il faut écrire à la MDSI et il faut que les parents soient d'accord et l'adolescent aussi. Ah, ils ne sont pas d'accord ! Donc il n'y a pas d'enquête. Ah ben non vous pouvez plus saisir la justice directement parce qu'il faut que ça passe d'abord par la MDSI qui elle dira s'il faut que ça passe par la justice, c'est l'enfer ! Résultat des courses, concrètement, je ne le fais plus » ;*

- le choix du destinataire de l'écrit : *« les difficultés majeures c'est plutôt comment s'organiser, quel est le choix, on sait qu'il y a le procureur pour les urgences extrêmes, qu'il y a la CRIP dans les cas on va dire "ordinaires" »* ;
- le choix du moment pour écrire, *« ce qui est compliqué est de savoir à quel moment on signale »*.

Vient ensuite l'alliance thérapeutique et la confiance avec le patient, mis en avant par deux praticiens :

- *« l'alliance thérapeutique est compliquée aussi car une fois qu'on a signalé... Mais bon c'est important de signaler »* ;
- *« essentiellement la perte de confiance, je considère que dans ce que je fais, la confiance est essentielle »*.

Deux praticiens craignent des représailles sur l'enfant. :

- pour un des deux médecins, rien d'autre que cela ne complique cette déclaration *: « la seule chose qui est un frein pour moi, et c'est déjà pensé par la loi, c'est le risque de représailles sur l'enfant. Le fait d'évaluer ce qui pourrait advenir de l'enfant qui parle dans sa famille s'il y avait des rétorsions, c'est plus difficile »* ;
- pour l'autre, évaluer les bénéfices et les risques d'une telle démarche est compliqué : *« ce qui est le plus difficile, c'est la projection du retentissement des conséquences de mon signalement. Au final, on veut qu'un signalement soit quelque chose de positif pour l'enfant et forcément quand on est dans des signalements, le placement, des choses où on sait qu'il va y avoir des conséquences de séparation, on mesure aussi l'impact négatif de notre possible signalement »*.

La relation avec les tiers mis en cause, parfois à l'origine de menaces envers le praticien, est un point abordé :

- *« ce qui est compliqué je dirais c'est qu'on a affaire à des adultes qui sont des pervers narcissiques, des manipulateurs qui sont redoutables. On y passe un temps parce que très vite vous êtes contre-attaqués »* ;
- *« être confronté à la violence des pères et aux menaces car je les reçois »*.

Un praticien illustre, s'en amusant, le rapport avec certains parents après la déclaration, *« elle n'est jamais revenue par contre les parents ont voulu parler du pays avec moi ! Alors on a parlé du pays ! »*.

Deux médecins répondent l'absence de suites *:*

- *« par contre, la difficulté majeure c'est qu'il y a rien qui se passe derrière » ;*
- *« le fait qu'il n'y ait pas de suite lors de certains signalements »*.

Deux autres pensent au fait qu'aucun retour ne leur sera fait concernant leur propre déclaration :

- *« avoir les infos par rapport à ce qui peut être mis en place suite à un signalement. On laisse passer 15 jours et on rappelle pour savoir ce qu'ils en ont fait, mais ce serait quand même plus intéressant s'ils pouvaient nous tenir au courant. Est-ce qu'ils l'ont passé au juge ou est-ce que la CRIP fait une investigation ? »* ;
- *« vous avez pas de réponse, vous faites un fax au procureur et il n'y a plus rien »*.

Deux médecins font un lien directement avec les autorités compétentes :

- l'un pense à la minimisation de la gravité des faits par les autorités judiciaires : *« la non reconnaissance des autorités judiciaires de la gravité, le renvoi systématique sur les MDSI »* ;
- l'autre à l'inertie administrative : *« les délais de traitement, décision et prise en charge de rendre effective par les MDSI, associations que ce soit AEMO* (nb action éducative en milieu ouvert)*. Les délais de prise de décision et de rendre effectif les placements »*.

Le manque d'argument ou d'éléments cliniques pour évoquer une situation de danger peut gêner deux praticiens :

- *« est-ce que j'ai assez d'arguments pour le faire ? »* ;
- *« avant de signaler il faut quand même être un petit peu plus sûr de la suspicion en principe »*.

Un praticien imagine que déclarer des faits trop anciens peut être délétère pour le mineur : *« on a des filles qui sont appelées pour des situations qui sont apparues il y a 3-4 ans, ça les remet dans cette ambiance dont elles essayent de se dégager »*.

Le manque de travail en réseau apparaît à travers cette déclaration : *« je parlais du CAUVA* (nb Cellule d'accueil d'urgences des victimes d'agression)*, il y a très peu de relations avec eux avec les services de justice, mais ils font leur boulot d'instruction donc on le comprend ».*

Le problème éthique a été soulevé sans détail par un médecin, *« il y a une prise de risque par rapport à notre éthique à notre déontologie »*, ainsi que celui de la thérapie qui est en cours, *« c'est moins simple je pense de faire un signalement quand on a un gosse en thérapie (…) En thérapie c'est très compliqué. Maintenant voilà si jamais je vois un gosse qui a des bleus tout le temps bon... »*.

Deux praticiens estiment ne pas rencontrer de difficultés pour répondre à cette problématique de la déclaration de maltraitance :

- *« je n'en rencontre pas. J'ai le sentiment que si la situation l'imposait, je me donnerais les moyens en terme de renseignements, démarches à faire qu'il conviendrait »* ;
- le deuxième médecin précise cela en mettant en avant la clarté des protocoles établis par la loi *: « on est dans des protocoles selon la loi, il y a rien qui nous freine pour signaler (…) On fait les procédures sans problème »*.

4. DISCUSSION

4.1. Description de l'échantillon

Les médecins inclus ont en moyenne 55 ans et il y a un homme de plus que le nombre de femmes. La majorité ont un diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie, ont fait leur formation initiale à Bordeaux et exercent en Gironde. Les trois quarts des praticiens ont une partie ou toute leur activité en équipe pluridisciplinaire que ce soit dans milieu hospitalier ou associatif. La moitié travaille exclusivement ou en partie en libéral. Cette variété d'activité a permis de mettre en avant les différences entre la pratique en équipe et la pratique libérale, dans le cadre de la protection de l'enfance. Un cinquième de l'échantillon fait aussi de la formation.

Le bon taux de participation de 71,4% s'explique peut-être par deux hypothèses : la petite population recrutée (21 psychiatres répondant aux critères d'inclusion) rendait possible le fait de les rappeler en l'absence de réponse spontanée et le sujet de ce travail est dans l'air du temps comme l'illustrent certains praticiens interrogé, *« depuis plusieurs années il y a pas mal de pédopsychiatres qui travaillent sur ça »*, *« la pédopsychiatrie a toute sa place dans l'accompagnement des enfants victimes »*.

4.2. Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques de ce travail reposent sur la petite taille de l'échantillon, entrainant une faible puissance et une généralisation limitée. La généralisation doit être prudente étant donnée les limites géographiques établies par nos critères d'inclusion, en effet la grande majorité des praticiens exercent en Gironde.

Nous retrouvons également des biais :

- biais de sélection : comme la participation restait volontaire, ceux qui ont accepté de répondre étaient peut-être les plus intéressés et les plus à l'aise avec le sujet, deux praticiens ayant en effet refusé l'entretien ne se sentant pas concernés, argumentant ne jamais avoir fait de signalements ou d'IP ;

- biais de mémorisation : pour certains, en activité depuis plusieurs années, il pouvait être difficile d'avoir des souvenirs précis sur leur pratique, notamment lorsqu'il s'agissait de quantifier les signalements ou IP rédigés ;

- biais de déclaration : les résultats sont basés sur les déclarations des praticiens, qui pouvaient être partiellement faussées mais nous ne pouvions le vérifier. L'entretien était en effet enregistré et pouvait freiner l'interviewé, même s'il était à chaque fois spécifié que cet échange restait anonyme. De plus, il pouvait parfois être difficile de canaliser les propos des personnes interrogées qui s'éloignaient du sujet, ou d'évaluer plus précisément un aspect qu'ils abordaient plus précocement ;

- biais d'intervention lié à l'enquêtrice : la méthodologie des enquêtes qualitatives impose d'avoir une certaine connaissance ou formation dans la recherche qualitative, ce que l'enquêtrice n'avait pas. Le risque des interventions de l'enquêtrice était alors de diriger le dialogue et l'interprétation à partir de ses propres opinions même si celle-ci gardait en tête de ne pas influencer la réponse ni d'interrompre l'interviewé en restant le plus neutre et objectif.

4.3. L'analyse qualitative

Cette méthode d'analyse qualitative convient davantage à l'étude de groupes restreints comme le notre. Les entretiens individuels semi-dirigés, même s'ils étaient guidés par un questionnaire, permettaient une liberté d'expression de chaque participant. Cela a permis une meilleure analyse des données descriptives difficilement quantifiables, telles que les paroles et le comportement des personnes interrogées, ainsi que leur ressenti sur le sujet de la maltraitance chez l'enfant et l'adolescent. Même si des pourcentages ont été présentés pour illustrer l'éventail de réponses, l'analyse quantitative de cet échantillon n'a pas été possible.

Il s'agit, à ce jour et à notre connaissance, de la première étude en France portant sur les expériences, le vécu et le ressenti des psychiatres, spécialisés ou non en pédopsychiatrie, vis-à-vis de la pratique des signalements et des IP. Plusieurs études ciblent d'autres spécialistes :

- STARLING s'intéresse par exemple à ce qu'il appelle les *« trois spécialités les plus susceptibles de rencontrer des enfants victimes de violence »*, c'est à dire les pédiatres, les urgentistes et les médecins généralistes (STARLING et al., 2009) ;
- GUNN et JONES se limitent aux pédiatres (GUNN et al., 2005) (JONES et al., 2008) ;
- FLAHERTY a étudié cela chez les pédiatres puis chez les médecins généralistes (FLAHERTY et al., 2006) (FLAHERTY et al., 2008).

Nous avons pu confronter les résultats de notre travail au matériel référentiel, c'est-à-dire aux études et aux recherches proches qui ont permis l'élaboration de premières hypothèses sur le sujet, ce qui a renforcé la validité externe de l'étude.

D'autre part, ce travail s'inscrit dans la droite ligne des préoccupations de la République Française, à travers la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 inscrite au JORF, visant à *« améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance »* en indiquant notamment que la protection de l'enfance comprend *« l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ».*

4.4. Interprétation des résultats

4.4.1. Pratique des signalements et informations préoccupantes

Les psychiatres et pédopsychiatres comme les autres médecins spécialistes ou généralistes ont un rôle important en ce qui concerne le bien-être et la santé des enfants et adolescents. La déclaration des enfants en danger ou en risque de l'être, à travers les signalements et les IP, prend une place non négligeable dans leur pratique. En effet, la majeure partie des praticiens interrogés ont déjà rédigé des IP et des signalements, ou été concernés par le sujet, des écrits ayants été faits pour leur patients par d'autres intervenants.

Une suspicion de maltraitance est toujours difficile à prendre en charge et certains médecins sont incertains dans la façon d'agir (REGNAUT et al., 2015). Comme nous l'avons précisé dans la première partie, la protection des enfants par le biais des signalements et des IP est rendue possible par la levée du secret médical, précisé dans l'article 226-14 du Code pénal. Seulement deux des médecins rencontrés avouent ne pas connaître l'article. Le respect du secret médical ne semble alors pas être un obstacle à la déclaration de maltraitance, et n'est d'ailleurs pas mis en avant dans nos différents entretiens. Malgré cela persistent des freins pour s'engager dans de telles démarches.

Quels sont les critères ou les facteurs qui influencent la volonté des psychiatres et pédopsychiatres de déclarer les cas de maltraitance aux autorités compétentes ? Pourquoi, alors qu'ils ont l'obligation de déclarer les maltraitances, choisissent-ils de ne pas le faire ? Cela ne semble pas simple comme le font ressentir certains médecins interrogés : *« il y a obligation de signaler oui, j'ai toujours fonctionné avec ça. C'est délicat mais on le dit », « ça a des conséquences, il faut faire gaffe quand on fait un signalement »*, *« on peut se sentir impuissant »*.

4.4.2. Les freins aux signalements et informations préoccupantes

Si les enfants en danger ou en risque de l'être sont vus mais non rapportés aux autorités compétentes par les médecins, il est important de déterminer quels facteurs ont une incidence sur leur décision avant d'élaborer des programmes de formation visant à améliorer cette prise en charge (MORRIS et al., 1985).

Toutes ces difficultés ont plusieurs origines et peuvent mettre au centre des préoccupations :

- le soin
- l'enfant et sa famille
- les autorités compétentes et services de protection de l'enfance
- la procédure
- les faits suspectés
- le praticien.

4.4.2.1. Les difficultés liées au soin

La peur que leurs écrits freinent les recours aux soins et perdre le mineur de vue peut être au centre des décisions, les familles n'amenant plus leurs enfants chez le professionnel ayant signalé ou fait une IP. Un des psychiatres interrogés tentait cependant de se rassurer : « *mais c'est pas grave j'ai fait mon boulot, d'autre ont fait le boulot derrière enfin j'espère ».* La perte de vue des patients a été soulignée de nombreuses fois lors de précédents articles (MORRIS et al., 1985 ; JONES et al., 2008 ; FINGARSON et al., 2011).

Un des points les plus souvent évoqués est également la confidentialité. Au delà de la notion de secret médical, un des médecins interrogés fait référence à l'intimité du patient qui peut être amenée à être dévoilée aux parents si jamais ces derniers demandent la saisine des dossiers médicaux lorsqu'ils sont mis en cause. Les médecins redoutent également que l'alliance thérapeutique soit affectée et que la famille n'ait plus confiance en eux. HEINS et GILBERT citaient déjà cette crainte que l'information porte atteinte à la relation entre le médecin et la famille de l'enfant (HEINS, 1984 ; GILBERT, KEMP et al., 2009). La familiarité des médecins avec la famille de l'enfant peut en effet influer leurs décisions (FINGARSON et al., 2011). Une bonne relation avec les familles peut rendre le praticien réticent à déclarer aux autorités compétentes (JONES et al., 2008). MORRIS qualifie cette familiarité *« d'épée à double tranchant »* pouvant aveugler le médecin dans son évaluation objective dans le domaine sensible de la maltraitance des enfants (MORRIS et al., 1985).

Mais il s'agit aussi de la confiance de l'enfant envers le praticien mettant à mal le travail de thérapie. Même si cela n'a été cité qu'une fois, un des psychiatres avec une approche plutôt psychanalytique a envisagé qu'une psychothérapie en cours pouvait le freiner dans sa décision de rapporter des faits de maltraitance. D'ailleurs, dans son étude, FLAHERTY a remarqué que les enfants qui ne connaissaient pas le médecin généraliste étaient plus susceptibles d'être à l'origine d'écrits (FLAHERTY et al., 2008).

4.4.2.2. Les difficultés liées au mineur

Même si cette prise en charge dans le cadre de la protection de l'enfance doit être pensée dans l'intérêt de l'enfant, il semble compliqué pour les psychiatres interrogés d'écarter d'éventuelles conséquences préjudiciables à l'enfant : *« les conditions du signalement c'est très très important, ça se réfléchit, on construit ensemble quelque chose dans l'intérêt de l'enfant »* comme l'explique l'un d'eux. Comme dans la plupart des décisions médicales, les médecins évaluent les bénéfices et les risques d'un signalement et d'une IP et cela en tirant des leçons de leurs précédentes expériences (JONES et al., 2008). Une perception que les rapports pourraient faire plus de mal que de bien, font partie des raisons de ne pas en faire (GILBERT et al., 2009). FLAHERTY précise ce manque perçu de bénéfice pour l'enfant qui freine les écrits (FLAHERTY et al., 2002).

Les représailles de la famille sur l'enfant et la séparation ont fait partie des réponses de notre population mais également les conséquences d'un signalement ou d'une IP n'ayant pas abouti alors que les procédures peuvent être très lourdes pour les enfants. Dans l'étude de THEODORE, une grande majorité des pédiatres estimait que les procédures judiciaires étaient souvent nuisibles ou pénibles pour les enfants ou adolescents concernés (THEODORE et al., 2006). Un des interviewés dans notre étude l'illustre : *« je trouvais insupportable la façon dont les choses se réalisaient avec une surexposition des enfants à des questions inappropriées »*, alors qu'on le sait, les procédures judiciaires et extrajudiciaires devraient se dérouler en veillant à l'intérêt supérieur de l'enfant et au respect de ses droits (CONSEIL DE L'EUROPE, 2009). D'autre part, pour un des médecins rencontrés, il est parfois trop tard pour prévenir les autorités. Les faits sont anciens et il imagine qu'en écrivant une IP ou en signalant cela sera plus délétère pour l'enfant que de ne pas le faire, « *le temps permet aussi d'oublier de réparer de reconstruire et si on prend les choses trop tard ça redéconstruit ».* Il s'agit là d'une question importante qu'est la temporalité. La loi indique bien qu'il y a une obligation de rapporter un cas de maltraitance dont on a eu connaissance et aucune précision n'est donnée sur cette temporalité, cela n'empêchant pas certains de s'interroger. Cependant, dans les cas où le tiers mis en cause est toujours en relation avec des mineurs que ce soit la fratrie ou non, une telle démarche peut également avoir un rôle préventif. Il ne faut pas oublier qu'une suspicion de maltraitance chez un enfant ou un adolescent doit nous amener à réfléchir à la protection de la fratrie. La HAS

précisait en effet dans son rapport sur l'inceste, que le repérage, la prise en charge et la protection d'éventuels autres enfants (fratrie, enfants dans l'entourage familial ou dans un cadre professionnel) en contact avec l'agresseur potentiel seraient appréciés par les autorités judiciaires (HAS, 2011).

4.4.2.3. Les difficultés liées aux services de protection de l'enfance

La question des services sociaux et des autorités judiciaires dans le champ de la protection de l'enfance est spécifiée dans notre étude mais n'est pas nouvelle, le résultat attendu d'une enquête de protection de l'enfance pouvant également influencer la volonté d'un médecin pour signaler ou rédiger une IP (FINGARSON et al., 2011). Tout en étant un atout, l'expérience peut aussi être source d'usure ou de découragement, comme cela peut être le cas dans une suite d'échecs de la protection d'un enfant (TCHAMGOUE, 2013). Le manque de confiance dans les autorités locales a déjà été spécifié comme raison invoquée pour cette omission de déclarer (MORRIS et al., 1985). Les psychiatres interrogés déplorent l'absence de suites dans certains cas, avec parfois l'idée que les faits et la gravité sont minimisés par les services : un des psychiatres parle de *« désorganisation totale des réponses de la police et de la justice par rapport à ces situations urgentes en général ».* Des études antérieures ont noté que les services de protection de l'enfance étaient moins susceptibles d'étayer les rapports de blessures moins graves (FLAHERTY et al., 2008). FLAHERTY pense que ce genre d'expérience précédente fait que les médecins se limitent à déclarer les cas pour lesquels ils pensent que les services donneront une réponse. Il ajoute que cette approche peut entraver l'accès aux services de protection des enfants avec des blessures mineures mais répétées souvent accompagnées de violence psychologique, et entrainant des dommages conséquents psychologiques et développementaux sur le long terme (FLAHERTY et al., 2008). JONES expliquait également que certains médecins avaient déjà en tête avant de faire un signalement ou une IP, l'absence de suites possible, cela remettant alors en question leur décision d'écrire (JONES et al., 2008). FLAHERTY et SEGE suggèrent alors pour améliorer la relation entre les services de santé et les services de protection de l'enfance, que ces derniers informent systématiquement les médecins de l'évolution de leur enquête et de leurs résultats (FLAHERTY et SEGE, 2005).

FINGARSON décrit une frustration des médecins lorsqu'ils perçoivent que rien n'a été fait par les services de protection (FINGARSON et al., 2011). Pour certains de nos psychiatres, la frustration se ressent dès lors qu'ils soulignent l'absence de retours faits par les autorités compétentes quand ils sont à l'origine des écrits. Un médecin décrit une certaine inertie administrative se plaignant des délais de réponse trop long mais tente de le justifier plus que de le critiquer : *« effectivement ils sont débordés, je pense qu'il n'y a plus de moyen ils font ce qu'ils peuvent donc il y a plus rien. Ils sont soumis comme nous quoi, il n'y a plus d'argent, on fait des économies, donc il y a moins de personnel. Alors c'est un avis personnel, mais je trouve que c'est un travers pervers de la société c'est à dire qu'on réduit petit à petit les trucs l'air de rien, et les choses ne sont plus possibles. Ils ont rendu le truc impossible alors du coup on ne fait plus de signalement. Donc il n'y a plus de lien social pour le gamin, ou de lien éducatif pour la famille également ».*

Aucun des médecins interrogés ne l'a exprimé comme suit mais dans les études antérieures, les répondants n'hésitent pas à penser qu'ils pourraient intervenir plus efficacement que les services de protection de l'enfance (FLAHERTY et al., 2008). Certains médecins imaginent qu'avec des consultations ou des entretiens téléphoniques plus fréquents, ils s'occuperaient de la situation des enfants sans l'intervention des services de protection (FINGARSON et al. 2011). D'autres précisent qu'une expérience négative avec les services sociaux ou judiciaires, pour l'enfant ou pour eux-mêmes, ne les incite pas à déclarer les maltraitances aux autorités compétentes (REGNAUT et al., 2015). L'étude de résultats sur l'évaluation des enfants et des familles à travers le processus judiciaire, démontrant les avantages ou l'absence de dommages à long terme pour ces enfants, pourrait augmenter la confiance des médecins (THEODORE et al., 2006). HEINS préconisait la poursuite de l'examen du système juridique et de son efficacité pour protéger les enfants (HEINS, 1984).

4.4.2.4. Les difficultés liées au psychiatre

Les menaces à l'encontre des professionnels ne doivent pas être oubliées, elles seraient susceptibles d'expliquer la non-transmission mystérieuse de certains signalements (TCHAMGOUE, 2013). En plus de se soucier des conséquences négatives pour l'enfant et sa famille, les médecins peuvent aussi se soucier des conséquences personnelles négatives de telles démarches (FINGARSON et al., 2011). La seule mise en

évidence lors de notre étude est le fait d'être confronté à la violence et aux menaces avec la peur des représailles des parents. Mais ce ne sont pas les seuls à en faire face, un des médecins précisant que différents intervenants peuvent se renvoyer la balle dans de telles situations ce qui peut entrainer des confusions, *« par exemple ce matin je viens d'en voir un, c'est très limite, l'école n'a pas fait de signalement car le père les a menacés. Ils aimeraient que ce soit moi qui le fasse, je ne crois pas que ce soit ma place là pour le coup ».* MORRIS faisait part dans son étude de l'inconfort dans certains cas pour affronter les parents et d'un besoin de sécurité (MORRIS et al., 1985). Le caractère encore souvent isolé de la pratique libérale accentue cette crainte.

D'autres freins comme le manque de temps, beaucoup étant réticents au fait de s'impliquer dans la bureaucratie juridique ou sociale (HEINS, 1984), ou les conséquences juridiques et professionnelles n'ont pas été rapportés dans cette étude. Les risques personnels, juridiques et financiers ont déjà été énoncés auparavant (MORRIS et al., 1985). Le fait de déclarer des faits soupçonnés ou avérés pose un problème d'ordre éthique pour un des psychiatres interrogés qui cite la *« prise de risque par rapport à notre éthique »***.** Ce problème l'amène à se questionner de la conformité à l'éthique médicale de la démarche du signalement et de l'IP, ce qui freine forcément le médecin dans ses démarches s'il est amené à remettre en cause le bienfondé de ce protocole. Ce point aurait mérité d'être plus développé lors de l'échange avec le praticien concerné.

4.4.2.5. Les difficultés liées aux faits

Des questions telles que l'incertitude diagnostique et le seuil de preuve semblent peser lourd dans l'esprit des médecins lorsqu'ils sont face à la décision de rapporter ou non les maltraitances (THEODORE et al., 2006). Le manque d'arguments ou d'éléments cliniques est un critère avancé par deux des psychiatres que nous avons interrogés. Le médecin n'étant pas enquêteur, il n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente (HAS, 2014). Les autorités compétentes se chargeront d'avérer ou non les faits. GUNN précisait dans son étude que les médecins étaient réticents à déclarer les suspicions de maltraitances tant qu'ils n'étaient pas certains des faits (GUNN et al., 2005). D'autre part, il y a cette notion de

perception erronée du degré de certitude nécessaire pour avertir les autorités compétentes (LANE et al., 2009). DUBOWITZ a souligné ce besoin pour certains d'une quantité suffisante de suspicion atteignant le seuil où la déclaration devient possible (DUBOWITZ et al., 2007). Les médecins ont besoin d'arguments tels que les circonstances et l'histoire des blessures (JONES et al., 2008). Dès lors qu'une explication des blessures apportée par la famille est discordante, l'élaboration des signalements ou de l'IP serait facilitée (WARNER-ROGERS et al., 1996). Cela semble concerner les blessures physiques, mais parfois les celles-ci ne sont pas visibles, et comme dit un de nos psychiatres, *« la maltraitance c'est plus les traces de brûlures de cigarette ».* Les incidents moins graves et certains types de maltraitances tels que la négligence ou la violence psychologique sont moins susceptibles d'être rapportés que d'autres cas (GRACIA, 1995).

Dans certains cas, la suspicion peut même être un stade complexe à atteindre. Par exemple, le rapport sur « l'histoire de Marina » consistait à cerner les raisons pour lesquelles la situation de cette dernière, décédée à l'âge de 8 ans dans la Sarthe en août 2009 des suites d'actes de tortures et de barbarie commis par ses parents, avait pu échapper à la vigilance du dispositif de protection de l'enfant dans son ensemble et n'avait pu faire l'objet des mesures qui auraient pourtant légitimement dû assurer sa sécurité (GREVOT, 2014). Celui-ci mettait en avant que le couple parental avait développé une emprise totale sur leur enfant dont le rayonnement semblait avoir perturbé le regard, l'écoute voire le fonctionnement de toutes les personnes et institutions (éducation, santé, social, justice et forces de l'ordre) qui ont eu à connaître de l'enfant, passant alors à côté de la situation de danger (GREVOT, 2014). De plus, la capacité des parents à rendre crédibles des explications apportées aux faits les plus troublants avait leurré toutes les personnes et institutions qui ont eu à connaître de la situation (GREVOT, 2014).

4.4.2.6. Les difficultés liées au protocole

Trois médecins disent se questionner sur le protocole, qu'ils peuvent trouver complexe. Parfois ils expliquent qu'ils ne savent pas quand ou à qui ils doivent écrire, s'il s'agit d'une IP ou plutôt d'un signalement. Comment faire en pratique est une difficulté rencontrée et le manque de connaissances sur les démarches a été mis en avant lors de

travaux antérieurs (GUNN et al., 2005). Même si des choses sont mises en œuvre pour que la marche à suivre soit aisément comprise, idée que partage un médecin interrogé, *« je crois qu'au contraire les cadres sont de plus en plus clairs par rapport à ça »,* il reste important de savoir vers qui se tourner dans ces moments de doute, cette difficulté pouvant alors être contournée. Le manque de travail en réseau intervient d'ailleurs dans les réponses recensées.

4.4.3. Un travail pluridisciplinaire, en réseau

Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider est un des messages clés de la recommandation de l'HAS sur la maltraitance (HAS, 2014). Quel que soit le dispositif, supervision, réunion institutionnelle ou échange informel avec un collègue de confiance, il faut mettre en œuvre le nécessaire pour épargner au professionnel ce facteur de vulnérabilité qu'est la solitude, quand il est confronté à ces questions vers lesquelles l'enfant en danger nous conduira inexorablement, au risque de ne pas pouvoir le protéger (TCHAMGOUE, 2013). Comme le disent deux des psychiatres rencontrés : *« il est important de partager son questionnement très rapidement avec un tiers », « souvent le lien est fondamental. Travailler en réseau c'est un confort »*. Les praticiens peuvent se tourner vers d'autres professionnels avant de faire leurs écrits aux autorités compétentes, s'ils ont besoin de soutien pour renforcer cette décision (JONES et al., 2008) ou s'ils font face à des difficultés dans la forme. Dans ces cas-là, il est primordial de savoir quelles ressources peuvent apporter une aide ou un accompagnement. La consultation d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la maltraitance des enfants, d'un spécialiste en pédiatrie, ou d'un organisme public, peut aider à prendre les décisions (DUBOWITZ et al., 2007). La HAS recommande également de prendre conseil auprès de professionnels formés à la protection de l'enfance notamment la CRIP, le Procureur de la République du tribunal de grande instance, les urgences pédiatriques hospitalières et si possible auprès d'un pédiatre senior du service, le Conseil national de l'Ordre des médecins ou le Conseil départemental (HAS, 2011). La majeure partie de notre population dit savoir vers qui se tourner. Cependant nous voyons que la CRIP n'a été citée que deux fois dans les ressources que nous proposaient les psychiatres interrogés, préférant se tourner vers des magistrats ou le Conseil national de l'Ordre des médecins. Un médecin se dit pas très satisfait des conseils que la CRIP peut apporter : *« la CRIP ce ne sont pas des informations très pertinentes donc c'est un problème alors que*

les magistrats, il y a des choses assez claires ». A moindre mesure, dans les réponses nous retrouvons les services juridiques de l'hôpital, du Syndicat des psychiatres français et les MDSI. Certains praticiens précisent que c'est plus facile de savoir vers qui se tourner lorsqu'on se connaît : *« ce qu'on essaye de faire pour faciliter les choses c'est d'essayer de mettre en place des rencontres avec les juges les partenaires judiciaires. Si on se connait s'ils voient qu'on a envie de travailler ensemble, ça facilite »*, *« j'ai fait du bricolage adaptatif, c'est à dire que j'ai réussi à me choper, en parlant sympathiquement avec une juge que j'ai eu la chance d'avoir et un procureur, le téléphone mobile de garde du procureur comme ça je n'hésite plus et à avoir la ligne directe d'un juge sur Bordeaux et d'un procureur adjoint. Donc ça facilite »*, *« des fois avec le Conseil de l'Ordre des médecins, j'ai des collègues qui y étaient alors ça aide quand on connait des gens. Ça aide parce qu'on va plus vite, on va à l'essentiel »*.

Les psychiatres interrogés soulignent également l'intérêt d'un travail en équipe. Les échanges avec des collègues faciliteraient les déclarations de maltraitance (GILBERT et al., 2009). Le recours aux confrères et collègues du service est la réponse la plus citée au cours de notre étude et notamment les AS. Les AS semblent être une référence majeure dans un service comme le démontrent ces deux avis recensés : *« et d'autre part si problème il y avait, on avait des AS dans le service »*, *« mes collègues assistantes sociales qui ont toujours été là et avec qui j'ai toujours rédigé les certificats, les signalements ».* Un psychiatre dit se tourner vers le médecin traitant, un lien entre un spécialiste qui rencontre un enfant ou un adolescent et le médecin traitant est en effet primordial lors d'une prise en charge.

Dans tous les cas, les médecins semblent d'accord sur la nécessité d'un travail pluridisciplinaire, en réseau ou en équipe au quotidien, dans les situations de maltraitance mettant en jeu des signalements ou des IP et ce dans l'intérêt de l'enfant : *« la plupart du temps je considère qu'il faut s'associer à l'IP. Dès qu'on en est informé, on soutien, on fait des compléments, des notes d'information, soit au juge directement, soit les travailleurs sociaux entre eux, notre AS. On participe dans la mesure de ce qui est important et de ce qu'on peut dire », « si on a un souci on peut appeler ces gens et discuter, c'est un échange pluridisciplinaire dans l'intérêt de l'enfant », « les signalements sont quand même des choses qui sont réfléchies en équipe », « c'est du travail d'équipe, même*

quand c'est dans l'urgence, il y a quand même un petit débriefing avec l'équipe », « moi je trouve que c'est un travail de partenariat, si on est clivé, ça marche beaucoup moins bien ». Un des médecins est d'ailleurs catégorique *: « jamais le signalement ne doit être fait par une personne seule. Ce n'est pas la subjectivité qui fait en sorte qu'il y ait un signalement. C'est à dire une élaboration mais en faisant en sorte qu'il y ait arrêt de la situation de danger ».* Pour GREVOT, un des constats majeurs qu'il fait dans son rapport est que face à une situation combinant forte emprise parentale, cruauté, perversité et aptitudes à dissimuler la réalité, il est impératif d'avoir une approche combinant les milieux sociaux, judiciaires, médicaux et scolaires. Il précise en effet que l'incapacité du dispositif à protéger Marina était en partie liée à la fragmentation des diverses interventions, au niveau institutionnel, à l'enfermement de l'ensemble des acteurs dans leur propre logique institutionnelle et professionnelle et à des liens partenariaux insuffisamment structurés (GREVOT, 2014).

4.4.4. La question de l'activité libérale

Le travail en équipe a pu être comparé à l'activité libérale. La prise en charge d'un enfant en danger ou en risque de l'être lorsqu'un psychiatre exerce en libéral est présentée par notre population comme plus complexe qu'à l'hôpital :

- *« en libéral on est tout seul on n'est pas tout puissant. Il faut du pluridisciplinaire en général. En hôpital on a du monde autour de nous »* ;
- *« par contre en hôpital, alors là ! Là on signale, on est vite préoccupé parce qu'on est confronté à une autre dynamique, à une autre temporalité, on n'est pas tout seul » ;*
- *« je crois que c'est compliqué quand on travaille comme je travaille, en exercice libéral. Je suis dans des groupes de travail alors ça aide, on en a besoin. Quand je travaillais en équipe, c'était vraiment structuré. Il y a des prises en charges il faut être en équipe, seul on ne peut pas ».*

Le médecin à l'origine de cette dernière citation explique que dans certaines situations il s'arrange pour faire intervenir une équipe : *« je m'arrange très vite pour mettre un CMPP, un CSMI* (nb Centre de santé mentale infantile) *dans l'affaire ».* Un autre médecin se remémore deux cas où il a fait une IP mais a ensuite fait en sorte que les

enfants soient pris en charge par une équipe *: « une révélation d'abus sexuel (…). Et une autre sur des défaillances éducatives trop importantes. En général ce genre de situation ne reste pas dans le privé. Elles ne relèvent pas du privé mais d'une équipe pluridisciplinaire ».* Un des médecins suppose l'existence d'un « *plus grand confort de travailler en institution ou à l'hôpital, en groupe »* ainsi que « *la peur de travailler seul ».* La différence dans les déclarations de maltraitances entre les médecins travaillant seuls et les médecins en groupe ou dans les services hospitaliers a été soulignée auparavant (WARNER-ROGERS et al., 1996). Le passage d'un exercice en équipe à une pratique plus solitaire peut modifier les repères (TCHAMGOUE, 2013). Cela s'explique sûrement du fait que le travail seul peut rendre plus compliqué les décisions mais également du fait d'une file active inégale, comme l'imagine un des interviewés : *« au niveau libéral il y a une population tout à fait différente. Il n'y a pas d'enfant impliqué dans une histoire sociale lourde »*. Cette dernière idée suggèrerait alors que la maltraitance ne concerne que certaines situations sociales.

Pour MORRIS, les médecins justifiaient que les maltraitances n'étaient pas souvent rapportées en raison de leur faible incidence dans le cadre de la pratique privée (MORRIS et al., 1985). Deux des praticiens interrogés illustrent cette dernière hypothèse et l'un d'eux insiste surtout sur les signalements :

- *« en cabinet je n'en ai jamais encore fait (…) et en hôpital alors là j'en ai peut-être fait des milliers ! Je plaisante mais j'en ai fait beaucoup » ;*
- *« en libéral je n'en fais jamais, quasiment jamais. Le signalement judiciaire c'est extrêmement rare en libéral. J'ai dû en faire...non je n'en ai pas fait, j'ai fait des IP mais très peu, j'ai dû en faire deux en libéral ».*

La conférence de consensus de 2003 insistait sur l'intérêt d'un décloisonnement des pratiques des professionnels de santé et pour favoriser cela préconisait le développement de socles communs de formations (FFP, 2003).

4.4.5. La formation

Le bien-être des enfants dépend de la formation et de la compétence des médecins pour identifier, traiter, et finalement prévenir la maltraitance (STARLING et al., 2009). La formation des professionnels travaillant pour et avec les enfants constitue

un important investissement à long terme pour le développement et le bien-être des enfants (CONSEIL DE L'EUROPE, 2009). Pour LANE, participer à ne serait-ce que de brèves interventions éducatives permettrait d'améliorer la connaissance, le confort et la compétence en matière d'évaluation et de gestion des enfants victimes de maltraitance (LANE et al., 2009). Sans formation, les médecins sont moins susceptibles d'être au courant des signes de maltraitance, d'évaluer les facteurs de risque, de prendre des mesures adéquates, d'intervenir tôt et de prévenir la chronicité (THEODORE et al., 2006). Mais voilà, la formation des professionnels de santé mentale sur le sujet et plus particulièrement sur la déclaration aux autorités compétentes est peu étudiée (ALVAREZ et al., 2010). Même si la question de la formation n'est pas clairement ressortie dans notre étude lors des échanges autour des difficultés pour déclarer les maltraitances, d'autres auteurs mettent en évidence une mauvaise connaissance de la question comme l'un des principaux facteurs qui influent sur l'identification et la déclaration (REGNAUT, 2015). En Espagne, une comparaison des écrits aux organismes de protection des enfants avant et après l'introduction d'un programme de formation des professionnels de santé, de la scolarité et des services sociaux a montré que la formation augmentait le nombre de rapports dans tous les secteurs (GILBERT et al., 2009). Dans une étude randomisée et contrôlée d'une méthode de formation pour les professionnels de santé mentale, insistant sur la connaissance des lois, la suspicion de maltraitance et l'intention de prévenir les autorités compétentes, les résultats ont indiqué une amélioration significative dans l'identification de la suspicion de maltraitance des enfants, et des compétences cliniques requises pertinentes pour déclarer ces situations (ALVAREZ et al., 2010).

Des questions précises dans notre étude, concernant la formation ont permis de souligner que les psychiatres trouvaient leur formation initiale sur la protection de l'enfance minime et que les besoins en formation continue semblaient essentiels pour la plupart. L'article L 542 du Code de l'Education stipule : *« les médecins (...) reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger »*. La HAS précise que cette formation a pour but de les sensibiliser à cette maltraitance afin d'y penser au cours de leur pratique, et de les informer quant aux démarches à mettre en œuvre pour protéger le mineur en danger (HAS, 2011). Si nous prenons l'exemple de la formation

des internes de Bordeaux, le thème de la maltraitance est abordé sur trois heures, ne se limitant par contre pas aux enfants et adolescents, et la psychiatrie légale de l'enfant comprend également trois heures. A Poitiers, cette thématique est abordée autour de 3h de cours. Lorsque j'ai interrogé les internes de Limoges sur cette question, cela a interpellé l'un d'eux qui me disait alors qu'aucun cours n'était réservé à ce sujet : *« on est en train de faire le planning de l'an prochain, on n'a pas prévu de cours sur la protection de l'enfance mais on va peut-être revoir ça du coup ».*

Un seul des psychiatres interrogés a fait part spontanément de la richesse de sa formation : *« on avait beaucoup de cours, beaucoup de séminaires, de regroupement d'analyse des pratiques, etc... Donc on était beaucoup entourés, sur toutes les disciplines, y compris juridiques, donc j'ai eu un enseignement très dense au niveau de la législation »*, *« l'université faisant venir des intervenants extérieurs donc des juristes, des psychanalystes, des spécialistes du médicament, il y avait énormément de connexions, ce n'était pas que des psychiatres et c'était ouvert à toutes les disciplines ».* Il s'agit là d'un des praticiens avec une qualité de formateur. Peut-être alors que sa sensibilité sur le sujet était déjà très forte lors de sa formation, ce qui expliquerait qu'il est le seul à exprimer cette satisfaction malgré la présence d'autres médecins de sa classe d'âge (61-70 ans) et venant de la même faculté dans notre étude. La formation théorique des internes reste critiquée par certains, deux praticiens préciseront : *« aujourd'hui les internes doivent se cultiver tout seul, ce qui est gravissime », « c'est comme pour tout en psychiatrie, il faut tout bosser soi-même »* et d'autres préciseront qu'elle s'est plutôt faite dans la pratique, *« la formation je l'ai faite au fur et à mesure dans les services, l'HDJ* (nb hôpital de jour) *»,* à propos des signalements ou IP, un praticien dira *« j'en avais jamais vu avant d'en rédiger moi-même un ».*

En ce qui concerne la formation continue, sous quelle forme les psychiatres interrogés l'imaginent-ils ? Ces derniers ne semblent pas porter tant d'intérêt aux Recommandations de bonne pratique de l'HAS et Conférences de consensus concernant la maltraitance de l'enfant et des adolescents à la disposition des psychiatres, comme l'illustre l'un d'eux *« peut-être que le directeur me l'avait envoyé, il nous envoie des documents de temps en temps. Faut dire que nous les médecins on n'aime pas trop ces trucs ».* En effet, seulement 20% des praticiens affirme les connaître et pour seulement

deux des médecins c'est fondamental, *« oui il faut le lire car on est dans le devoir de suivre l'évolution conceptuelle autour de ces prises en charge et ces repérages et conduites à tenir », « tout médecin est tenu de s'informer de regarder de les connaitre et de les appliquer les recommandations »,* même si un des deux dit être plus au fait des recommandations dans d'autre champ de leur profession, *« je connais celles que j'utilise le plus souvent, sur le TDAH* (Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) *par exemple ou sur l'autisme mais je connais beaucoup moins sur la maltraitance, même si je devrais la connaitre aussi ».* Un seul met en avant la place des Diplôme universitaire (DU), précisant que c'est ce qui lui a apporté la majeure partie de ses connaissances sur la maltraitance : *« j'en ai eu avec le DU de médecine légale j'ai eu toute la formation essentielle ».* Par exemple, la faculté de Bordeaux propose le DU de Protection de l'enfance (Unité de formation et de recherche (UFR) de Droit et sciences politiques), le DU de Prise en charge des victimes (UFR de Sciences médicales) et celle de Paris Diderot le DU de Protection de l'enfance (UFR d'Etudes psychanalytiques), mais cela ne semble pas connu. Il serait alors intéressant de voir par quels moyens les psychiatres peuvent avoir connaissance de ces formations.

La plupart semblent plus sensibles à une formation interactive, sous forme de rencontre, de colloque, *« tout ce qui est cours magistral moi c'est plus trop mon truc »* précise un des psychiatres. Un psychiatre se limite quant à lui à internet, ne s'intéressant plus aux conférences, *« moi, je passe mon temps sur internet », « si vous me dites vous avez besoin d'aller à une conférence un soir sur ça je vais vous dire non ! j'ai aussi vite fait de le lire là »*, suggérant même un travail là-dessus*, « si vous devriez développer un truc c'est l'accès à la connaissance par internet ».* Il est important de préciser la place d'internet dans la formation continue. De nombreux articles sont mis à disposition, mais leurs accès restent très souvent payant, à moins d'être étudiant ou d'exercer à l'hôpital et de bénéficier de la gratuité à travers la faculté ou l'établissement hospitalier. Ce point est d'ailleurs illustré par le médecin citant internet : *« ce qui est particulier c'est que nous sommes ici au CHU de Bordeaux, ce qui veut dire que structurellement mon internet est connecté, autorisé pour aller faire toutes les recherches bibliographiques que je veux. Ce qui n'est pas le cas du praticien libéral qui doit payer plein d'abonnements pour pouvoir accéder à tel truc, tel truc, alors que moi j'ai la bibliographie internationale, nationale, à*

disposition, je n'ai qu'à cliquer. Je n'ai même pas besoin d'aller à la bibliothèque universitaire, c'est terminé ça ».

La grande majorité des psychiatres interrogés estime avoir besoin d'une formation continue accès sur une thématique juridique. La méconnaissance de la loi et des parcours judiciaires a d'ailleurs été citée comme facteur de sur-victimisation (FFP, 2003). Dans tous les cas, ce qui ressort de notre étude est que la formation continue est envisagée préférentiellement de manière pluridisciplinaire ce qui va de pair avec le travail en réseau indispensable dans le champ de la protection de l'enfance. La conférence de consensus de 2003 sur les maltraitances sexuelles insistait déjà sur l'importance qui doit être donnée à la formation croisée des professionnels de tous les champs concernés (FFP, 2003). Dans son rapport, GREVOT préconise la nécessité de rendre effectives ces formations communes en matière de protection de l'enfance et rappelle les grandes lignes du décret 2009-765 du 23 juin 2009 relatif à « la formation dans le domaine de la protection de l'enfance en danger ». Il s'agirait d'élaborer un enseignement portant sur la maltraitance destiné aux différents professionnels et de mettre en place de telles formations continues, regroupant les secteurs de la justice, police-gendarmerie, santé, éducation et sociaux (GREVOT, 2014). Ceci afin de partager un langage et une culture commune, de créer des relations de connaissance entre institutions et personnes opérant avec des logiques différentes, de clarifier et expliciter les contraintes éthiques, déontologiques, légales et règlementaires de chacun (GREVOT, 2014). A Bordeaux, lors de la formation initiale des internes, des AS interviennent. Et comme l'envisagent deux de nos participants, ce travail pourrait se faire à partir de cas cliniques déjà rencontrés. FLAHERTY suggère également que la formation médicale sur la maltraitance des enfants soit élargie au-delà de la reconnaissance des formes de maltraitance, à l'étude de cas cliniques expérimentés par le formateur (FLAHERTY et al., 2006). Dans tous les cas, ce dernier, lors de son étude concernant les raisons pour lesquelles les médecins sous-estimeraient la maltraitance des enfants, indique qu'améliorer la formation continue sur la maltraitance permettrait d'être plus performant dans l'identification et la déclaration de la maltraitance des enfants (FLAHERTY et al., 2005).

CONCLUSION

Chaque enfant a droit à une protection contre toute forme de violence et les professionnels travaillant avec eux ont des rôles complémentaires dans la reconnaissance et la réponse aux situations de danger. Les médecins sont des figures importantes dans la lutte contre la maltraitance mais sous-estiment les cas d'enfants en danger ou en risque de l'être. Cela peut alors entraîner des abus continus avec de graves conséquences. Cette étude a examiné les attitudes et les pratiques des psychiatres liées aux déclarations de situations de maltraitance ou d'enfant en danger à travers le signalement et l'information préoccupante. Nous avons pu mettre en lumière de nombreux obstacles empêchant les psychiatres de jouer leur rôle dans la protection des enfants même s'il s'agit d'une obligation légale. Leurs décisions sont basées sur des facteurs cliniques mais pas seulement. Les interactions avec la famille, les échanges précédents avec les services de protection de l'enfance ou les autorités judiciaires et les ressources disponibles autour d'eux prennent une place importante dans leurs décisions. Ils évaluent comme souvent les bénéfices et les risques de l'acte médical et parfois les expériences précédentes ne les encouragent pas à engager de telles démarches. La formation reçue ne préparant pas totalement à la réalité complexe de ce qu'est la maltraitance, les psychiatres interrogés ont fait part de leur intérêt pour une formation et information régulière sur le sujet qu'ils imaginent de manière pluridisciplinaire. Le savoir-faire du psychiatre se construit en effet sur un savoir théorique acquis pendant la formation initiale et la formation continue à laquelle le médecin se donne accès mais également sur la pratique et les expériences partagées. Ce travail a souligné à nouveau l'intérêt du travail en équipe pluridisciplinaire ou en réseau avec les équipes spécialisées dans la protection de l'enfance qui apporte une variété de compétences et de points de vue.

Les efforts de recherches futures devraient répondre aux préoccupations des médecins sur :

- les moyens pour améliorer les relations de travail avec le système juridique et les services de protection de l'enfance ;
- les besoins de formations en protection de l'enfance ;
- l'aide à l'évaluation des risques et des avantages à s'engager dans une démarche de signalement ou d'information préoccupante.

Au terme de notre étude, nous préconisons pour limiter les obstacles aux signalements et IP liés à l'expérience antérieure des psychiatres, leur manque de connaissance, de formation ou de confiance :

- d'enrichir la formation et ce dès la formation initiale, en s'appuyant sur des cas concrets ayant amené des questionnements, pour illustrer les cours magistraux ;
- d'insister sur l'intervention de professionnels non médicaux dans le cadre de cette formation afin de décloisonner les différents milieux ;
- d'améliorer l'accès aux connaissances (articles, recommandations) à travers internet, ainsi que l'information concernant les formations complémentaires (DU) disponibles en protection de l'enfance ;
- de favoriser le travail en réseau avec des professionnels référents formés à la protection de l'enfance permettant ainsi de diminuer le sentiment d'isolement des praticiens libéraux dans certaines situations ;
- de créer des partenariats sûrs et clairs entre les différents milieux médicaux, sociaux et judiciaires en organisant des rencontres régulières.

BIBLIOGRAPHIE

Alvarez K.M., Donohue B., Carpenter A., Romero V., Allen D.N., Cross C. (2010) « Development and preliminary evaluation of a training method to assist professionals in reporting suspected child maltreatment ». Child Maltreatment ; 15 (3) : 211 – 218.

Ansley-Green A., Hall D. (2009) « Safeguarding children : a call to action ». The Lancet ; 373 : 280 – 281.

American Psychiatric Association (2014) « Diagnostic and statistical Manual of mental disorders » (5ème édition). American Psychiatric Association Publishing.

Bass C., Glaser D. (2014) « Early recognition and management of fabricated or induced illness in children ». The Lancet ; 383 : 1412 – 21.

Bailhache M., Leroy V., Pillet P., Salmi L.-R. (2013) « Is early detection of abused children possible ? : a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children ». BMC Pediatrics ; 13 : 202.

Bourrillon A., Benoist G., Delacourt Ch., Collège National des Pédiatres Universitaires (2014) « Pédiatrie. Réussir les Epreuves Classantes Nationales ». 6ème édition. Elsevier Masson.

Conseil de l'Europe (2009) « Lignes directrices du Conseil de l'Europe sur les stratégies nationales intégrées de protection des enfants contre la violence ».
http://www.coe.int/fr/web/children/integrated-strategies

Cour des Comptes (2009) « Rapport publique thématique - La protection de l'enfance ».
https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-protection-de-l-enfance

De Panfilis D. (2006) « Child neglect : a guide for prevention, assessment, and intervention ».
https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/neglect/

Donohue B., Carpin K., Alvarez K.M., Ellwood A., Jones R.W. (2002) « A standardized method of diplomatically and effectively reporting child abuse to state authorities ». Behavior Modification ; Vol. 26 No. 5, 684 – 699.

Dubowitz H., Bennett S. (2007) « Physical abuse and neglect of children ». The Lancet ; 369 : 1891 – 99.

Fédération Française de Psychiatrie (2003) « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir ». Conférence de consensus.
http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/recomL.html

Fingarson A.K., Flaherty E.G., Sege R.D. (2011) « Improving physician identification and reporting of child abuse ». Journal of Clinical Outcomes Management ; Vol. 18, No. 4 : 185 – 190.

Flaherty E.G., Sege R., Mattson C.L., Binns H.J. (2002) « Assessment of suspicion of abuse in the primary care setting ». Ambulatory Pediatrics ; 2 : 120 – 126.

Flaherty E.G., Sege R. (2005) « Barriers to physician identification and reporting of child abuse ». Pediatric Annals ; 34(5) : 349 – 56.

Flaherty E.G., Sege R., Price L.-L., Kaufer Christoffel K., Norton D.P., O'Connor K.G. (2006) « Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting : results from a national survey of pediatricians ». Child Maltreatment ; Vol. 11, No. 4 : 361 – 369.

Flaherty E.G., Sege R.D., Griffith J., Price L.-L., Wasserman R., Slora E., Dhepyasuwan N., Harris D., Norton D., Angelilli M.-L., Abney D., Binns H.J. (2008) « From suspicion of physical child abuse to reporting : primary care clinician decision-making ». Pediatrics ; 122 : 611 – 619.

Gilbert R., Kemp A., Thoburn J., Sidebotham P., Radford L., Glaser D., MacMillan H.L. (2009) « Recognising and responding to child maltreatment ». The Lancet ; 373 : 167 – 80.

Gilbert R., Spatz Widom C., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. (2009) « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries ». The Lancet ; 373 : 68 – 81.

Gracia E. (1995) « Visible but unreported : a case for the « not serious enough » cases of child maltreatment ». Child Abuse & Neglect ; Vol. 19, No. 9 : 1083 – 1095.

Grevot A. (2014) « Rapport thématique sur l'histoire Marina ». Les défenseurs des droits.
http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140630_grevot_marina.pdf

Gunn V.L., Hickson G.B., Cooper W.O. (2005) « Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment ». Ambulatory Pediatrics ; 5 : 96 – 101.

Haute Autorité de Santé (2007) « Recommandations professionnelles. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) ».
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf

Haute Autorité de Santé (2011) « Recommandations de bonne pratique. Repérage et signalements de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ».
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf

Haute Autorité de Santé (2014) « Fiche Mémo : Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ».
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf

Heins M. (1984) « The battered child revisited ». The Journal of the American Medical Association ; 251 : 3295 – 3300.

Henry Kempe C., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. (1985) « The battered-child syndrome ». Child Abuse & Neglect ; 9 : 143 - 154.

Hight D.W., Bakalar H.R., Lloyd J.R. (1979) « Inflicted burns in children ». The Journal of the American Medical Association ; Vol. 242, No. 6 : 517 – 520.

Jenny C. (2008) « Medicine discovers child abuse ». The Journal of the American Medical Association ; 300 : 2796 – 2797.

Jones R., Flaherty E.G., Binns H.J., Lyn Price L., Slora E., Abney D., Harris D.L., Kaufer Christoffel K., Sege R.D. (2008) « Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse : report of the child abuse reporting experience study research group ». Pediatrics ; 122 : 259 – 266.

Journal Officiel de la République Française (2004) « Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance ».
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/1/2/2004-1/jo/texte

Journal Officiel de la République Française (2013) « Décret n° 2013-994 du 7 novembre 2013 organisant la transmission d'informations entre départements en application de l'article L. 221-3 du Code de l'action sociale et des familles ».
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/11/7/2013-994/jo/texte
Journal Officiel de la République Française (2016) « Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant ».
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/3/14/2016-297/jo/texte
Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. (1962) « The battered-child syndrome ». The Journal of the American Medical Association ; 181 (1) : 17 – 24.
Kim D. (1986) « How physicians respond to child maltreatment cases ». Health & Social Work ; 11 (2) : 95 – 106.
Knox M., Pelletier H., Vieth V. (2013) « Educating medical students about adolescent maltreatment ». International Journal of Adolescent medicine and Health ; 25(3) : 301 – 308.
Lane W.G., Dubowitz H. (2009) « Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment : do we need child abuse experts ? ». Child Abuse & Neglect ; 33 : 76 – 83.
MacMillan H.L., Nadine Wathen C., Barlow J., Fergusson D.M., Leventhal J.M., Taussig H.N. (2009) « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment ». The Lancet ; 373 : 250 – 66.
Ministère de la Justice (2012) « Les agressions sexuelles ».
http://www.justice.gouv.fr/publication/fp_agressions_sexuelles.pdf
Ministère de la Santé et des Solidarités (2011) « La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation ».
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_cellule_depart.pdf
Morris J.L., Johnson C.F., Clasen M. (1985) « To report or not to report. Physicians' attitudes toward discipline and child abuse ». The American Journal of Diseases of Children ; 139 : 194 – 197.
Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (2014) « Rapport – Décembre 2014 ».
http://www.gironde.fr/jcms/cgw_74729/6eme-conference-annuelle-de-lodpe

Observatoire National de l'Action Décentralisée (2007) « Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs ».
http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf
Observatoire National de l'Enfance en Danger (2008) « Les 7 enjeux de la loi du 5 mars réformant la protection de l'enfance ».
http://oned.gouv.fr/search/node/Les%207%20enjeux%20de%20la%20loi
Observatoire National de l'Enfance en Danger (2011) « Enquête nationale informations préoccupantes ».
http://oned.gouv.fr/publications/enquete-nationale-informations-preoccupantes
Observatoire National de l'Enfance en Danger (2015) « Dixième rapport au Gouvernement et au Parlement ».
http://www.oned.gouv.fr/actualite/10e-rapport-loned-analyse-schemas-departementaux-et-estimations-statistiques
Observatoire National de l'Enfance en Danger (2015) « Estimation de la population des enfants de l'enfance au 31/12/2013 ».
http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20151012_oned_estimation.pdf
Ordre National des Médecins (2010) « La protection de l'enfance. Signalement et information préoccupante ».
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protection%20de%20l'enfance.pdf
Ordre National des Médecins (2015) « Le rôle du médecin dans la maltraitance ».
http://www.ordre-medecins.org/site/fiches_techniques/ODMFiche6-6.pdf
Pillet P., Corpart I., Briand C., Dubreuil F., Eudier F., Euillet S., Gruas P.-E., Le Boursicot M.-C., Oui A., Sellenet C., Séraphin G., Gouttenoire A. (2014) « Propositions pour adapter la protection de l'enfance aux réalités d'aujourd'hui ». Archives de Pédiatrie ;21 : 1381 – 1385.
Reading R., Bissell S., Goldhagen J., Harwin J., Masson J., Moynihan S., Parton N., Santos Pais M., Thoburn J., Webb Elspeth (2009) « Promotion of children's right and prevention of child maltratment ». The Lancet ; 373 : 332 – 343.
Regnaut O., Jeu-Steenhouwer M., Manaouil C., Gignon M (2015) « Risk factors for child abuse : levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study ». BMC Research Notes ; 8 : 620.

Rey-Salmon C., Messerschmitt P. (2003) « Maltraitance et enfants en danger ». La Revue du Praticien ; Vol. 53, No. 10 : 1121 – 1127.

Scott D.A. (2009) « The landscape of child maltreatment ». The Lancet ; 373 : 101 – 102.

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (2011) « Syndrome du bébé secoué ». Recommandations de la commission d'audition. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/syndrome-bebe-secoue-recommandations-commission-audition.pdf

Starling S.P., Heisler K.W., Paulson J.F., Youmans E. (2009) « Child abuse training and knowledge : a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors ». Pediatrics ; 123 : e595 – e602.

Stirling J. (2007) « Beyond Munchausen syndrome by proxy : identification and treatment of child abuse in a medical setting ». Pediatrics ; Vol. 119, No. 5 : 1026 – 1030.

Stoltenborgh M., Bakermans-Kranenburg M.J., Van Ijzendoorn M.H. (2013) « The neglect of child neglect : a meta-analytic review of the prevalence of neglect ». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ; 48 : 345 – 355.

Tchamgoue A. (2013) « Les freins à la révélation de la situation de danger par le professionnel ». Enfances & Psy ; 61 : 150 – 158.

Theodore A.D., Runyan D.K. (2006) « A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment ». Child Abuse & Neglect ; 30 : 1353 – 1363.

Van Haeringen A.R. (1998) « The child abuse lottery – Will the doctor suspect and report ? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect ». Child Abuse & Neglect ; Vol. 22. No. 3 : 159 – 169.

Warner-Rogers J.E., Hansen D.J., Spieth L.E. (1996) « The influence of case and professional variables on identification and reporting of physical abuse : a study with medical students ». Child Abuse & Neglect ; Vol. 20, No. 9 : 851 – 866.

La bibliographie contient 62 références.

Annexe 1 : Modèle type de signalement (HAS, 2011)

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

L'enfant :
nom : prénom :
date de naissance (en toutes lettres) :
sexe : nationalité :
adresse :

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

La personne accompagnatrice nous a dit que :

L'enfant nous a dit que :

Cachet du médecin

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

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

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

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.
Signalement adressé au procureur de la République

Fait à , le

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Annexe 2 : Questionnaire utilisé dans l'étude personnelle

Date : _ _/_ _/2016
Rencontre ou entretien téléphonique : _____
Lieu : _____
Durée : ____ minutes ____ secondes

Caractéristiques socio-démographiques du médecin :

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Age : _ _ ans

Département d'exercice : _ _

Lieu de la formation initiale : _____

Année d'obtention de la thèse de Docteur en médecine : _ _ _ _

Année de validation du Diplôme d'études supérieurs (DES) en psychiatrie : _ _ _ _

Diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie : ☐ Oui ☐ Non

Type d'activité : ……

Connaissances en protection de l'enfance :

1) Connaissez-vous l'article 226-14 du Code pénal ?

……
……
……

2) Connaissez-vous les recommandations HAS et conférence de consensus en lien avec la maltraitance chez l'enfant ?

   - Conférence de consensus (2003) : « Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaitre, les soigner, les prévenir. »
   - Recommandation HAS (2011) : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. »
   - Recommandation HAS (2014) : « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. »

……
……
……

Pratique en protection de l'enfance

3) Combien d'informations préoccupantes et de signalements avec-vous faits depuis le début de votre activité ?

……
……
……

4) Avez-vous été informé d'informations préoccupantes ou de signalements d'enfants et adolescents que vous suivez, faits par d'autres intervenants ?

……
……
……

5) Quelles difficultés majeures rencontrez-vous avec les informations préoccupantes et les signalements ?

……
……
……

6) Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide dans vos démarches ?

……
……
……

Formation en protection de l'enfance

7) Quelle place avait la protection de l'enfance dans votre formation initiale ?

……
……
……

8) Quels seraient vos besoins sur ce sujet en terme de formation continue ?

……
……
……

Annexe 3 : Exemple d'entretien n°1

Date : 09/02/2016
Rencontre ou entretien téléphonique : Entretien téléphonique
Durée : 12 minutes

Caractéristiques socio-démographiques du médecin :

Sexe : Femme

Age : 32 ans

Département d'exercice : 33

Lieu de la formation initiale : Bordeaux

Année d'obtention de la thèse de Docteur en médecine : 2013

Année de validation du Diplôme d'études supérieurs (DES) en psychiatrie : 2013

Diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie : Oui

Type d'activité : Activité hospitalière

Connaissances en protection de l'enfance :

1) Connaissez-vous l'article 226-14 du Code pénal ?

« Non. »

(Après explications)

« *Oui, on connait cette loi, après le numéro de l'article je ne le connais pas.* »

2) Connaissez-vous les recommandations HAS et conférence de consensus en lien avec la maltraitance chez l'enfant ?

- Conférence de consensus (2003) : « Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaitre, les soigner, les prévenir. »
- Recommandation HAS (2011) : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. »
- Recommandation HAS (2014) : « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. »

« Non non, mais je n'ai jamais lu de recommandation sur la maltraitance de l'HAS. Tout médecin est tenu de s'informer de regarder de les connaitre et de les appliquer les recommandations. C'est des recommandations de bonne pratique, donc il n'y a pas vraiment de recommandations là-dessus, donc je connais celles que j'utilise le plus souvent sur le TDAH par exemple ou sur l'autisme mais je connais beaucoup moins sur la maltraitance, même si je devrais la connaitre aussi. »

- Du coup, on ne vous envoie pas spécialement les liens ?

« Jamais, je n'ai jamais eu de liens. C'est en discutant avec les collègues qui me disent "mais tu devrais..." enfin c'est surtout sur les textes de lois, c'est vrai qu'on parle peu entre nous peut-être des recommandations. On parle plus sur les recommandations sur le suicide, celles-là je les connais plus aussi mais la maltraitance c'est pas forcément quelque chose... »

<u>Pratique en protection de l'enfance</u>

3) Combien d'informations préoccupantes et de signalements avec-vous faits depuis le début de votre activité ?

« Pas beaucoup j'ai dû en faire 3 ou 4, je me souviens de 3, sur deux ans ».

4) Avez-vous été informé d'informations préoccupantes ou de signalements d'enfants et adolescents que vous suivez, faits par d'autres intervenants ?

« Des signalements que moi je n'aurais pas fait qui auraient été faits pour des enfants que moi j'aurais rencontrés en consultation ? »

- Oui c'est ça.

« Ça peut arriver. Quand je suis aux urgences, c'est plus rare, souvent les signalements ont été faits avant mais oui ça peut arriver. »

- Vous avez été surprise ?

« Ah non, non, non, pas spécialement mais c'est mon poste qui veut ça. Moi je suis aux urgences et après j'oriente. Donc soit je fais moi-même les signalements avec les collègues pédiatres, soit eux les font dans les jours qui viennent soit on oriente en unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie où le signalement va être fait. Maltraitance physique on va très vite, quand on est plutôt sur des informations préoccupantes pour des négligences on travaille beaucoup plus car il n'y a pas de péril imminent. Au CCS (nb. Centre de consultation spécialisée), *je n'ai pas d'enfants qui ont eu des signalements ou alors pas à ma connaissance non. »*

5) Quelles difficultés majeures rencontrez-vous avec les informations préoccupantes et les signalements ?

« Ce qui est le plus difficile, c'est la projection du retentissement des conséquences de mon signalement. Au final, on veut qu'un signalement soit quelque chose de positif pour l'enfant et forcément quand on est dans des signalements, le placement, des choses où on sait qu'il va y avoir des conséquences de séparation, on mesure aussi l'impact négatif de notre possible signalement. Ca va être un peu plus "est-ce que j'ai vraiment raison de le faire ?", "est-ce que j'ai assez d'arguments pour le faire ?". Je pense que c'est les scrupules de la conscience professionnelle. On est rarement avec des signalements de maltraitance avérée, on est beaucoup plus dans des choses de maltraitance psychologique ou de la négligence affective donc les arguments sont quand même plus compliqués je trouve. Quand on est dans la maltraitance physique, j'ai beaucoup moins de problèmes avec ça. C'est beaucoup plus facile. »

6) Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide dans vos démarches ?

« Oui, souvent mes collègues assistantes sociales qui ont toujours été là et avec qui j'ai toujours rédigé les certificats, les signalements. Si j'ai besoin d'un avis ça va être mon supérieur ou mes collègues. Ça, il y a pas de soucis. »

<u>Formation en protection de l'enfance</u>

7) Quelle place avait la protection de l'enfance dans votre formation initiale ?

« J'ai dû avoir le cours sur la maltraitance, 3h. Voilà, c'est tout. J'en avais jamais vu avant d'en rédiger moi-même un. »

8) Quels seraient vos besoins sur ce sujet en terme de formation continue ?

« Du coup, on a des réunions avec les juges qui sont organisées en ce moment sur le pôle, accessibles à tous les médecins du pôle et donc on se rencontre tous les 4 mois pour évoquer le signalement mais pas que, placement tout ça, coordination entre justice, les juges des enfants j'entends, et médecin. Je trouve que ça, ça répond bien à nos attentes. C'est pas tant une formation c'est plutôt un lien à travers les rencontres. On a mis ça en place et c'est vraiment très bien je trouve de pouvoir discuter à froid des processus, des protocoles, de ce qu'il faut faire, du rappel à la loi. »

- Ça fait longtemps que ça a été mis en place ?

« Ça fait un an et quelque avec l'ouverture d'UPSILON (nb. Unité de Psychiatrie Infanto-juvénile et de Liaison de Gironde) *en fait. »*

Annexe 4 : Exemple d'entretien n°2

Date : 20/01/2016
Rencontre ou entretien téléphonique : Rencontre
Lieu : Cabinet du praticien
Durée : 11 minutes

Caractéristiques socio-démographiques du médecin :

Sexe : Femme

Age : 47 ans

Département d'exercice : 33

Lieu de la formation initiale : Poitiers

Année d'obtention de la thèse de Docteur en médecine : 1995

Année de validation du Diplôme d'études supérieurs (DES) en psychiatrie : 1994

Diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie : Oui

Type d'activité : En cabinet libéral

Connaissances en protection de l'enfance :

1) Connaissez-vous l'article 226-14 du Code pénal ?

   (Après explications)

   « *Oui, mais je ne connaissais pas le numéro de l'article. »*

2) Connaissez-vous les recommandations HAS et conférence de consensus en lien avec la maltraitance chez l'enfant ?

   - Conférence de consensus (2003) : « Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaitre, les soigner, les prévenir. »
   - Recommandation HAS (2011) : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. »
   - Recommandation HAS (2014) : « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. »

« Pas de tout. Je ne les ai pas reçues donc je n'ai pas lu. »

Pratique en protection de l'enfance

3) Combien d'informations préoccupantes et de signalements avec-vous faits depuis le début de votre activité ?

   « 6-7 par an, depuis 2007. »

4) Avez-vous été informé d'informations préoccupantes ou de signalements d'enfants et adolescents que vous suivez, faits par d'autres intervenants ?

   « Une fois tout dernièrement, ça a été fait par une AS (nb. Assistante sociale) *que la maman est allée voir après que je lui ai dit que cette histoire de gifle avec le père me préoccupait et que peut être je serai amenée à faire des choses et elle a pris les devants. Je n'ai pas été surprise, disons que j'ai pas eu à le faire celui- là. »*

5) Quelles difficultés majeures rencontrez-vous avec les informations préoccupantes et les signalements ?

   « Etre confronté à la violence des pères et aux menaces car je les reçois, je reçois les deux parents, dans tous les cas le père est invité à venir me voir. En général, ils viennent et là je les préviens. Il y a pu avoir des menaces et en général ça se passe bien. Là par exemple ce matin je viens d'en voir un, c'est très limite, l'école n'a pas fait de signalement car le père les a menacés. Ils aimeraient que ce soit moi qui le fasse, je ne crois pas que ce soit ma place là pour le coup. »

6) Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide dans vos démarches ?

   « Alors, je prends mes décisions moi même, je ne me tourne pas vers quiconque. Il m'arrive d'appeler la MDSI quand je sais qu'ils sont déjà au courant pour discuter du cas de... Et leur dire ce que je vais faire. Ou ce sont eux qui m'appellent. C'est pas forcément moi qui me tourne vers eux. Le cas que je vous site par rapport au garçon que je vais voir tout à l'heure c'est la psychologue scolaire qui m'a appelée par rapport au suivi, et donc on va évoquer une IP (nb. Information préoccupante)*. »*

Formation en protection de l'enfance

7) Quelle place avait la protection de l'enfance dans votre formation initiale ?

   « Ma formation initiale qui est donc forcément hospitalière je dirais qu'elle était assez lointaine dans la mesure il me semble que les signalements étaient déjà

réalisés ; il me semble que les signalements étaient déjà faits par l'extérieur, soit par les AS soit par des médecins libéraux et qu'à l'hôpital on n'avait pas forcément à les faire nous-même. Et d'autre part si problème il y avait, on avait des AS dans le service. Donc dans tous les cas c'était un vécu assez lointain. Je le côtoie beaucoup plus depuis que je suis installée en libéral. J'ai eu des cours quand j'ai fait la formation de PH, pas en tant qu'interne. On faisait des tas de truc clinique mais pas sur la protection de l'enfance. »

8) Quels seraient vos besoins sur ce sujet en terme de formation continue ?

« Que des conférences soient organisées par des procureurs, juristes et que les médecins y soient conviés car finalement ce sont des formations qui sont proposées au Conseil général, on n'est pas au courant, pas invité, un peu en retrait de tout ça et c'est dommage car on est quand même au premier plan. Dans la DPC pour les médecins libéraux on a des conférences sur les dossiers médicaux. Ah si j'ai fait une DPC (nb. Développement professionnel continu*) il y a 3 ans sur la maltraitance ! Si on recevait un livret ou un fascicule ça serait très différent. »*

Annexe 5 : Exemple d'entretien n°3

Date : 21/01/2016
Rencontre ou entretien téléphonique : Rencontre
Lieu : Cabinet du praticien
Durée : 23 minutes

Caractéristiques socio-démographiques du médecin :

Sexe : Homme

Age : 66 ans

Département d'exercice : 33

Lieu de la formation initiale : Bordeaux

Année d'obtention de la thèse de Docteur en médecine : 1979

Année de validation du Diplôme d'études supérieurs (DES) en psychiatrie : 1980

Diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie : Oui

Type d'activité : En cabinet libéral (Auparavant une part d'activité dans un ITEP - Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique - pendant 34 ans)

Connaissances en protection de l'enfance :

1) Connaissez-vous l'article 226-14 du Code pénal ?

   « *Oui.* »

2) Connaissez-vous les recommandations HAS et conférence de consensus en lien avec la maltraitance chez l'enfant ?

   - Conférence de consensus (2003) : « Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaitre, les soigner, les prévenir. »
   - Recommandation HAS (2011) : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. »
   - Recommandation HAS (2014) : « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. »

   « Non. »

   - Vous n'allez pas forcément les voir ?

   « Non. »

Pratique en protection de l'enfance

3) Combien d'informations préoccupantes et de signalements avec-vous faits depuis le début de votre activité ?

« Peu, très peu. Entre 5 et 10 depuis que j'exerce, soit 34 ans. C'est même plutôt du coté de 5 que 10... »

4) Avez-vous été informé d'informations préoccupantes ou de signalements d'enfants et adolescents que vous suivez, faits par d'autres intervenants ?

« Oui, souvent. Par les écoles mais soit signalements faits par l'école pour trouble du comportement grave de l'enfant ensuite maltraitance de la part des parents. Récemment une petite fille qui est arrivé avec un bleu au visage avec déjà des précédents signalements. »

- Ça a pu vous surprendre ?

« Non parce que c'est des familles un peu particulières. Avec des enfants qui sont en général... par exemple cette petite fille elle est en attente de bilan au CCS, il y a eu une procédure plus longue il y a quelques années car la maman était accusée de maltraitance, et il y a eu le grand-père accusé d'attouchements. En général c'est des enfants qui sont bien repérés par les services sociaux. Cette jeune fille son papa est en prison, multirécidiviste. Au niveau libéral il y a une population tout à fait différente. Il n'y a pas d'enfants impliqués dans une histoire sociale lourde. »

5) Quelles difficultés majeures rencontrez-vous avec les informations préoccupantes et les signalements ?

« Essentiellement la perte de confiance. Je pense à une petite fille qui se montrait déficitaire certainement avec un problème génétique car elle avait quand même une dysmorphie. Les parents ont toujours évité le soin en accusant l'école d'en rajouter... Ils ont changé d'école, ils ont déménagé...Et puis je l'ai revue il y a deux ans et quand je l'ai vue j'ai fait un certificat MDPH où je disais qu'elle relevait d'établissement comme une CLIS (nb. Classe pour l'inclusion scolaire)*, elle avait 6 ans. Les parents m'en ont voulu, m'ont menacé de venir tout casser ici. J'ai refusé de les recevoir par la suite mais j'ai fait un signalement avec les services sociaux qui la suivait par ailleurs car elle relevait de soins, elle était en danger. Il n'y avait pas d'alliance thérapeutique. Autrement, je pense à cette petite fille dont il y avait un signalement fait par l'école parce qu'il y avait un bleu au front, c'est vrai que je la vois, les parents sont séparés, il y a le CCS en cours et souvent ça s'est passé que les signalements ont été fait plus par le CCS ou par Abadie* (nb. Centre Jean Abadie) *dans la mesure ou il y avait peut-être l'aspect plus officiel, l'aspect répartition des taches. Entre moi et l'hospitalisation il y a un lien tellement tenu, fragile, qu'il ne faut pas tout casser. Si moi je fais un truc, je ne vois plus l'enfant et il repart dans la nature. »*

- Donc c'est surtout la confiance et l'alliance ?

« Oui et puis la possibilité de faire en sorte que l'enfant puisse bénéficier de soin, d'une hospitalisation, d'un traitement. Et le fait qu'il n'y ait pas de suite lors de certains signalements. »

- Ça vous démotive ?

« Non pas du tout, c'est surtout décevant car c'est toute une machine qui se met en route. Et à l'inverse on voit dans d'autres cas que des parents peuvent être embêtés pour pas grand chose. On peut se sentir impuissant. »

6) Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide dans vos démarches ?

« La CRIP. Ou alors l'AS de l'ITEP. »

<u>Formation en protection de l'enfance</u>

7) Quelle place avait la protection de l'enfance dans votre formation initiale ?

« Zéro. La formation initiale c'était une époque où on se faisait notre formation. En 80, il y avait un concours, un internat spécifique à l'époque. C'est vrai qu'on était un petit groupe et on a travaillé toute une année pour nous faire notre formation entre nous de psychiatrie. C'était farfelu. Après la formation je l'ai faite au fur et à mesure dans les services, HDJ...Il y a pas eu de formation rigoureuse au niveau de tout ce qui était législation. Après à l'ITEP, c'était différent car on était au fait de tout ce qui se passait. Ce qui me parait important, c'est que...enfin moi j'ai l'impression qu'il y a une dérive de la psychiatrie. Ça fait très très peur, au niveau général et de la pédopsychiatrie. Tout le monde est saturé j'ai l'impression que la plupart des gens ont peur de s'installer ou qu'il y a une forme d'exercice qui va être très différente au niveau des consultations du libéral. Il faudrait que les gens s'installent. Il y a peut-être un plus grand confort de travailler en institution ou à l'hôpital, en groupe. Il y a peut-être la peur de travailler seul. Moi je considère que dans ce que je fais, la confiance est essentielle. J'envoie régulièrement des gens à Abadie, UPSILON, souvent c'est décevant car il n'y a pas de retours satisfaisants. Souvent le lien est fondamental. Travailler en réseau c'est un confort. »

8) Quels seraient vos besoins sur ce sujet en terme de formation continue ?

« Essentiellement au niveau de la législation, d'être informé parce que là il y a pas. Il y a les textes dont on pouvait disposer à l'ITEP car on recevait tout mais au niveau libéral on ne reçoit pas ça. A Bordeaux, il n'y a pas de formation continue. Il faut se débrouiller. Mais ça me parait important qu'il y ait quelque chose. »

Annexe 6 : Exemple d'entretien n°4

Date : 07/04/2016
Rencontre ou entretien téléphonique : Rencontre
Lieu : Cabinet du praticien
Durée : 30 minutes

Caractéristiques socio-démographiques du médecin :

Sexe : Femme

Age : 49 ans

Département d'exercice : 33

Lieu de la formation initiale : Limoges

Année d'obtention de la thèse de Docteur en médecine : 1998

Année de validation du Diplôme d'études supérieurs (DES) en psychiatrie : 1998

Diplôme supplémentaire en pédopsychiatrie : Oui

Type d'activité : Activité libérale en cabinet, privée en associatif, hospitalière et de formation

Connaissances en protection de l'enfance :

1) Connaissez-vous l'article 226-14 du Code pénal ?

   (Après explications)

   « Je crois connaitre mes droits et mes devoirs mais je ne connais pas les numéros. Je suis médecin légiste, pendant que j'étais interne en psychiatrie, je faisais aussi un DESC (nb. Diplôme d'études spécialisées complémentaires) *de médecine légale. »*

2) Connaissez-vous les recommandations HAS et conférence de consensus en lien avec la maltraitance chez l'enfant ?

   - Conférence de consensus (2003) : « Conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaitre, les soigner, les prévenir. »
   - Recommandation HAS (2011) : « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. »
   - Recommandation HAS (2014) : « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. »

« Pas du tout. Je connais les recommandations HAS sur la psychose, sur la dépression à l'adolescence, prise en charge des schizophrénies, mais pas du tout je savais même pas qu'il y avait des recommandations HAS par rapport à la maltraitance. Donc ça c'est accessible sur internet ? »

- Tout à fait.

« Je vais prendre ce que vous me dites car je trouve ça tout à fait intéressant par rapport à l'accréditation qui nous tombe dessus dans les hôpitaux et où effectivement on doit avoir des procédures, et on est pas forcément au clair par rapport à ça. »

- Vous n'allez pas forcément les voir ?

« Non. »

<u>Pratique en protection de l'enfance</u>

3) Combien d'informations préoccupantes et de signalements avec-vous faits depuis le début de votre activité ?

« Je dirais peut-être une dizaine, quelque chose comme ça. Pour être plus proche de la réalité je dirais entre 5 et 10 mais jamais en cabinet ça s'est sûr. Si on compte les demandes d'éducateur justice, les mesures justices j'ai dû en faire une vingtaine. Des IP non on n'en fait pas. »

4) Avez-vous été informé d'informations préoccupantes ou de signalements d'enfants et adolescents que vous suivez, faits par d'autres intervenants ?

« Oh oui ! Ce n'est pas moi qui les ait faits et ça m'est revenu, je dirais pas souvent faut pas exagérer mais enfin, j'en ai eu ... alors attendez-vous me parlez en cabinet ? »

- Non non, tout.

« Parce que en cabinet je n'en ai jamais encore fait mais j'ai été dans deux situations où d'autres l'ont fait et en hôpital alors là j'en ai peut-être fait des milliers ! Je plaisante mais j'en ai fait beaucoup. Voilà en libéral j'en ai jamais fait par contre j'ai été confronté à deux qui ont été faits, c'était des gamins que j'avais en thérapie. »

- Vous vous souvenez qui les avait faits ?

« Oui, le pédiatre pour un et pour l'autre le CMPP sur lequel j'avais envoyé le gamin. »

- C'est des signalements qui vous ont surpris ou pas du tout ?

« Ah oui ! C'est pour ça je vous dis que c'est pas simple. Dans les deux cas, les parents étaient dans des perversions donc c'est très compliqué parce qu'ils agissaient leur perversion sur leur gosse et en fait pour l'un c'était un petit garçon de 4 ans où la mère qui est médecin et le père est brillant aussi, il a un poste à Total et en fait les deux sont perverses donc ils rendent dingue leur gosse, mais dingue ! Et la mère a accusé le père de le violenter voire même d'abuser de lui sexuellement. Moi je l'avais en thérapie, elle m'a demandé de prendre position, j'ai dit que non. Les travailleurs sociaux m'ont appelé, je n'ai rien dit, j'ai simplement dit que je connaissais mes devoirs et si à un seul moment je m'étais dit ce gosse est en danger j'aurais fait ce qu'il y avait à faire. J'ai rien dit d'autre car il faut préserver le lieu de thérapie. C'est moins simple je pense de faire un signalement quand on a un gosse en thérapie. L'autre gamin c'était un adolescent, alors là c'était la pédiatre parce que à un moment donné, il lui avait dit que son père le tapait. Voilà. Il n'avait jamais été question de ça en thérapie ni quand les parents venaient et en fait c'est au moment du divorce des parents que là ça y a été. Je pense là que la pédiatre a été un peu rapide. Je pense. Parce que du coup ça a des conséquences, il faut faire gaffe quand on fait un signalement. »

- C'était un signalement pas une information préoccupante ?

« Alors le petit c'était une information préoccupante et l'ado c'était un signalement, et donc quand même cet adolescent qui était brillant qui était un bel adolescent vraiment, ça l'a arrêté net. Il a pas pu passer le bac, a été déscolarisé. Je le voyais plus, la mère m'a appelé un jour en me disant "est-ce que vous voulez témoigner, il y a un signalement ?", j'ai dit que non. Parce que j'aurais fait un faux, en mon âme et conscience. Par contre en hôpital, alors là ! Là on signale, on est vite préoccupé parce qu'on est confronté à une autre dynamique, à une autre temporalité, on n'est pas tout seul. On n'est pas dans un travail de thérapie, comme il se passe dans un cabinet donc effectivement là moi je signale beaucoup. »

5) Quelles difficultés majeures rencontrez-vous avec les informations préoccupantes et les signalements ?

« En thérapie c'est très compliqué. Maintenant voilà si jamais je vois un gosse qui a des bleus tout le temps bon...mais ça m'est jamais arrivé, à aucun moment je me suis dit cet enfant est maltraité, à aucun moment ! Pour le petit je me disais ses parents le rendent dingue mais c'était incroyable quoi mais à aucun moment j'ai pensé ce père...et en plus quand on voit le gamin avec son père, je pouvais pas m'imaginer qu'il ait peur de son père, c'était au contraire quelque chose de très tendre et chaleureux et voilà. Par contre quand je le voyais avec sa mère, il tapait sa mère. Moi la difficulté majeure pour en faire, je n'en ai aucune. Par contre, la difficulté majeure c'est qu'il y a rien qui se passe derrière. Enfin il faut peut-être distinguer deux situations, la première des situations c'est quand on est inquiet dans l'urgence, c'est-à-dire on constate que effectivement…, par exemple je pense à un cas d'une adolescente qui était incestée par son père, où il faut agir vite et faire en sorte que l'adolescente ne soit plus en contact avec son père, ou quand un adolescent doit être

hospitalisé, que les parents refusent et qu'il est en danger mais que les parents ne le voient pas, mais c'est dans l'urgence. On demande une OPP quoi. Enfin moi c'est ce que j'appelle signalement. Et puis après, il y a les situations qui sont plus chroniques, vous savez qu'il y a un danger pour le gamin mais ce n'est pas dans l'aigu, ça ne le met pas en danger imminent. Alors les premiers dont j'ai cité vous avez pas de réponse, vous faites un fax au procureur et il n'y a plus rien. Effectivement ils sont débordés, je pense qu'il n'y a plus de moyen. Ils font ce qu'ils peuvent donc il y a plus rien. Il y a une quinzaine d'année je trouvais que ça se passait beaucoup mieux c'est à dire on faisait une OPP, on avait une réponse mais dans l'heure qui suivait. On faisait une demande d'AEMO (nb. Mesure d'assistance éducative en milieu ouvert) *c'est-à-dire d'éducateur justice, on avait un éducateur justice. Alors là maintenant on fait un signalement par exemple, on veut qu'il y ait un éducateur dans une famille parce que on sent que c'est un peu compliqué dans les rapports père, mère, bon. Et que l'on sait que c'est important que l'adolescent risque de passer dans un passage à l'acte violent contre les parents soit contre lui, bon, c'est pas dans l'aigu. Alors là, il faut écrire à la MDSI et il faut que les parents soient d'accord et l'adolescent aussi. Ah, ils ne sont pas d'accord ! Donc il n'y a pas d'enquête. Ah ben non vous pouvez plus saisir la justice directement parce qu'il faut que ça passe d'abord par la MDSI qui elle dira s'il faut que ça passe par la justice, c'est l'enfer. Résultat des courses, concrètement, je ne le fais plus. Parce que c'est violent pour la famille et les parents, c'est à dire que nous on rame pour faire en sorte que, ils rencontrent la MDSI, qu'on va voir nous en leur disant "vous allez avoir telle situation". Alors là c'est catastrophique, alors qu'il y a quinze ans, ça se passait, je vais pas être idyllique ni nostalgique du passé, ça se passait quoi, on était inquiet pour un gamin, on saisissait l'AEMO, de suite il y avait un éducateur qui nous appelait, on se rencontrait, on parlait de la situation et paf c'était parti quoi ! »*

- Vous pensez que c'est pourquoi ?

« Alors moi j'interviens à la PJJ (nb. protection judiciaire de la jeunesse) *pour des formations, quand je les entends, ben ils sont soumis comme nous quoi, il n'y a plus d'argent, on fait des économies, donc il y a moins de personnel. Alors c'est un avis personnel, mais je trouve que c'est un travers pervers de la société c'est-à-dire qu'on réduit petit à petit les trucs l'air de rien, et les choses ne sont plus possibles. Ils ont rendu le truc impossible alors du coup on ne fait plus de signalement. Donc il n'y a plus de lien social pour le gamin, ou de lien éducatif pour la famille également. »*

6) Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide dans vos démarches?

« C'est du travail d'équipe, même quand c'est dans l'urgence, il y a quand même un petit débriefing avec l'équipe. Si j'ai un doute sur la procédure on a tout un classeur à l'hôpital où je travaille. Ce que j'ai fait aussi, j'ai fait du bricolage adaptatif, c'est-à-dire que j'ai réussi à me choper en parlant sympathiquement avec une juge que j'ai eu la chance d'avoir et un procureur, le téléphone mobile de garde du procureur comme ça je n'hésite plus et à avoir la ligne directe d'un juge sur Bordeaux et d'un procureur adjoint. Donc ça facilite. Et ce qu'on essaye de faire pour faciliter les choses c'est d'essayer de mettre en place des rencontres avec les juges, les partenaires judiciaires. Si on se connait s'ils voient qu'on a envie de travailler

ensemble, ça facilite. »

Formation en protection de l'enfance

7) Quelle place avait la protection de l'enfance dans votre formation initiale ?

« Dans ma formation d'interne, je ne peux pas dire que j'en ai vraiment eu, une sensibilisation. Par contre avec la médecine légale, j'en ai eu avec le DU de médecine légale j'ai eu toute la formation essentielle. Et je ne la regrette pas franchement. »

8) Quels seraient vos besoins sur ce sujet en terme de formation continue ?

« Oui moi je trouve que c'est ça le plus important. Après il faut faire attention à pas s'exciter sur les signalements donc ne pas en faire de trop. Rencontrer les juges, c'est ça qu'il faudrait arriver à recréer avec les disponibilités que l'on a. C'est ça qui me manquerait. Moi je trouve que c'est un travail de partenariat, si on est clivé, ça marche beaucoup moins bien. »

RESUME

Introduction. Les mineurs soupçonnés d'être en danger ou en risque de l'être sont sous-rapportés aux services de protection de l'enfance**.** Les médecins ont une position professionnelle qui leur permet de faire partie des premiers à pouvoir observer des cas de suspicion de maltraitance mais ne présenteraient qu'une faible proportion à l'origine des signalements et des informations préoccupantes (IP). Il nous a semblé important de déterminer les freins à ces écrits, en se concentrant particulièrement sur les psychiatres.

Méthodes. Cette étude qualitative basée sur des entretiens semi-structurés, a inclus des psychiatres intervenus dans le suivi d'un mineur avant que celui-ci ne fasse l'objet d'un signalement ou d'une IP en 2013 ou 2014, lors de son hospitalisation en pédopsychiatrie, à Bordeaux. L'objectif était d'évaluer la place faite aux signalements et IP chez les psychiatres, en terme de connaissance, d'application mais surtout de difficultés de mise en œuvre.

Résultats. Nous avons inclus 15 psychiatres. L'étude a fait apparaître des difficultés freinant l'élaboration de signalements et d'IP en lien avec le soin, le mineur, sa famille, les services de protection de l'enfance, la procédure, les faits suspectés et le praticien. Elle a mis en avant une formation initiale jugée insuffisante et un intérêt notable de la part des praticiens pour une formation continue pluridisciplinaire. Le travail en équipe pluridisciplinaire ou en réseau, notamment pour les psychiatres libéraux, ainsi que les partenariats entre les services de protection de l'enfance et le milieu médical, ont semblé indispensables pour mener à bien les démarches.

Conclusion. Il s'agit, à ce jour et à notre connaissance, de la première étude en France portant sur les expériences, le vécu et le ressenti des psychiatres vis-à-vis de la pratique des signalements et des IP. Ce travail s'inscrit dans la droite ligne des préoccupations de la République Française, à travers la loi du 14 mars 2016, visant à *« améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance ».* Elle permet d'ouvrir des perspectives de formations efficaces sur l'aide à l'évaluation des bénéfices et risques à s'engager dans de telles démarches.

ABSTRACT

Introduction. Suspected child maltreatment are under-reported to child protective services. Clinicians have a professional position which allows them to be among the first to be able to observe suspected abuse but would present a small proportion behind the reports. It seemed important to us to determine the barriers to these reports, focusing particularly on psychiatrists.

Methods. This qualitative study based on semi-structured interviews, included psychiatrists intervened in the monitoring of a minor before it is subjected of reporting in 2013 or 2014, during his hospitalization in child psychiatry in Bordeaux. The objective was to assess the place given to reporting of child abuse among psychiatrists in terms of knowledge, application and especially implementation difficulties.

Results. We included 15 psychiatrists. The study shows the obstacles to reporting related to the care, the child, his family, child protection services, the procedure, the suspected facts and the practitioner. Psychiatrists consider their initial education insufficient and express their interest for a multidisciplinary training. Multidisciplinary teamwork and networking, especially for liberal psychiatrists, as well as partnerships between child protection services and the medical community, seemed also necessary.

Conclusion. This is, to date and to our knowledge, the first study in France on psychiatrists' experiences and feelings towards child abuse reporting. This work is in line with the concerns of the French Republic, through the law of 14 March 2016, to "improve national and local governance for Child Protection's". It opens effective training opportunities on support to measuring benefits and risks to undertake such steps.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Introduction. Les mineurs soupçonnés d'être en danger ou en risque de l'être sont sous-rapportés aux services de protection de l'enfance**.** Les médecins ont une position professionnelle qui leur permet de faire partie des premiers à pouvoir observer des cas de suspicion de maltraitance mais ne présenteraient qu'une faible proportion à l'origine des signalements et des informations préoccupantes (IP). Il nous a semblé important de déterminer les freins à ces écrits, en se concentrant particulièrement sur les psychiatres.

Méthodes. Cette étude qualitative basée sur des entretiens semi-structurés, a inclus des psychiatres intervenus dans le suivi d'un mineur avant que celui-ci ne fasse l'objet d'un signalement ou d'une IP en 2013 ou 2014, lors de son hospitalisation en pédopsychiatrie, à Bordeaux. L'objectif était d'évaluer la place faite aux signalements et IP chez les psychiatres, en terme de connaissance, d'application mais surtout de difficultés de mise en œuvre.

Résultats. Nous avons inclus 15 psychiatres. L'étude a fait apparaître des difficultés freinant l'élaboration de signalements et d'IP en lien avec le soin, le mineur, sa famille, les services de protection de l'enfance, la procédure, les faits suspectés et le praticien. Elle a mis en avant une formation initiale jugée insuffisante et un intérêt notable de la part des praticiens pour une formation continue pluridisciplinaire. Le travail en équipe pluridisciplinaire ou en réseau, notamment pour les psychiatres libéraux, ainsi que les partenariats entre les services de protection de l'enfance et le milieu médical, ont semblé indispensables pour mener à bien les démarches.

Conclusion. Il s'agit, à ce jour et à notre connaissance, de la première étude en France portant sur les expériences, le vécu et le ressenti des psychiatres vis-à-vis de la pratique des signalements et des IP. Ce travail s'inscrit dans la droite ligne des préoccupations de la République Française, à travers la loi du 14 mars 2016, visant à *« améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance ».* Elle permet d'ouvrir des perspectives de formations efficaces sur l'aide à l'évaluation des bénéfices et risques à s'engager dans de telles démarches.

Factors affecting psychiatrists' reporting of suspected child maltreatment : survey with psychiatrists practicing in Aquitaine, French county, who receive children.

Mots clés : Psychiatrie, pédopsychiatrie, enfance en danger, signalement, information préoccupante, maltraitance, enquête qualitative.

Thèse de psychiatrie.

Université de Bordeaux, Campus de Carreire,

146 rue Léo Saignat CS 61292, 33076 Bordeaux CEDEX.