

Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais

Céline Bausière

▶ **To cite this version:**

Céline Bausière. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01501405

HAL Id: dumas-01501405

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501405

Submitted on 4 Apr 2017

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Céline BAUSIERE (née AZRAK)

Née le 25 février 1987 à TOURS (37)

Présentée et soutenue publiquement le mardi 13 décembre 2016

PROTECTION DE L'ENFANCE : COMMENT REPONDRE AUX BESOINS DE FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES ?

Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Joël LADNER

Monsieur le Professeur Stéphane MARRET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie

Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Hanane **GASMI**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Merci au **Professeur Jean-Loup HERMIL** de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Merci au **Professeur Joël LADNER** de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Merci au **Professeur Stéphane MARRET** de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à mon travail.

J'adresse mes plus sincères remerciements au **Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN** qui a accepté de diriger ma thèse. Merci de m'avoir fait confiance. Merci pour tes encouragements, ta disponibilité et tes conseils précieux. C'était un réel plaisir de travailler avec toi.

Merci à **tous les médecins** qui ont participé à ce travail ; sans vous sa réalisation n'aurait pas été possible. Merci pour votre écoute et votre disponibilité.

Merci à **Madame Brigitte VIMBERT**, documentaliste à l'UTAS 5, pour votre aide, votre gentillesse et votre disponibilité.

Merci à mon merveilleux époux, **Quentin**. Tu es ma plus grande source de joie. Merci d'être à mes côtés depuis maintenant plus de huit ans, que de chemin parcouru depuis la P2 ! Merci pour ton amour et ton soutien inébranlables pendant toutes ces années, malgré la distance puis les épreuves. Merci pour la patience dont tu as fait preuve tout au long de ce travail. Merci d'être l'homme que tu es, tu es mon roc ! Je t'aime de tout mon cœur et je suis fière d'être ta femme.

Maman, **Papa**, merci du fond du cœur pour votre soutien inconditionnel durant ces longues années d'études. Merci pour tout l'amour que vous nous portez, à mes frères et moi, et pour le foyer idéal dans lequel nous avons pu grandir et nous construire. Merci pour votre aide précieuse durant ce travail. Merci d'être les parents que vous êtes. Je vous aime profondément et je suis fière d'être votre fille.

Merci à mon grand frère **Daniel** d'avoir su me guider, à sa façon. Merci pour ton aide précieuse en informatique. Merci d'être le grand frère que tu es, je t'aime et je suis fière d'être ta sœur. **Piaba**, j'ai de la chance d'avoir une belle-sœur comme toi. « Mabrouk » et merci à vous deux pour votre petit ange **Gabriel**, mon neveu adoré qui m'apporte chaleur et bonheur.

Merci à mon petit frère **Nicolas,** pour ta gentillesse et ta bonne humeur à toute épreuve. Merci d'être le petit frère que tu es, je t'aime et je suis fière d'être ta sœur.

Merci à tout le « **clan franco-libanais** » : ma Téta, mes cousins, cousines et mes oncles et tantes. Je suis tellement fière de faire partie de cette famille formidable. Merci à ma Bikette adorée pour ton soutien et ta relecture.

Merci à mes amies et témoins de mariage : **Audrey**, **Claire** et **Sabine**. Merci pour votre présence à mes côtés depuis de nombreuses années. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et pour la confiance que vous me portez. Audrey, merci infiniment pour ton aide précieuse à la relecture de mon travail.

Merci à ma Iota, mon petit chat qui m'accompagne depuis l'internat. Tu as su me tenir compagnie et m'apporter du réconfort.

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.

« Il est plus facile de créer des enfants solides que de réparer des hommes brisés. »

(Frederick Douglass)

ABREVIATIONS

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AGBF : Aide à la Gestion du Budget Familial

AHFMC : Association Havraise de Formation Médicale Continue

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CED : Cellule Enfance en Danger

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CRIP : Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes

DES-MG : Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Examen Classant National

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GHH : Groupe Hospitalier du Havre

GIP : Groupement d'Intérêt Publique

GQ : Groupes Qualité

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEFHI : Institut Départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion

IML : Institut Médico-Légale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IP : Information Préoccupante

ODAS : Observatoire Décentralisé d'Action Sociale

ODPE : Observatoire Départementale de la Protection de l'Enfance

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPJ : Officier de Police Judiciaire

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

TGI : Tribunal de Grande Instance

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

SOMMAIRE

A. INTRODUCTION GENERALE 20

B. LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE 21

B.1 Définition de la maltraitance 21

B.2 Epidémiologie 22

B.2.1 Observatoire Décentralisé d'Action Sociale 22

B.2.2 Observatoire National de la Protection de l'Enfance 24

B.2.3 Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger 27

B.2.4 En Seine-Maritime 29

B.3 Cadre législatif 31

B.3.1 Loi du 5 mars 2007 31

B.3.2 Loi du 5 novembre 2015 37

B.3.3 Loi du 14 mars 2016 37

B.4 Acteurs de la protection de l'enfance 42

B.4.1 La Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes 42

B.4.2 Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger 43

B.4.3 La médecine légale 43

B.4.4 Les acteurs de la protection administrative 44

B.4.5 Les acteurs de la protection judiciaire 46

B.5 La formation initiale des médecins généralistes 47

B.6 Obstacles au dépistage et au signalement par les médecins généralistes 49

C. FORMATION MEDICALE CONTINUE EN FRANCE 52

C.1 Historique et lois 52
C.1.1 Avant 1996 52
C.1.2 Ordonnance du 24 avril 1996 52
C.1.3 Loi du 13 août 2004 53
C.1.4 Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 53
C.1.5 Loi du 26 janvier 2016 *(article 114)* 53
C.2 Organisation 54
C.2.1 Agence Nationale du Développement Professionnel Continu : nouveau pilote 54
C.2.2 Décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC 55
C.3 Méthodes et modalités 55
C.3.1 Formations agrées DPC 55
C.3.2 Formations non agrées DPC 57
C.4 Quelques chiffres 57
C.5 La FMC au Havre 60
C.5.1 Organismes DPC 60
C.5.2 Groupes qualité 61
D. ETUDE QUALITATIVE 62
D.1 Matériel et Méthode 62
D.1.1 Type d'étude 62
D.1.2 Population étudiée 62
D.1.3 Recueil des données 63
D.1.4 Analyse des données 64
D.2 Résultats 64
D.2.1 Les médecins interviewés 64
D.2.2 Les entretiens 66

D.3 Discussion 103
D.3.1 Critiques et biais de l'étude 103
D.3.2 Discussion des résultats 104
D.4 Conclusion 116
E. BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES 117
F. ANNEXES 122
G. TABLE DES FIGURES 135
H. TABLE DES TABLEAUX 136
RESUME 137

A. INTRODUCTION GENERALE

Selon l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance en 2014 est d'environ 290 000, soit un taux de prise en charge de 19,8‰ des moins de 18 ans, chiffres en constante augmentation depuis 2003 (1).

Durant mon stage en Protection Maternelle et Infantile (PMI), j'ai constaté que les médecins généralistes n'étaient que très rarement à l'origine des signalements de situations à risque pour l'enfant.

En 2002, seuls 2% des médecins signalaient des cas de maltraitance (2).

En 2015, seules 0,5% des Informations Préoccupantes (IP) enregistrées en Seine-Maritime émanaient des professions libérales (3).

Le médecin généraliste, souvent synonyme de médecin de famille, occupe pourtant une place privilégiée dans le dépistage et le signalement des suspicions de maltraitance.

La littérature universitaire (4–11) apporte de nombreuses réponses sur les raisons de ce manque de signalement. Les principaux freins identifiés sont :

- la méconnaissance des signes d'alerte,
- la méconnaissance des procédures d'IP / signalement,
- la méconnaissance des différents intervenants,
- la méconnaissance des différentes entités administratives ou judiciaires,
- la peur de l'erreur de jugement,
- la méconnaissance de la législation.

Toutes les références susnommées révèlent un manque de formation des médecins généralistes et pointent la nécessité et le souhait de la renforcer par une formation médicale continue adaptée et actualisée.

Mon étude a pour objectif de comprendre la nature des besoins de formation des médecins généralistes, ainsi que leurs attentes précises quant aux moyens d'y répondre. Ce travail aspire à servir de base pour la construction d'une formation dédiée à la protection de l'enfance et compatible avec le Développement Professionnel Continu (DPC) des médecins généralistes.

B. LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE

B.1 Définition de la maltraitance

Jusqu'à présent, il n'existe pas de définition consensuelle internationale de la maltraitance de l'enfant.

Au niveau international, cette définition est précisée par :

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (12): *« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entrainant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir »*.
- La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) de 1989 *(article 19)* (13), prévoyant que *« Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ».*

En France, il n'existe aucune définition juridique de la maltraitance. Elle fait seulement une apparition dans la loi du 9 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et dans le code civil *(article 375)* évoquant la notion de *« danger pour la santé, la sécurité, la moralité »* et *« les conditions d'éducation »* d'un mineur.

Pourtant, une définition précise de la maltraitance infantile est nécessaire à l'amélioration de son observation et à l'adaptation de ses réponses.

La définition généralement retenue est celle de l'Observatoire Décentralisé d'Action Sociale (ODAS) qui propose, en 2001, d'établir une distinction parmi les *« enfants en danger »* (14) :

- **Enfant maltraité** : *« Enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».*
- **Enfant en risque** : *« L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ».*

Ainsi, les **enfants en danger** regroupent tous les enfants dont la situation justifie une intervention administrative ou judiciaire (enfants maltraités et enfants en risque).

La notion d'enfant en danger est reprise et homogénéisée par la loi du 5 mars 2007 (15) : *« mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être »*.

B.2 Epidémiologie

B.2.1 Observatoire Décentralisé d'Action Sociale

- Association créée le 14 juin 1990, l'ODAS (16) regroupe la quasi-totalité des départements, plusieurs dizaines de grandes villes et villes moyennes ainsi que la plupart des organismes de protection sociale.
- Objectif : apporter une meilleure connaissance des publics en difficulté et des moyens mobilisés, analyser les dispositifs et les pratiques mis en œuvre pour répondre aux besoins sociaux.
- Missions :
  - Promouvoir la connaissance, l'évaluation et l'analyse prospective de la politique d'action sociale des collectivités et institutions publiques,
  - Accompagner les évolutions initiées par des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de leur politique d'action sociale,
  - Initier et diffuser le débat auprès des élus, des professionnels, des responsables institutionnels, des chercheurs,
  - Contribuer à la professionnalisation des responsables d'action sociale des collectivités.

Chiffres clés :

- Entre 1998 et 2006, le nombre de signalements d'enfant en danger n'a cessé d'augmenter ***(Figure 1)*** :



Figure 1 : Evolution du nombre d'enfants signalés en danger entre 1998 et 2006 (France métropolitaine)

- Cette augmentation est surtout le fait des enfants en risque : en 2006, ils représentent 81% des enfants en danger ***(Tableau 1)*** :

Tableau 1 : Evolution du nombre des dangers repérés entre 1998 et 2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000
Enfants en risque	64 000	65 000	65 500	67 500	67 500	71 000	76 000	77 000	79 000
Total	**83 000**	**83 500**	**83 800**	**85 500**	**86 000**	**89 000**	**95 000**	**97 000**	**98 000**

- L'augmentation des signalements en 2006 est liée au public de pré-adolescents et d'adolescents : on dénombre 2 100 enfants supplémentaires âgés de 11 ans et plus alors que parallèlement, le chiffre des enfants âgés de moins de 11 ans diminue de 1 100 ***(Tableau 2)*** :

Tableau 2 : Evolution du nombre d'enfants signalés par classe d'âge entre 2005 et 2006 (France métropolitaine)

	0/2 ans	3/5 ans	6/10 ans	11/14 ans	15/17 ans	18/21 ans	Total
2005	13 500	16 300	26 200	21 700	16 600	2 700	97 000
2006	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000
Évolution	-300	-400	-400	+900	+1 000	+200	+1 000

B.2.2 Observatoire National de la Protection de l'Enfance

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) Enfance en Danger rassemble deux entités (17):

- Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) : numéro gratuit qui permet de répondre à des appels concernant des situations d'enfants en danger ou en risque de l'être. Les écoutants conseillent, orientent les appelants et si nécessaire, transmettent les informations aux départements.
- L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE).

Le GIP Enfance en Danger est financé à parité par l'Etat et les départements.

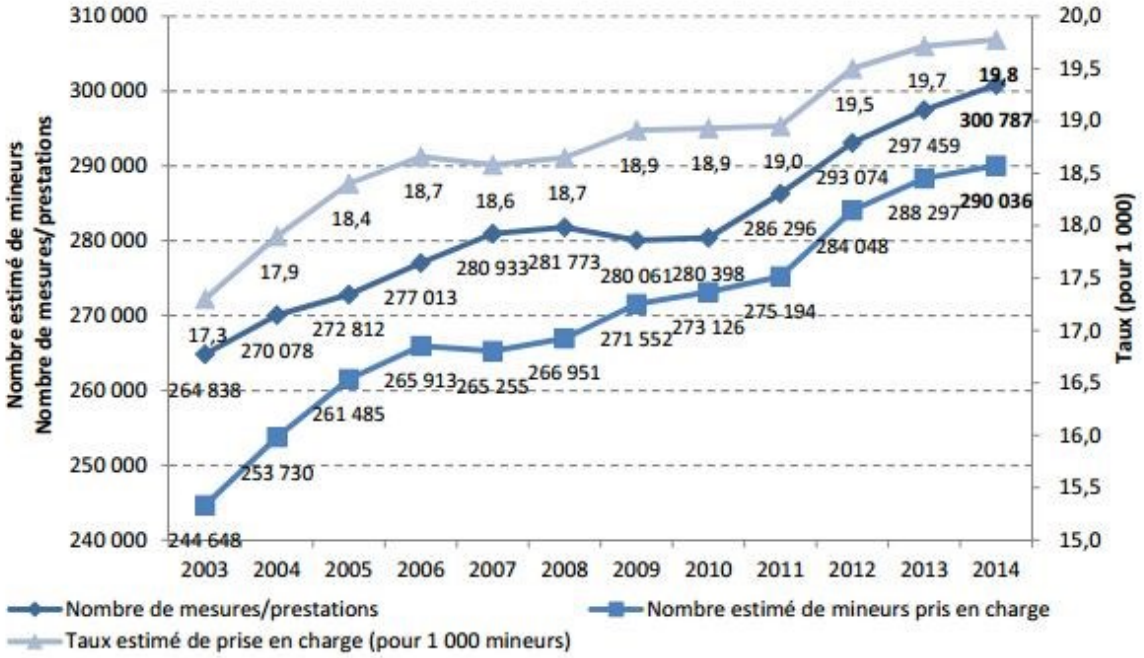
L'ONPE (anciennement Observatoire National de l'Enfance en Danger [ONED]) (17) est créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance (18).

- Objectif : *« mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter »*.
- Trois principales missions, complétées par la loi du 5 mars 2007 *(article L.226-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles [CASF])* :
  - améliorer la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs par le recensement et le développement de données chiffrées, d'études et de recherches,
  - recenser, analyser et diffuser les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance,
  - soutenir les acteurs de la protection de l'enfance.
- Remet, chaque année, un rapport au Gouvernement avec des données chiffrées relatives aux mineurs pris en charge et une analyse qualitative de l'évolution du dispositif de protection de l'enfance (le 11^{e} rapport est disponible depuis le 25/10/2016 (19)).

Chiffres clés :

- Estimation des prises en charge au 31 décembre 2014, pour la France entière (1) :
  - Le nombre de mineurs concernés est d'environ 290 000, soit un taux de prise en charge de 19,8‰ des moins de 18 ans.
  - Le nombre de jeunes majeurs concernés est d'environ 21 500, soit un taux de prise en charge de 9,3‰ des 18-21 ans.

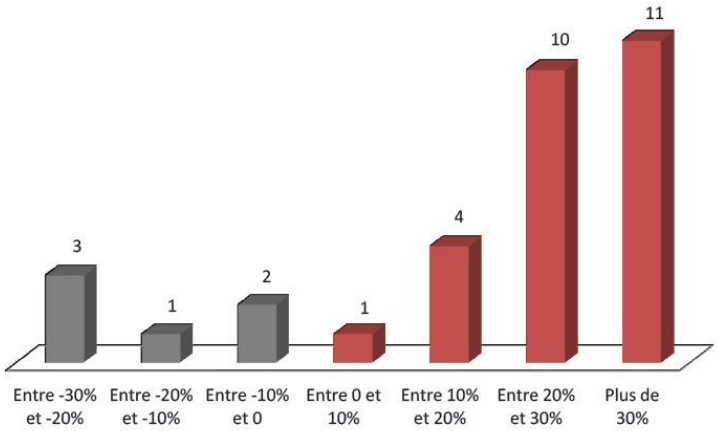
- Entre 2003 et 2014, le nombre de mineurs concernés a augmenté de 18.5% ***(Figure 2)*** :



Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une mesure ou prestation en protection de l'enfance, France entière.
Sources : Drees, DPJJ, Insee (estimations de population, résultats provisoires arrêtés fin 2015), ministère de la Justice, calculs ONPE.

Figure 2 : Evolutions des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre, de 2003 à 2014

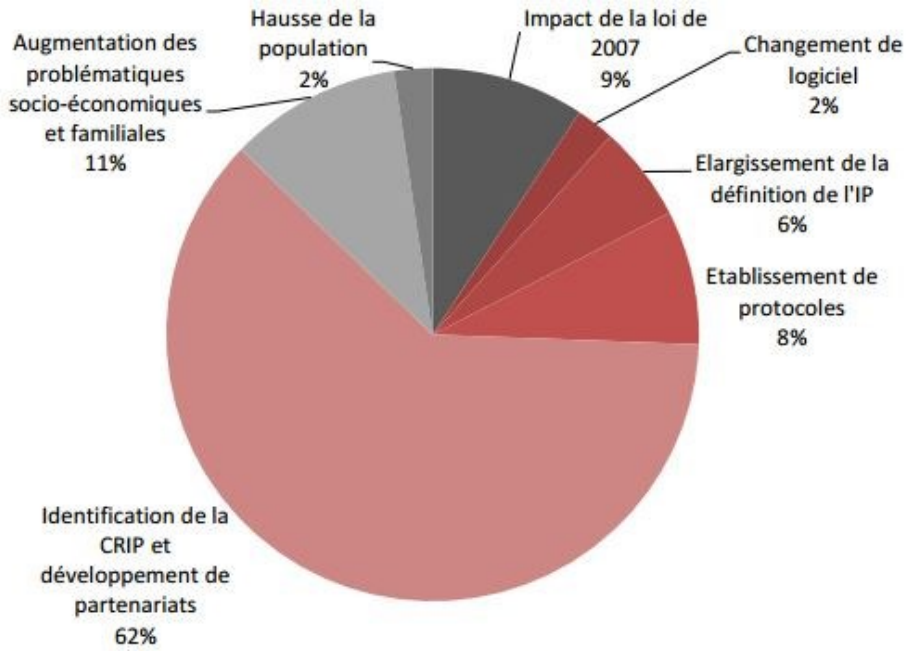
- Selon l'enquête nationale IP réalisée en 2011 (20), sur 32 départements comptabilisant le nombre d'IP entre 2007 et 2010, 26 ont connu une augmentation globale du chiffre de leurs IP ***(Figure 3)*** :



Lecture : 11 départements ont connu une augmentation du nombre des IP entre 2007 et 2010 de plus de 30%
Champ : l'ensemble des départements ayant fourni le nombre de situations donnant lieu à une IP pour un enfant sur les années 2007 à 2010 (n=32)
Source : ONED, enquête nationale informations préoccupantes 2011

Figure 3 : Nombre de départements, par taux d'évolution des IP entre 2007 et 2010

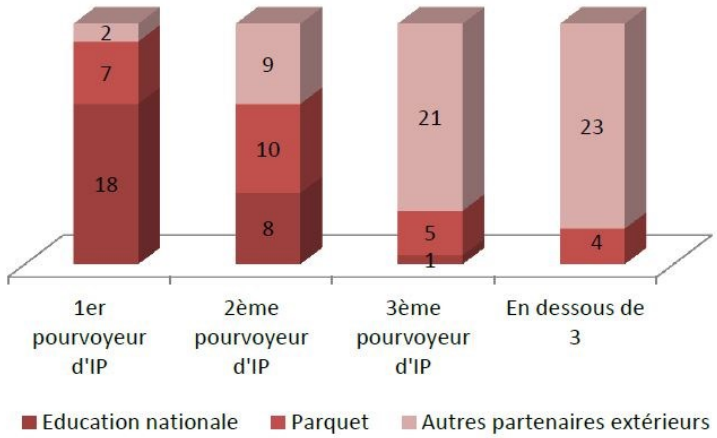
- Dans 62% des cas, la raison invoquée par les responsables de Cellules de Recueil, d'évaluation et de traitement des IP (CRIP) est la meilleure identification de la CRIP et le développement de partenariats ***(Figure 4)*** :



Lecture : 8% des réponses données mettent en avant l'établissement de protocoles comme raison de l'augmentation des IP
Champ : l'ensemble des réponses données par les départements ayant constaté une augmentation du nombre des IP (n=86)
Source : ONED, enquête nationale informations préoccupantes 2011
Note : certains responsables de CRIP ayant fait part d'une augmentation du nombre d'IP n'ont pas donné d'explications et d'autres en ont donné plusieurs

Figure 4 : Raisons invoquées par les responsables de CRIP pour expliquer l'augmentation du nombre d'IP

- L'Education nationale est le premier fournisseur d'IP (88% des 101 responsables de CRIP interrogés affirment disposer d'un protocole avec l'Education nationale). L'Education nationale et le parquet assurent à eux deux le rôle de premiers fournisseurs d'IP dans 93% des cas (25 départements sur 27) ***(Figure 5)*** :



Lecture : sur les 27 départements étudiés, 18 déclarent que l'Education nationale est leur 1er pourvoyeur d'IP, sept que le parquet est leur 1er pourvoyeur d'IP et deux que d'autres institutions que l'Education nationale et le parquet sont leurs 1er pourvoyeurs d'IP
Champ : les rapports d'activités comportant des données sur les pourvoyeurs d'IP (n=27)

Figure 5 : Répartition des principaux pourvoyeurs d'IP entre le parquet et l'Education nationale

B.2.3 Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

Le SNATED, ou 119, est le numéro d'appel d'urgence pour l'enfance en danger (cf. paragraphe B.4.2).

Voici quelques données chiffrées du SNATED pour l'année 2014 (21) :

- Nombre d'appels reçus en 2014 : 613 635 (soit 1 681/jour).
- Sur l'ensemble des appels traités, on comptabilise 34 581 appelants, dont 39,6% sont la famille proche et 10,9% les mineurs eux-mêmes ***(Tableau 3)*** :

Tableau 3 : Catégories des usagers du SNATED pour l'année 2014

Qualité de l'appelant	Total	
	Effectif	%
Mère	5 829	16,9 %
Père	4 833	14,0 %
Grands-parents	2 006	5,8 %
Beau-parent	655	1,9 %
Membre de la fratrie	387	1,1 %
Famille proche	13 710	39,6 %
Mineur concerné	3 776	10,9 %
Voisin	2 996	8,7 %
Entourage amical	2 630	7,6 %
Famille autre	1 914	5,5 %
Professionnels	1 704	4,9 %
Adulte concerné	392	1,1 %
Jeune Majeur concerné	367	1,1 %
Gendarmerie/Police	58	0,2 %
Autre	1 921	5,6 %
Non désigné	5 113	14,8 %
Total	**34 581**	**100 %**

Champ : nombre d'appelants (n=34 581)

Source : données issues de LISA, logiciel du SNATED

- 52 604 enfants sont concernés par ces appels, dont 35 618 se trouvent en situation de danger.
- Les enfants en danger sont âgés de 8,5 ans en moyenne.
- 57 063 auteurs sont présumés. 95,6% d'entre eux appartiennent à la famille proche de l'enfant. 8 fois sur 10 ce sont les parents.
- Parmi les dangers évoqués, les violences psychologiques se placent en première position, suivies des violences physiques ***(Figure 6)*** :

  Aide immédiate : entretien téléphonique qui a fait l'objet de conseils, de soutien, d'orientations, de renseignements et/ou qui révèle un danger ou un risque de danger sans élément identifiant.

  Information préoccupante : entretien relatif à une situation d'enfant en danger ou en risque de danger dont un compte rendu est adressé à la CRIP du ou des département(s) concerné(s).

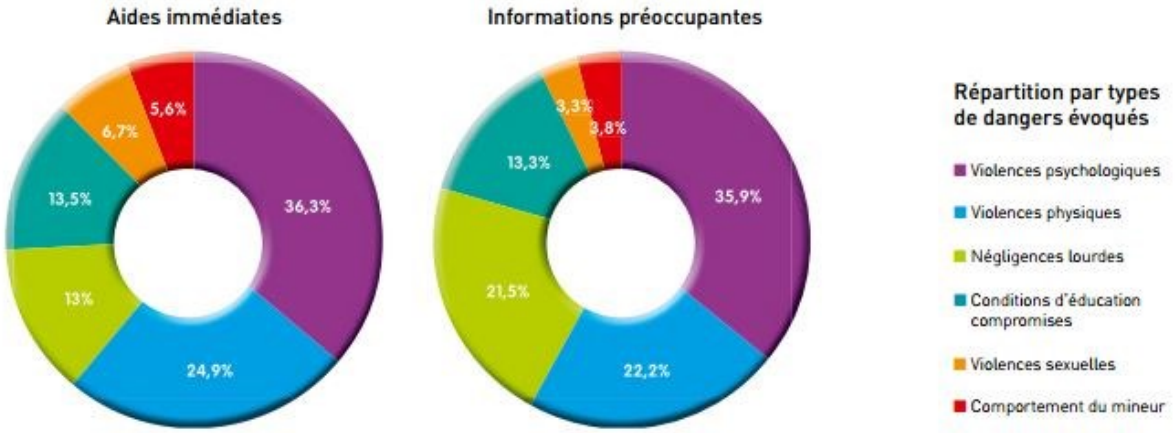


Figure 6 : Répartition des dangers évoqués

- Selon la convention avec le Département, la CRIP doit adresser au SNATED les retours d'évaluation des IP dans les 3 mois suivant leur envoi, dans le but d'en apprécier l'adéquation avec l'évaluation des appels par les écoutants (au 31 mai 2015, le taux de retours est de 52,5%) :
  - 73,5% des évaluations sont réalisées par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le service social départemental et/ou la PMI,
  - 60,2% des IP ont fait l'objet d'un suivi de proximité,
  - 19,9% des IP ont fait l'objet de mesures administratives,
  - 19,9% des IP ont fait l'objet de mesures judiciaires.

B.2.4 En Seine-Maritime

La Seine-Maritime est le 14e département le plus peuplé de France (1 254 809 habitants). Parmi les 21 départements peuplés de plus de 1 million d'habitants, la Seine-Maritime se situe (22) :

- au 8e rang pour les dépenses d'ASE par habitant de moins de 21 ans,
- au 4e rang pour le taux de placement,
- au 3e rang pour le taux d'Aide Educative à Domicile (AED) et d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

Les données chiffrées 2015 constituent la première observation exhaustive des IP dans le département de la Seine-Maritime (avant 2015, les données n'étaient pas centralisées dans un logiciel unique) : 3 475 IP ont été enregistrées, concernant 4 729 mineurs, soit un taux de 16,9‰ (3).

Un tiers des IP concerne des mineurs résidant dans l'arrondissement du Havre (34%), ce qui correspond peu ou prou à la part que représentent les mineurs du département dans cet arrondissement (33%) ***(Tableau 4)*** :

Tableau 4 : Répartition géographique des IP

	Dieppe	Le Havre	Rouen
Part des mineurs du département vivant dans l'arrondissement	19%	33%	48%
Part de l'arrondissement dans le total des IP	19%	34%	46%
Taux d'IP pour 1 000 mineurs	16,8‰	17,3‰	16,2‰

Source : CD76 - Direction ASE-PMI
Champ : Mineurs ayant fait l'objet d'au moins une IP en 2015

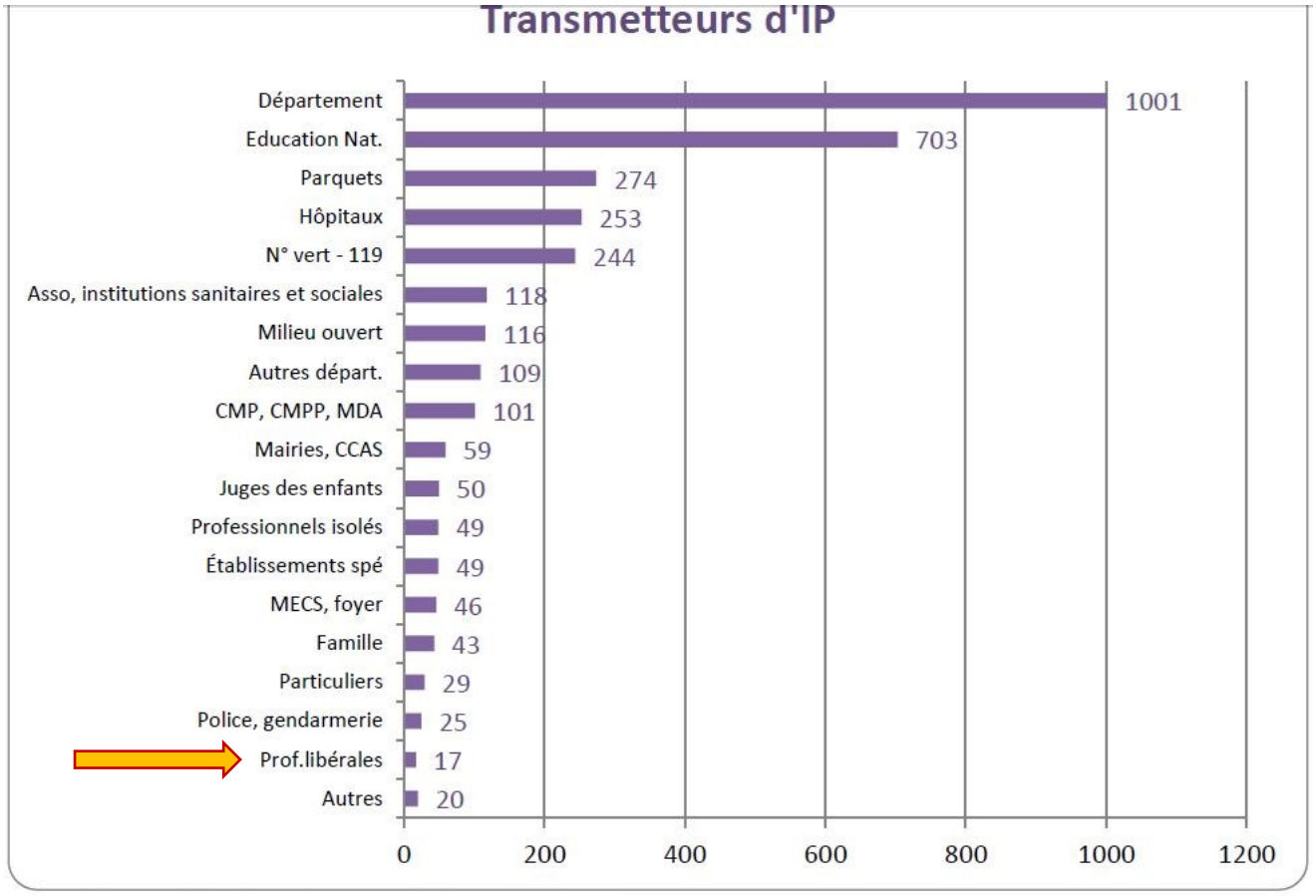
Parmi les 20 communes hébergeant au moins 1 000 mineurs, Le Havre se situe au 15e rang pour le taux de mineurs bénéficiant d'une IP, et Rouen au 18e rang ***(Tableau 5)*** :

Tableau 5 : Taux d'IP par commune

	Taux de mineurs bénéficiaires d'une IP (‰)		Taux de mineurs bénéficiaires d'une IP (‰)
Elbeuf	38,1	ND de Gravenchon	26,6
Lillebonne	36,9	Yvetot	25,6
Dieppe	36,6	Gournay En Bray	25,2
Déville Lès Rouen	34,3	ND de Bondeville	24,8
Caudebec Les Elbeuf	30,8	Le Havre	24,1
Darnétal	30,8	Malaunay	22,8
Bolbec	30,7	Canteleu	22,3
Maromme	29,0	Rouen	22,1
Fécamp	28,8	Le Petit Quevilly	21,4
Eu	28,4	Sotteville Lès Rouen	20,8

Source : CD76 - Direction ASE-PMI – CED Avril 2016
Champ : Nombre de mineurs pour mille concernés par une IP (communes avec 1 000 mineurs ou plus)

Les professions libérales se placent au dernier rang des transmetteurs d'IP ***(Figure 7)***.



Source : CD76 - Direction ASE-PMI – CED Avril 2016
Champ : 3 298 informations préoccupantes (3 470-172 dossiers non renseignés)

Figure 7 : Les transmetteurs d'IP en Seine-Maritime

Entre 2007 et 2015, le nombre de mineurs et de majeurs confiés ou accueillis au service de l'ASE a augmenté de 2,9%, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 0,3% (3).

Environ 35% de l'accueil physique est représenté par l'Institut Départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion (IDEFHI), situé à Canteleu (23).

B.3 Cadre législatif

B.3.1 Loi du 5 mars 2007

B.3.1.1 Généralités

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (15) réformant la protection de l'enfance poursuit trois objectifs :

- renforcer la prévention,
- améliorer le dispositif d'alerte et de signalement,
- diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille.

Le dispositif de la protection de l'enfance est principalement issu des grandes lois de décentralisation, en particulier celle du 6 janvier 1986 qui a confié aux Départements la responsabilité de l'ASE.

Depuis la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements, qui a créé le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM), aucune réforme d'ampleur n'était intervenue dans ce champ.

Le projet de réforme ne remet pas en question la philosophie du dispositif français. Il maintient la protection de l'enfance dans le cadre de l'autorité parentale.

La loi introduit les dispositions de la CIDE en posant, dès l'*article 1er*, les priorités de la protection de l'enfance : *« l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins et le respect de ses droits doivent guider toute décision le concernant » (article L.112-4 du CASF).*

La priorité est donnée à la protection sociale en première intention, d'où la place de chef de file attribuée au président du Département.

B.3.1.2 Enjeux

a) Le renforcement de la prévention *(article 1er)* : axe majeur du dispositif

Pour la première fois, un texte législatif pose les objectifs et propose une définition de la protection de l'enfance. Celle-ci est très large : elle va de la prévention des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales jusqu'à la substitution familiale *(article L.112-3 du CASF).*

La prévention repose sur deux acteurs :

- ***La PMI,*** à laquelle est donnée une compétence dans le domaine de la prévention sociale et médico-sociale beaucoup plus marquée qu'auparavant *(article L.2112 du Code de la santé publique) ;*
- ***La médecine scolaire*** *(article L.541-1 du Code de l'éducation).*

- L'entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse est rendu obligatoire ;
- La PMI réalise un bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans, à l'école maternelle ;
- En plus de la visite médicale déjà prévue par la médecine scolaire pour les enfants au cours de leur sixième année, trois nouvelles visites s'ajoutent au cours de la neuvième, douzième et quinzième année.

b) <u>L'amélioration du dispositif d'alerte, de signalement, d'évaluation</u>

- ***La cellule de signalement :*** création, dans chaque département, d'une Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP). *« Le président du conseil général 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 » (article 12 - article L.226-3 du CASF).*

Le président du Département a pour mission de traiter l'ensemble des situations d'enfants en danger et a compétence pour orienter les procédures soit vers une protection administrative, soit vers une saisine de l'autorité judiciaire.

« L'***<u>Information Préoccupante</u>*** *est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.*

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier » (article R.226-2-2 du CASF).

Le terme de **signalement** est réservé à la transmission au procureur de la République d'un rapport d'évaluation au titre de la protection de l'enfance appelant un traitement judiciaire.

- ***La coordination des différents acteurs :*** afin de mieux coordonner protection judiciaire et protection sociale mise en œuvre par le Département, la loi fixe les critères précis de saisine de l'autorité judiciaire *(article 12 - article L.226-4 du CASF)* :
  - les actions menées dans le cadre de la protection sociale n'ont pas permis de remédier à la situation de danger,
  - impossibilité de collaboration avec la famille ou refus de sa part,
  - impossibilité d'évaluer la situation et dès lors que le mineur est présumé être en danger.
- ***Le partage d'informations :*** afin de mieux repérer et de mieux évaluer les situations de danger pour l'enfant, la loi instaure le partage d'informations entre personnes soumises au secret professionnel, tout en l'encadrant strictement. *« Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Dans ce cas, les parents et l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant » (article 15 - article L.226-2-2 du CASF).*

- ***L'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) :*** créé dans chaque département et placé sous l'autorité du président du Département, il a pour missions :
  - *« de recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de la protection de l'enfance;*
  - *d'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance ;*

- *de formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département » (article 16 - article L.226-3-1 du CASF).*

- ***La formation (article 25) :*** la loi vise à améliorer la formation des professionnels aux questions relatives à la protection de l'enfance. Cette formation, initiale et continue, dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire, concerne l'ensemble des professionnels susceptibles de connaître des situations d'enfant en danger *(article L.542-1 du Code de l'éducation)*. Est également prévue une formation spécifique des cadres territoriaux qui prennent des décisions relatives à la protection de l'enfance. *(article L.226-12-1 du CASF)*.

c) La diversification des modes d'intervention

1) L'aide à domicile (24)

- Mesures de protection administrative

L'aide à domicile, demandée par les parents ou proposée par l'ASE et acceptée par les parents, comporte, ensemble ou séparément *(articles L.222-2 et suivants du CASF)* :

- l'action d'un(e) ***Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) :*** rôle préventif, éducatif, d'accompagnement et de soutien auprès de personnes qui éprouvent des difficultés à assumer la charge quotidienne d'un foyer ;

- un ***Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF) :*** conseils de gestion du budget familial ;

- l'***Aide Educative à Domicile (AED) :*** intervention d'un éducateur à domicile ;

- le versement d'***aides financières.***

- Mesures de protection judiciaire

Ces mesures sont décidées par le juge des enfants et imposées aux parents, avec ou sans leur accord.

Toutes les mesures sont décidées, sauf exception, pour une durée maximale de deux ans et sont donc révisées périodiquement.

- L'***Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) :*** mesure d'assistance éducative dont l'objectif est de supprimer le danger auquel est exposé l'enfant dans son milieu familial *(article 375-2 du Code civil).*

- La mesure judiciaire d'***Aide à la Gestion du Budget Familial (AGBF) :*** elle se substitue à la Tutelle aux Prestations Sociales Enfants (TPSE). *« Lorsque les prestations familiales ne sont pas employées pour les besoins liés au logement, à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants et que l'accompagnement en économie sociale et familiale n'apparaît pas suffisant, le juge des enfants peut ordonner qu'elles soient, en tout ou partie, versées à une personne physique ou morale qualifiée, dite « délégué aux prestations familiales » » (article 375-9-1 du Code civil).*

2) <u>L'accueil de l'enfant (25)</u>

Il s'agit de formules alternatives qui vont de l'accueil de l'enfant sans hébergement jusqu'au placement à temps complet en famille d'accueil ou en foyer.

- ***L'accueil de jour :*** sur décision du président du Département ou du juge des enfants, il s'agit d'un soutien éducatif sans hébergement.
- ***L'accueil modulable, exceptionnel et périodique :***
  - Sur décision du président du Département (*accueil modulable*) : un accueil modulable est destiné aux mineurs *« qui ne peuvent demeurer provisoirement dans leur milieu de vie habituel et dont la situation requiert un accueil à temps complet ou partiel, modulable selon leurs besoins » (article L.222-5 du CASF).*
  - Sur décision du juge des enfants (*accueil exceptionnel ou périodique*) : modalité d'exercice particulière d'une AEMO. Les services d'AEMO peuvent *« assurer un hébergement exceptionnel ou périodique à condition que ce service soit spécifiquement habilité à cet effet » (article 375-2 du Code civil).*
- ***L'accueil spécialisé*** (dans des services et établissements à caractère expérimental) : rôles conjoints d'hébergement, de suivi socio-éducatif et de prise en charge thérapeutique *(article L.222-5 du CASF).*
- ***L'accueil d'urgence :***
  - Accueil des mineurs en situation de rupture familiale : *« En cas de danger immédiat ou de suspicion de danger immédiat concernant un mineur ayant*

abandonné le domicile familial, le service peut, dans le cadre des actions de prévention, pendant une durée maximale de soixante-douze heures, accueillir le mineur, sous réserve d'en informer sans délai les parents, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le procureur de la République. Si au terme de ce délai le retour de l'enfant dans sa famille n'a pas pu être organisé, une procédure d'admission à l'aide sociale à l'enfance ou, à défaut d'accord des parents ou du représentant légal, une saisine de l'autorité judiciaire est engagée » (article L.223-2 alinéa 5 du CASF).

- Danger lié au contexte familial : *« En cas d'urgence et lorsque le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord, l'enfant est recueilli provisoirement par le service qui en avise immédiatement le procureur de la République. Si le représentant légal est en mesure de donner son accord mais le refuse, le service saisit l'autorité judiciaire. Si l'enfant n'a pas pu être remis à sa famille ou le représentant légal n'a pas pu ou a refusé de donner son accord dans un délai de cinq jours, le service saisit également l'autorité judiciaire » (article L.223-2 alinéa 2 du CASF).*

➢ ***L'accueil à temps complet***

- Sur décision du président du Département.
- Sur décision du juge des enfants, communément appelé « placement ».

« Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :

- *à l'autre parent ;*
- *à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;*
- *à un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;*
- *à un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ;*
- *à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé » (article 375-3 du Code civil).*

Si la décision est judiciaire, elle fait suite à une audience, ou si l'urgence le justifie, à une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

B.3.2 Loi du 5 novembre 2015

La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 (26) a pour objectif de clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé.

L'essentiel du texte porte sur une double modification de *l'article 226.14 du Code pénal :*

- ***L'extension des professionnels de santé concernés***

  La dérogation au secret pour le médecin qui signale *« 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 »* est étendue à l'ensemble des *« professionnels de santé ».*

- ***Une quasi-immunité pour le signalant***

  La loi ne prévoyant jusqu'à présent qu'une protection disciplinaire, l'immunité juridique devient quasi absolue par cette loi qui précise 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* ».

B.3.3 Loi du 14 mars 2016

B.3.3.1 Généralités

La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 (27) entend lever les obstacles au déploiement de la loi du 5 mars 2007.

Elle comporte trois axes principaux :

- améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance,
- sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance,
- adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme.

Cette loi s'inscrit dans une réforme plus large de la protection de l'enfance au travers de la feuille de route 2015-2017 du ministère de la famille.

B.3.3.2 Enjeux

a) Une gouvernance rénovée

- Création d'un ***Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE)*** *(article 1)* :

  « chargé de proposer au Gouvernement les orientations nationales de la politique de protection de l'enfance, de formuler des avis sur toute question s'y rattachant et d'en évaluer la mise en œuvre. Ce conseil promeut la convergence des politiques menées au niveau local, dans le respect de la libre administration des collectivités territoriales » (article L.112-3 du CASF).

- ***Protocole départemental pour coordonner la prévention*** *(article 2)* :

  « un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'Etat et les communes. Il définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives » (article L112-5 du CASF).

- ***Formation des professionnels*** *(article 3) :*
  - Nouvelle mission pour chaque ODPE : *« réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département, qui est rendu public, et élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance » (article L.226-3-1 du CASF),*
  - Objectif : contribuer à répondre à l'insuffisance de formation malgré l'obligation légale.

- ***L'information du préfet en cas d'évènement indésirable.*** *(article 4)*
- ***L'information en matière d'absentéisme scolaire.*** *(article 5)*
- Transformation de l'ONED en ***Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE)*** *(article 6),* afin d'assurer une identité commune.

- Elargissement du ***périmètre d'observation*** de la protection de l'enfance *(article 6) :*
  - à toute mesure de protection, administrative ou judiciaire, y compris celles concernant les majeurs de moins de 21 ans,
  - à certaines mesures prévues par l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

- Désignation d'un ***médecin référent « protection de l'enfance »*** *(article 7) :*

« désigné au sein d'un service du département, il est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part » (article L.221-2 du CASF).

b) <u>La sécurisation des parcours</u>

- ***Recours à l'autorité judiciaire*** *(article 11) :*
  - ajout d'une quatrième voie de saisine par le président du Département ;
  - en cas de *« danger grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance » (article 226-4 du CASF).*

- ***Développer l'accueil par un tiers bénévole*** *(article 13) :*

  « Lorsqu'un enfant est pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur un autre fondement que l'assistance éducative, le président du conseil départemental peut décider, si tel est l'intérêt de l'enfant et après évaluation de la situation, de le confier à un tiers, dans le cadre d'un accueil durable et bénévole » (article L.221-2-1 du CASF).

- ***Transmission d'informations entre les départements*** *(article 14) :*
  - Loi du 5 mars 2012 relative au suivi des enfants en danger : oblige le président du Département d'origine d'informer le département d'accueil et de lui transmettre les éléments du dossier ;
  - Dispositif renforcé par la loi du 14 mars 2016 :

    « Pour l'accomplissement de sa mission de protection de l'enfance, le président du conseil départemental peut demander au président du conseil départemental d'un autre département des renseignements relatifs à un

mineur et à sa famille quand ce mineur a fait l'objet par le passé, au titre de la protection de l'enfance, d'une information préoccupante, d'un signalement ou d'une prise en charge dans cet autre département. Le président du conseil départemental ainsi saisi transmet les informations demandées » (article L.226-3 du CASF).

- ***Un entretien et un projet d'accès à l'autonomie*** *(article 15) :*

  Organisé par le président du Département *« un an avant sa majorité, pour faire un bilan de son parcours et envisager les conditions de son accompagnement vers l'autonomie. Dans le cadre du projet pour l'enfant, un projet d'accès à l'autonomie est élaboré par le président du conseil départemental avec le mineur. Il y associe les institutions et organismes concourant à construire une réponse globale adaptée à ses besoins en matière éducative, sociale, de santé, de logement, de formation, d'emploi et de ressources » (article L.222-5-1 du CASF).*

- ***La consignation de l'Allocation de Rentrée Scolaire*** *(article 19) :*
  - objectif : assurer aux jeunes majeurs, à leur sortie de l'ASE, une épargne les aidant à entrer dans la vie d'adulte ;
  - *« versée à la Caisse des dépôts et consignations, qui en assure la gestion jusqu'à la majorité de l'enfant ou, le cas échéant, jusqu'à son émancipation. A cette date, le pécule est attribué et versé à l'enfant » (article L.543-3 du Code de la sécurité sociale) ;*
  - mesure applicable à compter de la rentrée scolaire 2016.

- ***Un Projet Pour l'Enfant (PPE) plus précis*** *(article 21) :*
  - Instauré par la loi du 5 mars 2007 mais très inégalement mis en œuvre ;
  - Objectifs précisément définis *(article L.223-1-1 du CASF)* :
    - ✓ garantir le développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social du mineur,
    - ✓ déterminer, dans une approche pluridisciplinaire, la nature et les objectifs des interventions,
    - ✓ prendre en compte les relations entre les frères et sœurs,
    - ✓ comporter une évaluation médicale et psychologique du mineur.
  - *« Le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et, le cas*

échéant, avec la personne désignée en tant que tiers digne de confiance ainsi qu'avec toute personne physique ou morale qui s'implique auprès du mineur. Ce dernier est associé à l'établissement du projet pour l'enfant, selon des modalités adaptées à son âge et à sa maturité. Le projet pour l'enfant est remis au mineur et à ses représentants légaux » (article L.223-1-1 du CASF).

- ***Le rapport sur la situation de l'enfant*** *(article 28) :*
  - Etabli après une évaluation pluridisciplinaire, il *« porte sur la santé physique et psychique de l'enfant, son développement, sa scolarité, sa vie sociale et ses relations avec sa famille et les tiers intervenant dans sa vie. Il permet de vérifier la bonne mise en œuvre du projet pour l'enfant et l'adéquation de ce projet aux besoins de l'enfant » (article L.223-5 du CASF) ;*
  - Elaboré *« au moins une fois par an, ou tous les six mois pour les enfants âgés de moins de deux ans » (article L.223-5 du CASF).*

c) Statut des placements sur le long terme

- ***La sécurisation de l'adoption simple*** *(article 32) :*
  - Objectif : augmenter son utilisation comme mesure de protection de l'enfance.
  - Elle est désormais irrévocable durant la minorité de l'adopté (sauf sur demande du ministère public).

- ***La déclaration judiciaire de délaissement parental*** *(article 40) :*
  - Remplace la déclaration judiciaire d'abandon.
  - Objectif : objectiver la notion de *« désintérêt manifeste »* des parents jugée trop floue.
  - *« Un enfant est considéré comme délaissé lorsque ses parents n'ont pas entretenu avec lui les relations nécessaires à son éducation ou à son développement pendant l'année qui précède l'introduction de la requête, sans que ces derniers en aient été empêchés par quelque cause que ce soit » (article 381-1 du Code civil).*

B.4 Acteurs de la protection de l'enfance

B.4.1 La Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes

- La CRIP (28) est créée par la loi du 5 mars 2007.
- Elle est pilotée par le président du Département.
- Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle ayant des compétences techniques dans le domaine social, éducatif et médical.
- Sa mission principale : centraliser toutes les IP concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être.
- Elle a vocation à être destinataire de toutes les IP et des signalements au parquet, quel que soit le circuit de transmission.
- Elle collabore avec les représentants de l'État et de l'autorité judiciaire.
- Elle concerne un large éventail d'acteurs du secteur public et privé (les services du département, le parquet, la protection judiciaire de la jeunesse, l'Éducation nationale, les établissements hospitaliers, des acteurs de santé, les services de police et de gendarmerie, les établissements et services pour l'enfance handicapée, les services d'accueil de la petite enfance, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, la direction départementale de la jeunesse et des sports, etc.).
- Les procédures de recueil sont formalisées par protocoles.
- Elle conseille les professionnels face à des questionnements sur la situation d'un mineur.

En Seine-Maritime :

- La CRIP est dénommée « Cellule Enfance en Danger » (CED).
- Le département dispose d'un protocole qui formalise l'alerte et le signalement en protection de l'enfance ***(annexe n°1)***.

B.4.2 Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

- Le SNATED (21) est créé par la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 sous le nom de Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée (SNATEM), communément appelé « Allô Enfance Maltraitée ».
- 1er mars 1997 : création du numéro d'appel simplifié « 119 ».
- 1er janvier 2003 : statut de numéro d'urgence (comme les n° 115, 17, 18, 112 et 15), ce qui donne obligation à tous les opérateurs de rendre accessible le numéro gratuitement, y compris depuis les téléphones mobiles.
- Le 119 est joignable 24h sur 24, 7 jours sur 7 de toute la France et les Départements d'Outre-Mer.
- Il n'apparaît pas sur les factures détaillées de téléphone.
- Loi du 5 mars 2007 : la dénomination du service change (le mot « maltraitée » est remplacé par le mot « en danger ») et ses missions sont élargies :
  - mission de prévention et de protection : accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection de mineurs en danger ;
  - mission de transmission : transmettre les IP concernant ces enfants aux services départementaux compétents ; les CRIP.

B.4.3 La médecine légale

- Outil indispensable d'aide à l'enquête policière et judiciaire, nécessaire au bon fonctionnement du service public de la justice et à la manifestation de la vérité.
- Circulaire du 27 décembre 2010 (29) : nouvelle organisation afin de structurer, à l'échelle nationale, une médecine légale harmonisée et de qualité.
- Exercice principalement réalisé dans les établissements de santé, sous la responsabilité du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (à l'exception de l'Institut Médico-Légal de Paris et de l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale (IRCGN), qui restent placés sous la tutelle du ministère de l'intérieur) :

- les Instituts Médico-Légaux (IML) pour la thanatologie,
- les Unités Médico-Judiciaires (UMJ) pour la médecine légale du vivant.

En Seine-Maritime (30,31) :

- Création en 2007 d'une association professionnelle pour créer et coordonner un réseau régional de médecins légistes : le Groupe de Réflexion des Experts Normands de Médecine Légale (GREEN), dont le siège est implanté au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen :
  - protocoles médicaux communs,
  - expertise médico-légale reconnue de qualité,
  - personnel médical commun entre le service de médecine légale de Rouen et le Groupe Hospitalier du Havre (GHH).
- A Rouen, le service de médecine légale compte 2 unités :
  - Clinique : le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA), UMJ créée en décembre 2007. Ses missions (mandatées par la justice via les réquisitions ou par les victimes elles-mêmes) :
    - ✓ évaluer les violences,
    - ✓ administrer des soins complémentaires,
    - ✓ rédiger des certificats descriptifs avec évaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) pénale,
    - ✓ initier un suivi psychologique des victimes,
    - ✓ permettre la rencontre avec une assistante sociale.
  - Thanatologique : IML.
- Au Havre : création de l'UMJ pédiatrique le 1er Juin 2007, au sein des urgences pédiatriques, après un accord entre le GHH et le procureur de la République.

B.4.4 Les acteurs de la protection administrative

B.4.4.1 La Protection Maternelle et Infantile

- Service crée par l'ordonnance du 2 novembre 1945 pour lutter contre la mortalité infantile.
- Service placé sous l'autorité du Département depuis la loi du 5 mars 2007 (15) et dirigé par un médecin inspecteur départemental *(article L.123-1 du CASF).*

- Les missions, l'organisation et le fonctionnement des services de PMI sont définis dans les *articles L.2111-1, L.2112-2 et L.2112-6 du Code de la santé publique.*
- Service composé de nombreux professionnels : médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, conseillères conjugales et familiales, psychologues.
- Mission de protection infantile (des enfants de moins de 6 ans) :
  - surveillance médico-sociale (consultations gratuites, certificats de santé obligatoires, bilan de santé en école maternelle, etc.),
  - actions dans les modes d'accueil et de garde des enfants (agrément, formation et accompagnement des assistant(e)s maternel(le)s, surveillance et contrôle des établissements d'accueil),
  - actions en faveur de l'enfance en danger (actions de prévention, enquête médico-sociale suite à une information préoccupante, etc.).
- Mission de protection maternelle :
  - planification et éducation familiale,
  - surveillance et prise en charge médico-sociale de la femme enceinte.
- Ressource épidémiologique : *« Les états statistiques concernant, d'une part, les activités du service départemental et, d'autre part, la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile, transmis au préfet par le président du conseil général, sont établis par ce service » (article R.2112-8 du Code de la santé publique)*.

B.4.4.2 L'Aide Sociale à l'Enfance

- Service instauré en 1943, il est placé sous l'autorité du Département depuis 1985.
- Les missions, l'organisation et le fonctionnement des services de l'ASE sont définis par les *articles L.221-1 à L.228-6 du CASF.*
- Service composé de travailleurs sociaux (éducateurs, assistants sociaux), de psychologues, et de personnels administratifs.
- Ses 2 grandes prérogatives :
  - apporter un soutien aux familles à leur domicile (soutien éducatif et/ou financier),

- accueillir et prendre en charge, y compris en urgence, les enfants qui lui sont confiés.

➢ Ses activités principales :
- le suivi des enfants confiés à l'ASE : mesures d'accompagnement à domicile, mesures de placement,
- le suivi des assistants familiaux (familles d'accueil),
- administrateur *ad hoc*.

B.4.5 Les acteurs de la protection judiciaire

Les deux principaux concernés sont le procureur de la République et le juge des enfants (32).

B.4.5.1 Le procureur de la République

➢ Magistrat, membre du parquet, il représente le ministère public devant toutes les juridictions de l'ordre judiciaire.
➢ Il est placé sous l'autorité du procureur général et du Garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Libertés.
➢ Il siège au Tribunal de Grande Instance (TGI).
➢ Il reçoit l'ensemble des signalements et apprécie la suite à leur donner.
➢ Deux fonctions principales :
- En matière pénale : il charge les Services de Police ou de Gendarmerie de l'enquête portant sur les auteurs de la maltraitance dont l'enfant a été victime (il poursuit également les mineurs auteurs d'infractions) ;
- En matière civile ; 3 cas de figure :
  - ✓ Les éléments contenus dans le signalement mettent en évidence un état de danger tel que défini à *l'article 375 du Code civil*. Le procureur peut :
    - saisir le juge des enfants,
    - prendre une OPP, si le placement immédiat de l'enfant s'impose, et en informer le juge des enfants.
  - ✓ Les éléments contenus dans le rapport ne font pas apparaître la notion de danger ou de risque de danger pour l'enfant. Le procureur peut classer « sans suite ».

- ✓ Les éléments dans le rapport sont difficiles à apprécier et justifient le déclenchement d'enquêtes complémentaires. Ces enquêtes peuvent être confiées :
  - aux Services de Police ou Gendarmerie (Officier de Police Judiciaire [OPJ]),
  - au Service Educatif auprès du Tribunal (Protection Judiciaire de la Jeunesse [PJJ]).

  Après quoi le procureur peut classer « sans suite » ou faire une requête auprès du juge des enfants.

B.4.5.2 Le juge des enfants

- Crée par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 (33), c'est un magistrat qui siège au TGI.
- Son champ d'attribution est double : il protège les mineurs en danger et juge les mineurs délinquants.
- En matière civile, il est compétent dans le domaine de l'assistance éducative :
  - il peut être saisi par les parents, la personne ou le service à qui l'enfant a été confié, le tuteur, le mineur lui-même ou le ministère public dans le cadre de l'Assistance Educative ;
  - il dispose de mesures d'investigations : enquête sociale, Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE), expertises psychiatriques ou psychologiques ;
  - il peut ordonner : des mesures éducatives (AEMO, AGBF), le placement provisoire en famille d'accueil ou dans une institution spécialisée.
- En matière pénale, il est compétent à la fois pour instruire et juger les mineurs ayant commis une infraction délictuelle.

B.5 La formation initiale des médecins généralistes

A l'issue de la première année de médecine (Première Année Commune des Etudes de Santé [PACES]) les étudiants admis se préparent en 5 ans aux Epreuves Classantes Nationales (ECN). De leur réussite à ces épreuves dépendra le choix de la spécialité étudiée pendant l'internat et de la région où elle leur sera enseignée.

Parmi les 335 sujets que comptent le programme des ECN, un seul, inclus dans le thème *« maturation et vulnérabilité »*, concerne la maltraitance et s'intitule *« maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile »* (item 37). Ce module est en général traité en une heure dans la plupart des facultés et l'accent est mis sur le syndrome de Silverman, loin de refléter la majorité des situations de maltraitance (34).

A l'issue des ECN, les internes qui choisissent la médecine générale s'orientent vers un Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale (DES-MG). *« En 2008 en Île-de-France, le programme d'enseignement théorique du DES-MG comprenait une partie intitulée « Les situations pathologiques courantes » dans laquelle sont abordées « les maltraitances et violences », et une autre « La santé de l'enfant et de l'adolescent », divisée en sous-thèmes, parmi lesquels : « la surveillance du développement staturo-pondéral et psychomoteur, la détection des anomalies » et « les pathologies et demandes fréquentes pour les nourrissons et les petits enfants ». Il existe donc un réel effort de formation théorique, notamment des futurs médecins généralistes, à la problématique de la maltraitance envers les enfants mais le nombre d'heures consacrées à l'enseignement sur la maltraitance reste d'une grande variabilité d'une faculté de médecine à une autre et demeure totalement personne-dépendante, l'enseignant pouvant se passionner pour son sujet ou au contraire expédier au plus vite son pensum »* (35).

A Rouen, les internes de médecine générale ont la possibilité de suivre un séminaire d'une demi-journée intitulé « Enfant en situation de maltraitance », permettant aux étudiants d'être sensibilisés à ce sujet au contact d'experts de la protection de l'enfance.

Concernant la formation pratique (stages hospitaliers), on observe également une grande variabilité en fonction des facultés de médecine. A Rouen, nous avons la chance de disposer d'une maquette complète, incluant un stage en pédiatrie. De plus, il est obligatoire d'effectuer huit demi-journées au sein des services de PMI durant le stage chez le praticien, ce qui permet d'avoir quelques bases de pédiatrie préventive.

Enfin, de nombreuses facultés dont celle de Rouen proposent un Diplôme Universitaire (DU) de pédiatrie préventive afin d'offrir un complément de connaissances théoriques et pratiques en pédiatrie, tout particulièrement en pédiatrie préventive.

B.6 Obstacles au dépistage et au signalement par les médecins généralistes

Selon une étude quantitative menée en 2012 (36), sur les 55 médecins interrogés, 87,5% avouent se sentir démunis face à un cas de maltraitance.

L'auteur s'est intéressé à l'attitude du médecin face à la suspicion de maltraitance ***(Figure 8)*** :

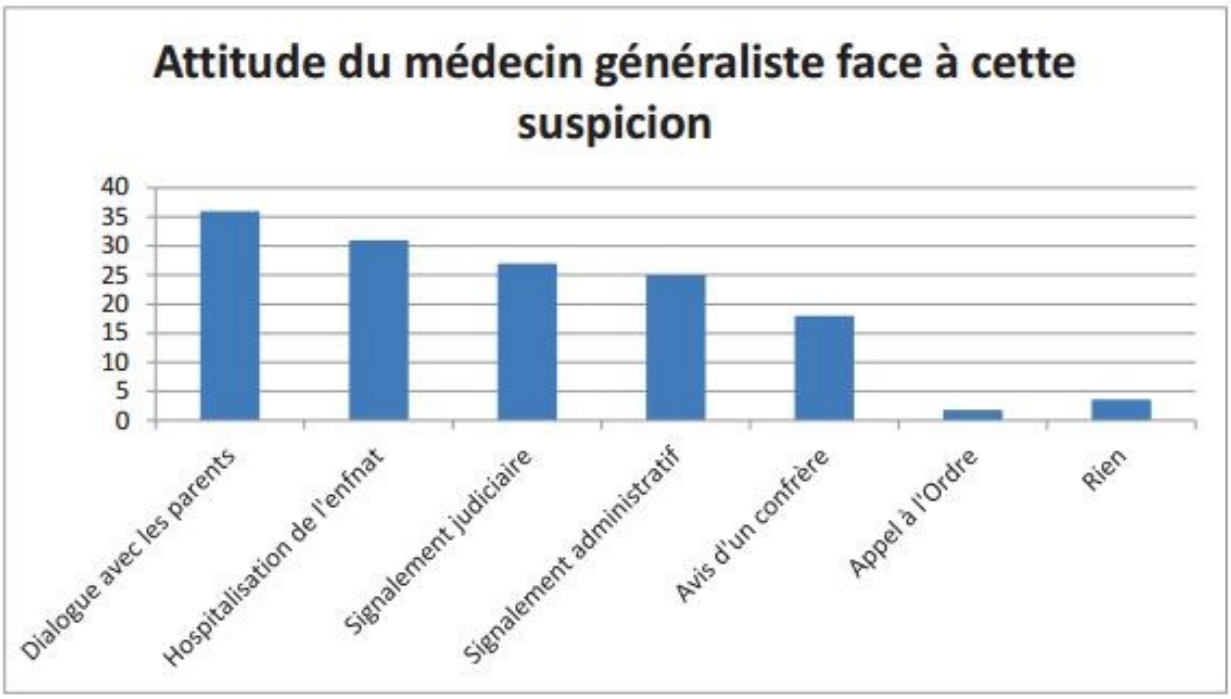


Figure 8 : Attitude du médecin généraliste face à une suspicion de maltraitance

Pour expliquer l'absence de signalement, 93% des médecins évoquent le doute et 7% ne veulent pas créer de problème à la famille.

Concernant leur formation initiale, plus des 2/3 des médecins signalent n'avoir reçu aucun enseignement sur les maltraitances et le signalement ou, quand une formation a été dispensée, ils estiment qu'elle n'était pas de bonne qualité.

Concernant leur formation continue, ces mêmes résultats sont retrouvés chez un peu plus de la moitié des médecins interrogés.

Parmi ce qui aiderait les médecins à signaler, une meilleure formation sur le sujet est évoquée dans 36,4% des cas ***(Figure 9)*** :

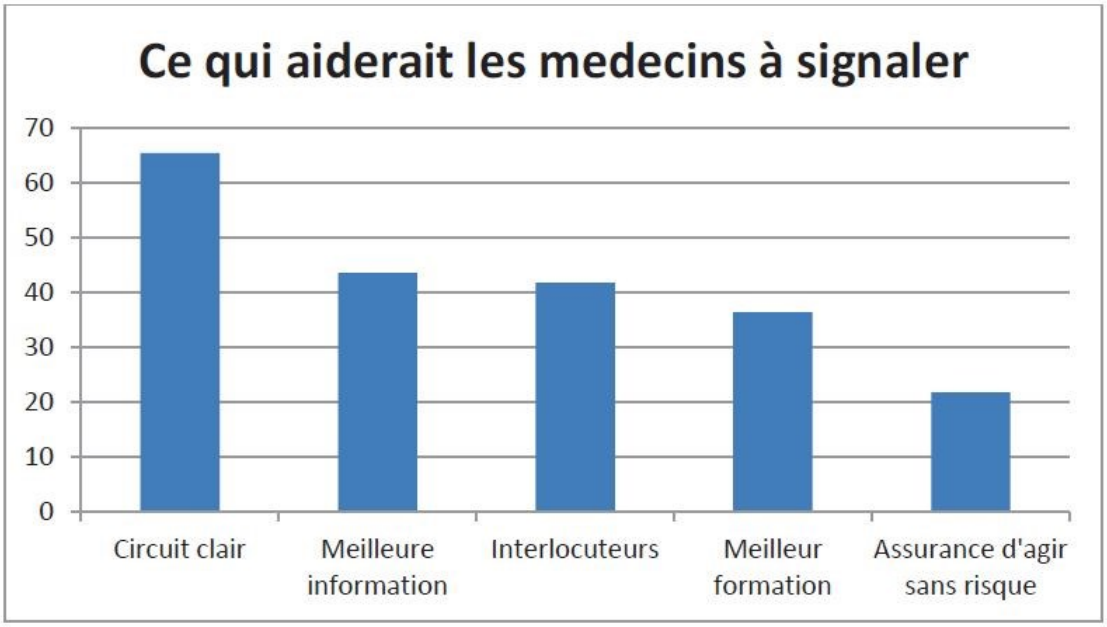


Figure 9 : Pour aider les médecins à signaler

Ce dernier point est largement identifié par deux enquêtes menées respectivement dans la Vienne en 2011 (4) puis dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012 (37) : 54% des médecins interrogés en 2011 et 76% des médecins interrogés en 2012 désirent une formation complémentaire.

De même, selon une enquête descriptive prospective menée en Ille-et-Vilaine en 2013 (7), 81,9% des médecins interrogés déclaraient n'avoir reçu aucun enseignement ou aucune communication sur l'IP. Le ***Tableau 6*** regroupe les différents freins au signalement, le manque de formation / d'informations étant considéré comme le plus important.

Tableau 6 : Freins à la rédaction d'un écrit

Freins à la réalisation d'une information préoccupante	Nombre de médecins	%
Manque de formation/ d'informations sur le sujet	177	59,4
Peur de faire un diagnostic erroné et d'être accusé de dénonciation calomnieuse	154	51,7
Méconnaissance des services pouvant intervenir dans ce cas	130	43,6
Méconnaissance du cadre de vie de la famille (moins de visites à domicile)	98	32,9
Absence de retour de prise en charge par les services de protection de l'enfance	83	27,8
Crainte d'erreur lors de la rédaction de cet écrit	82	27,5
Absence d'interlocuteur médecin au niveau des services sociaux	59	19,8
Peur des conséquences pour la famille	43	14,4
Ignorance de comment joindre les services de protection de l'enfance	39	13,1
Peur de perdre le suivi et la confiance de la famille	34	11,4
Peurs de représailles sur soi-même, sa famille, ou biens matériels	27	9,1
A priori négatif sur les services sociaux (crainte de placements « abusifs »)	25	8,4
Aucun frein	13	4,4
Pas le temps de chercher le service en question	11	3,7
Autres	10	3,4

Selon une étude quantitative menée en 2013 auprès de 50 médecins généralistes Parisiens (38), seuls 28% des médecins avaient appris à rédiger un écrit. De plus, 89% déclaraient n'avoir aucun document type pour les aider dans leur démarche.

Une autre étude quantitative menée la même année à Paris auprès de 187 internes de médecine générale ou jeunes médecins généralistes (39) apporte les résultats suivants : parmi les 101 répondants ayant déjà été confrontés à un cas de maltraitance, 79 n'ont pas donné suite. Les principales raisons évoquées étant le manque de connaissance sur le sujet avec la peur de faire une erreur (35/79), le manque de connaissance en matière de droit et de devoirs sur le sujet (29/79), ou le fait de ne pas savoir à qui signaler (9/79).

C. FORMATION MEDICALE CONTINUE EN FRANCE

C.1 Historique et lois

Historiquement la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en œuvre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) consistant à analyser l'activité clinique réalisée par rapport à des recommandations professionnelles actualisées.

Pour les médecins, l'évolution de la Formation Médicale Continue (FMC) est illustrée par le schéma ci-dessous ***(Figure 10)*** :



Figure 10 : Evolution de la FMC

C.1.1 Avant 1996

Avant cette date, la FMC ne relevait que d'une exigence purement déontologique.

C.1.2 Ordonnance du 24 avril 1996

La FMC est rendue obligatoire : *« L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel. Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation […] » (Titre II, article L.367-2)* (40).

C.1.3 Loi du 13 août 2004

Par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (41), l'EPP est rendue obligatoire. Création de trois Conseils Nationaux de FMC (CNFMC) dont la principale mission est d'organiser l'obligation de FMC auxquels sont soumis tous les médecins.

Le décret du 14 avril 2005 (42) a parfaitement intégré et résumé l'articulation des deux dispositifs dans son *article premier* : *« l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ».*

C.1.4 Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009

La FMC et l'EPP sont réunis dans un dispositif unique, le Développement Professionnel Continu (DPC), qui est étendu à l'ensemble des 22 professions de santé médicales et paramédicales. Selon l'*article 59* de cette loi, le DPC a pour objectifs : *« l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »* (43).

C.1.5 Loi du 26 janvier 2016 *(article 114)*

Par cette loi dite de modernisation de notre système de santé (44), l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) succède à l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) ***(annexe n°2)***. Le DPC demeure une obligation pour les professionnels de santé mais le dispositif de formation passe d'une obligation annuelle à triennale.

« Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques » (Titre III, article L.4021-1).

C.2 Organisation

C.2.1 Agence Nationale du Développement Professionnel Continu : nouveau pilote

L'ANDPC, en collaboration avec ses instances décisionnaires et scientifiques, assure le pilotage du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé. Elle a pour principales missions (45) :

- l'évaluation des organismes et structures,
- la garantie de la qualité scientifique et pédagogique des formations proposées,
- la mesure de l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficience du dispositif,
- la promotion du dispositif de DPC,
- la participation au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé pouvant être pris en charge par l'Agence.

Le DPC est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles ***(Figure 11)***. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé.

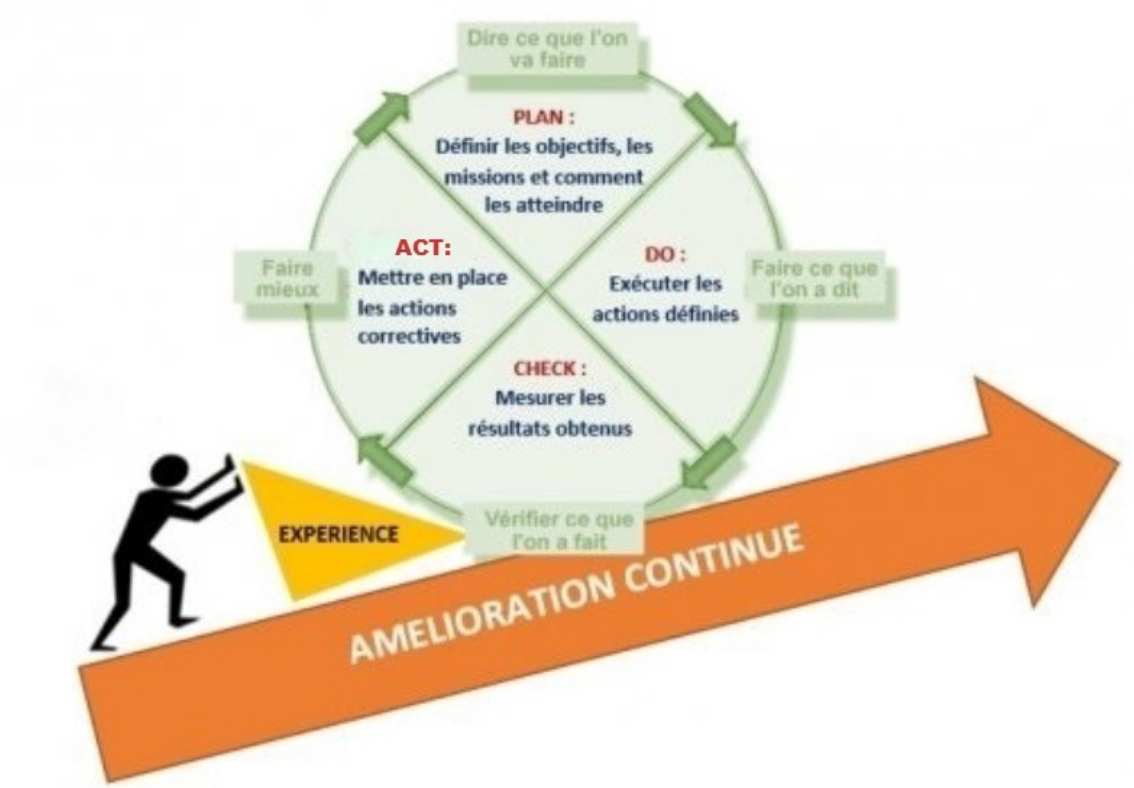


Figure 11 : La roue de Deming ; illustration de la démarche qualité

Le DPC a pour objectifs :

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques,
- le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences,
- la prise en compte des priorités de santé publique.

C.2.2 Décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC

« Pour satisfaire à son obligation, le professionnel de santé justifie au cours d'une période de trois ans soit de son engagement dans une démarche d'accréditation, soit de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques » (article R.4021-4.-I) (46).

Ainsi, l'ANDPC met à disposition des professionnels de santé l'offre de DPC composée d'actions et de programmes :

- action cognitive (concernant l'approfondissement des connaissances) ;
- action d'analyse des pratiques professionnelles ;
- gestion des risques.

A ce jour, ce dispositif ne prévoit aucune sanction pour les praticiens qui ne rempliraient pas leur obligation triennale.

C.3 Méthodes et modalités

C.3.1 Formations agrées DPC

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche ***(Tableau 7)*** :

Tableau 7 : Méthodes de DPC (47)

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
1. Pédagogique ou cognitive		
1.1. En groupe	• formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire…) • revue bibliographique et analyse d'articles	**À compléter par une activité d'analyse des pratiques :** • soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation ; • soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle.
1.2. Individuelle	• formation à distance (*e-learning*, supports écrits et numériques…) • formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires [DU] validés[1] par les CSI et la CSHCPP)	
2. Analyse des pratiques		
2.1. Gestion des risques	• revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • analyse *a priori* des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE…)	**À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences** • soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/de la recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser • soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2. Revue de dossiers et analyse de cas	• groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence	
2.3. Indicateurs	• suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique	
2.4. Analyse des parcours de soins	• chemin clinique • patients traceurs	
2.5. Analyse de parcours professionnel	• bilan de compétences	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques : • gestion des risques en équipe • exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé…)		
4. Dispositifs spécifiques		
• accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004) • accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) • programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) • certification des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et/ou de tissus		
5. Enseignement et recherche		
• publication d'un article scientifique • recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité • maîtrise de stage • formateurs pour des activités de DPC		
6. Simulation		
• session de simulation en santé • test de concordance de script (TCS)		

C.3.2 Formations non agrées DPC

La liste suivante est non exhaustive et la qualité de ces formations n'est pas toujours reconnue :

- abonnement à une revue médicale,
- groupe de pairs,
- visiteurs médicaux,
- soirées organisées par les laboratoires pharmaceutiques,
- associations locales de FMC,
- internet,
- recommandations diffusées par l'HAS, l'assurance maladie et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS),
- logiciels d'aide à la prescription.

C.4 Quelques chiffres

Selon une enquête informatique menée en 2011 auprès de 2 407 médecins (48), la presse médicale représente le premier support de formation utilisé par les médecins généralistes ***(Figure 12)*** :

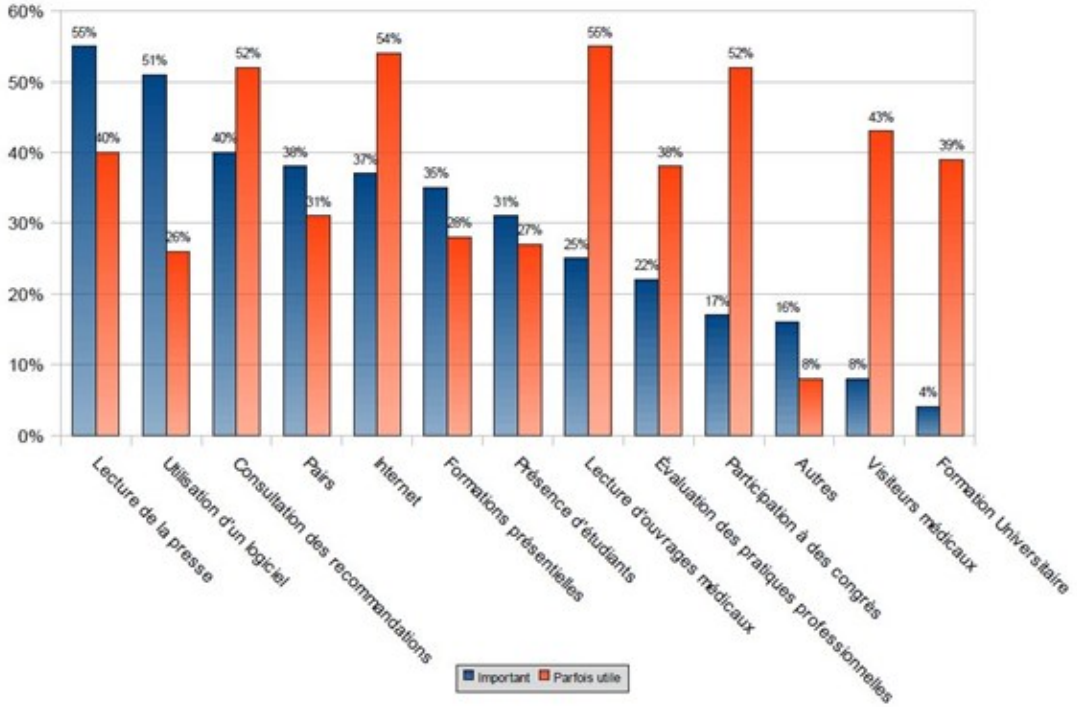


Figure 12 : Importance relative des différentes formations

Selon une étude observationnelle menée en 2012 auprès de 100 médecins généralistes du département de l'Isère (49), 95% déclaraient participer à des activités de FMC. Les outils de formation les plus fréquemment utilisés étaient les séminaires de FMC conventionnelle (81% de médecins interrogés y assistaient au moins une fois par an), puis la presse médicale et internet ***(Tableau 8)*** :

Tableau 8 : Participation à des activités de FMC

Type de formation	% de médecins les utilisant au moins 1 fois par an
- Séminaires de FMC conventionnelle	**81**
- Presse médicale	**70**
- Internet	**61**
- Réseaux de soins	**34**
- Soirées de l'industrie pharmaceutique	**30**
- Formations organisées par l'université	**26**
- Congrès	**24**

Selon une enquête observationnelle menée en 2015 auprès de 241 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne (50), le bilan de l'année 2013 est satisfaisant en termes d'effectifs de participants pour une première année de mise en place du DPC :

- chez les médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne, le nouveau dispositif a été relativement bien suivi : 43,15% de participants, selon la répartition illustrée par la ***Figure 13*** ;
- à l'échelle nationale, le nombre de médecins formés a été conforme aux objectifs de croissance fixés par l'OGDPC : une augmentation d'un peu plus de 45% des médecins formés entre 2011 et 2013 et 31% de médecins inscrits au site www.mondpc.fr fin 2013.

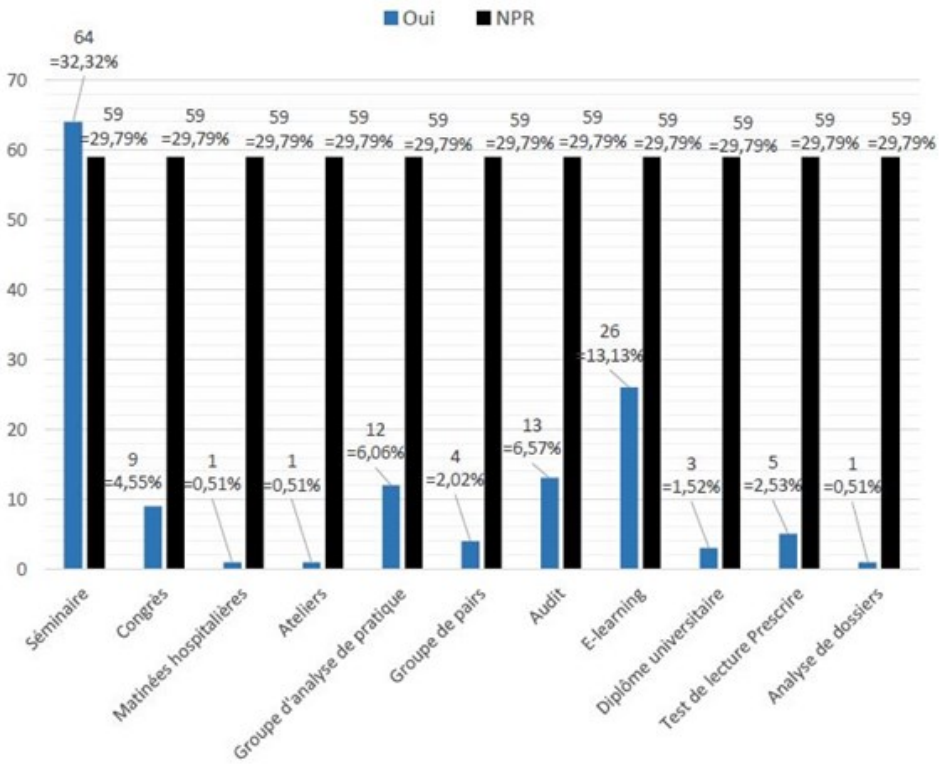


Figure 13 : Répartition par type de FMC (NPR = n'a pas répondu)

Selon cette même enquête, 155 médecins (64,3%) ont participé en 2013 à une ou plusieurs FMC non agréées. La répartition de ces participations en fonction du type de structure utilisée est représentée par le graphique suivant ***(Figure 14)*** :

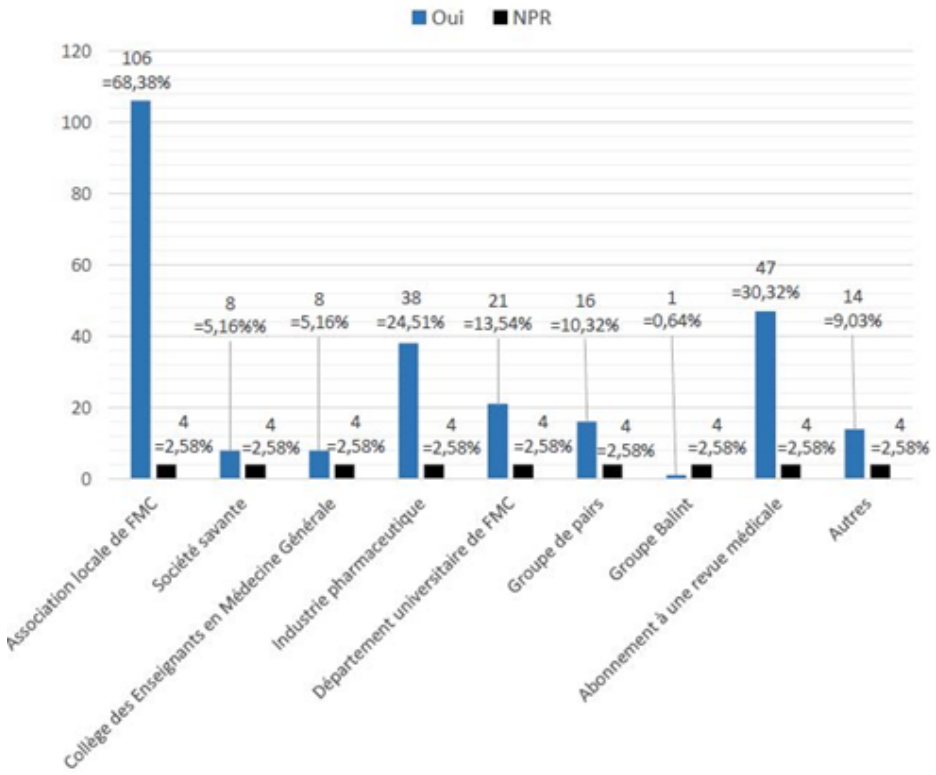


Figure 14 : Répartition par type de structure (NPR = n'a pas répondu)

Selon un article paru dans le généraliste.fr le 23/02/2016 (51), 153 181 inscriptions pour suivre un programme de DPC ont été enregistrées par l'OGDPC en 2015. Parmi elles, 58 950 émanent de médecins, soit près de 13 000 de plus qu'en 2014.

C.5 La FMC au Havre

C.5.1 Organismes DPC

La ville du Havre compte 2 organismes locaux agrées DPC :

- L'**Association Havraise de Formation Médicale Continue (AHFMC)** (52).

Avec ses 250 adhérents, l'AHFMC est l'association de FMC la plus importante de Haute Normandie.

L'AHFMC propose :

- des séminaires de formation,
- des soirées « Quoi de Neuf »,
- les Journées Médicales Havraises.

- **Evolutis DPC** (53).

La structure Evolutis DPC est née de la fusion et de l'expertise de trois organismes de formation agréés : l'Association Confédérale pour la Formation Médicale (ACFM), l'Association Nationale de Formation et d'Evaluation des Médecins de Famille (FORMUNOF) et l'Association nationale de coordination des actions de Formation et d'évaluation en médecine Spécialisée (AFORSPE).

Présente dans toutes les régions de France métropolitaine et d'outremer, Evolutis DPC met à la disposition des médecins et des associations de formation, son réseau d'experts reconnus et d'acteurs nationaux, régionaux et locaux afin de construire des programmes de haute qualité scientifique adaptés à la pratique libérale et proposés en proximité.

Sa vocation : accompagner tous les médecins quelle que soit leur spécialité dans un programme d'évaluation de leurs pratiques et de formation construit sur mesure.

Composée d'une équipe multidisciplinaire, c'est une entité dédiée exclusivement à l'organisation de séminaires et sessions de formation, présentielles ou non présentielles.

C.5.2 Groupes qualité

La ville du Havre compte quatre Groupes Qualité (GQ) (54) :

- Le Havre (GQ Doc-océane), animé par le Dr Jacques CHAMAYOU,
- Le Havre (GQ FMC1), animé par le Dr Patrice BLONDEL,
- Le Havre (GQ Dodecagroupe), animé par le Dr Sylvie AULANIER,
- Le Havre 2, animé par le Dr Matthieu BLONDET.

Ces GQ font partie de l'association Groupes Qualité de Haute-Normandie - Association Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale de Haute-Normandie (GQHN - APIMED-HN), qui est constituée de médecins libéraux :

- 4 mandatés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins de Haute-Normandie (URPS-Médecins HN),
- 2 représentants des groupes,
- 1 représentant des animateurs de groupe.

GQHN comprend actuellement 152 médecins généralistes affiliés à 15 groupes. Le pilotage du projet en région repose sur un comité associant des représentants de l'Agence Régionale de Santé (ARS), de l'assurance maladie, de l'URPS-Médecins HN et de l'association.
Le financement est assuré par le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

En pratique, leur fonctionnement repose sur :

- Des staffs (6 par an) : dédié à un thème contenu dans le contrat GQ. Chaque thème doit répondre à 4 critères : concerner la pratique quotidienne des médecins, permettre une amélioration des pratiques et du service rendu aux patients, être évaluable, correspondre aux données actualisées de la science.
- Des réunions de restitution (4 par an) : retour d'information sous forme de statistiques ou d'audit concernant leurs modifications de comportement.

D. ETUDE QUALITATIVE

D.1 Matériel et Méthode

D.1.1 Type d'étude

J'ai choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés afin d'obtenir les perceptions et les ressentis personnels des médecins généralistes concernant la protection de l'enfance.

L'objectif n'était pas de quantifier les différentes pratiques mais de recueillir les différents points de vue et les ressentis concernant leur besoin de formation.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés avec un guide d'entretien.

Les entretiens individuels permettent des réponses personnalisées sans jugement extérieur, non influencées et permettant aux médecins de se livrer plus facilement sur leur expérience personnelle concernant ce sujet délicat.

D.1.2 Population étudiée

Pour des questions de logistique, j'ai choisi de limiter mon étude aux médecins havrais.

Ils ont été choisis de manière à disposer de profils variés selon les critères suivants :

- lieu d'installation géographique (quartiers du Havre),
- sexe,
- âge,
- médecin faisant de la pédiatrie au moins ponctuellement.

Critères d'exclusion :

- médecin de PMI,
- médecin exerçant une activité autre qui remplace leur activité initiale (homéopathe, gériatre, allergologue, etc.),
- médecins remplaçants.

L'échantillonnage a été orienté par mes connaissances (anciens maîtres de stage), puis par l'effet « boule de neige », chaque médecin interviewé m'orientant vers un ou plusieurs confrères.

Les médecins ont été contactés par téléphone. Lors de ce premier contact, je leur demandais s'ils acceptaient de participer à une étude sur la protection de l'enfance. Si la réponse était positive, l'étude leur était alors expliquée et un rendez-vous pris.

Le nombre d'entretiens nécessaires à la saturation des données a initialement été estimé entre 10 et 15.

L'échantillon a été constitué progressivement jusqu'à ce que le phénomène de saturation d'idées soit atteint.

D.1.3 Recueil des données

Le guide d'entretien ***(annexe n°3)*** a été réalisé suite à une recherche d'informations sur le sujet : stage en PMI de six mois puis recherche bibliographique (PubMed, CISMeF, Google, Sudoc, etc.)

Le guide s'articulait autour de 5 grands thèmes :

- Expérience du médecin
- Formation du médecin
- Connaissances du médecin
- Souhaits de formation
- Mieux connaitre le médecin

Chaque thème était abordé à l'aide d'une à deux questions ouvertes afin d'obtenir un maximum d'informations personnalisées.

Si les réponses étaient incomplètes, des questions de relance étaient utilisées.

L'heure et le lieu de l'entretien étaient laissés à la convenance de chaque médecin.

Un entretien-test a été réalisé auprès d'un médecin appartenant à mon entourage proche afin de tester le contenu et la conduite de l'entretien. Cet entretien-test a permis d'adapter et de valider le guide d'entretien initial.

L'entretien débutait après une brève présentation de mon statut et de l'objet de mon étude.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique de marque Olympus, avec l'autorisation de chaque interviewé.

L'étude garantissait un anonymat pour tous les participants.

Durant les entretiens, des notes manuscrites ont été prises simultanément, afin de rendre compte d'éventuels gestes ne pouvant être perçus sur l'enregistrement.

Le guide a légèrement évolué au fur et à mesure des entretiens.

Chaque entretien a ensuite été intégralement retranscrit de façon manuelle sur le logiciel Word 2013, en s'assurant d'être le plus précis possible afin de ne pas dénaturer l'entretien ***(annexe n°7)***. J'ai donc retranscrit tous les mots ainsi que les onomatopées et les rires.

Comme convenu avec les médecins interrogés, chaque fichier est rendu anonyme, chacun des médecins étant représenté par la lettre « M » suivie du chiffre correspondant à sa place dans la chronologie des entretiens.

D.1.4 Analyse des données

Une analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel 2013. J'ai d'abord extrait de chaque entretien toutes les unités de signification (citations) grâce à une lecture orientée. Dans un second temps, une étude transversale a permis de regrouper ces citations en thèmes et sous-thèmes (*verbatim*). Par soucis de clarté, certaines onomatopées et répétions n'ont pas été retranscrites dans le *verbatim* ***(annexe n°7)***.

D.2 Résultats

D.2.1 Les médecins interviewés

Parmi les 18 médecins contactés, 11 ont accepté de participer à l'étude. Pour les 7 autres, la secrétaire s'est chargée de prendre note de mon appel et j'attendais le retour du médecin. Après une deuxième relance, j'en ai conclu qu'ils manquaient de temps pour me recevoir.

J'ai réalisé les entretiens sur la période du 23 septembre 2015 au 20 octobre 2015.

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interviewé, à l'exception du médecin n°2 qui a choisi de me recevoir à son domicile.

Les cabinets des médecins interviewés sont répartis dans les différents quartiers du Havre ***(Figure 15)*** :

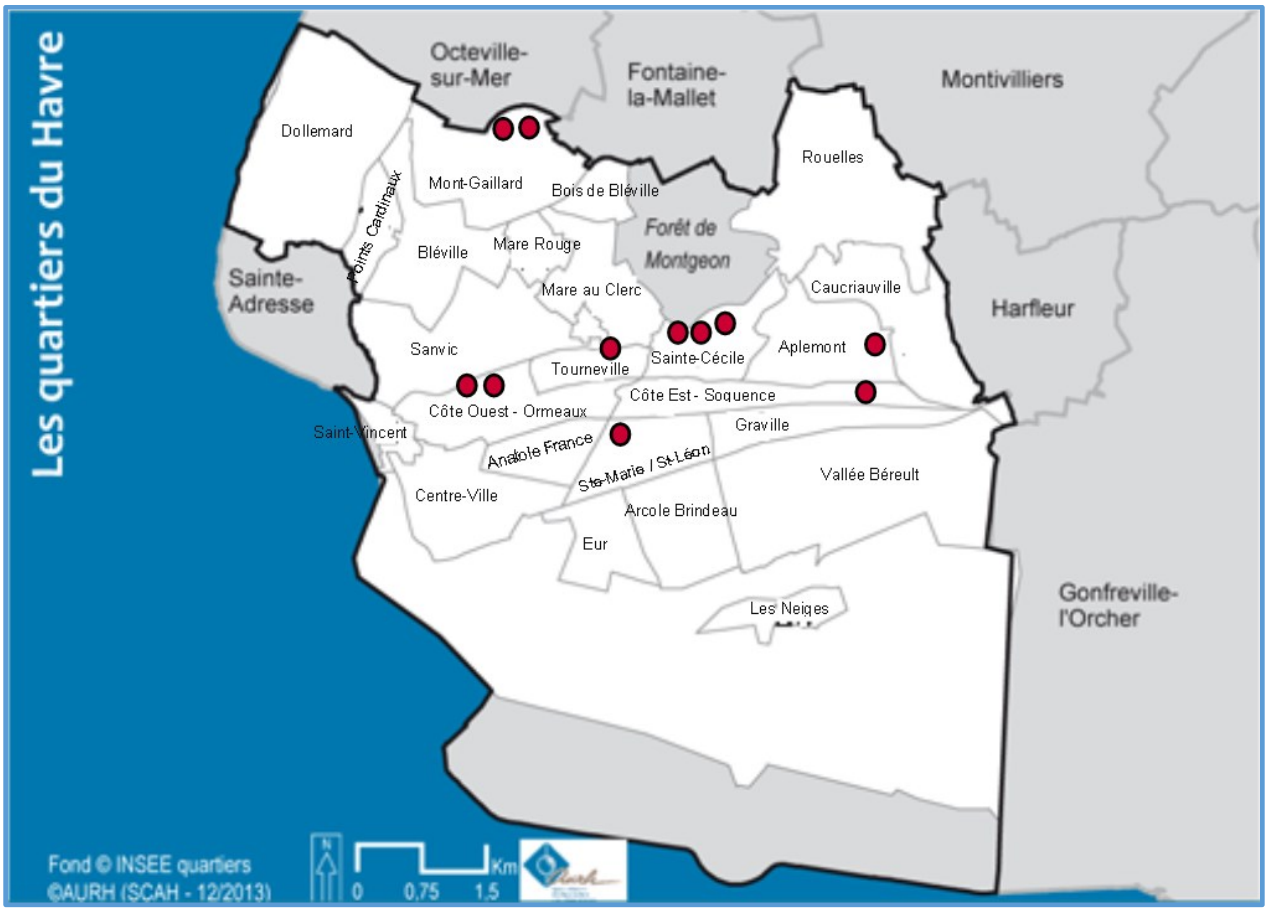


Figure 15 : Répartition géographique des médecins interviewés

Les 11 médecins ont accepté que les entretiens soient enregistrés.

La durée moyenne des entretiens est de 20 minutes et 5 secondes. Le plus court a duré 11 minutes et 39 secondes, et le plus long, 34 minutes et 2 secondes.

L'échantillon des médecins interviewés comprend 6 hommes (âgés de 35 ans à 61 ans) et 5 femmes (âgées de 31 ans à 60 ans).

Tous les médecins interviewés exercent la médecine générale en cabinet de groupe.

Parmi les 11 médecins interviewés, 3 exercent une activité mixte :

- M5 exerce une activité libérale au cabinet (80%) et une activité salariale au sein de la SNCF (20%).
- M9 exerce une activité libérale en cabinet (80%) et une activité salariale au sein de l'IDEFHI (20%).
- M10 exerce une activité libérale en cabinet (40%) et une activité salariale au sein du service de médecine polyvalente de l'hôpital Jacques Monod (60%).

7 des 11 médecins interviewés sont également maîtres de stage.

Leur part d'activité pédiatrique est très variable, allant de seulement 10% à 80%.

Le ***Tableau 9*** résume les caractéristiques des médecins interviewés :

Tableau 9 : Caractéristiques des médecins interviewés

		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Sexe	Homme	X		X	X		X	X			X	
	Femme		X			X			X	X		X
Âge	30 - 40 ans		X				X		X	X		
	41 - 50 ans	X						X				
	51 - 60 ans				X	X					X	X
	> 60 ans			X								
Années d'exercice	< 5 ans		X				X		X			
	5 - 10 ans											
	11 - 20 ans	X						X		X		X
	21 - 30 ans				X	X						
	> 30 ans			X							X	
Activité unique		X	X	X	X		X	X	X			X
Maître de stage		X		X		X	X	X		X		X
Pourcentage de l'activité pédiatrique	10 - 20%			X	X						X	
	21 - 30%		X			X		X	X			X
	31 - 40%	X					X					
	> 41%									X		
Moyens de formation personnelle	Séminaires	X	X	X					X	X		
	Formations	X	X	X	X		X	X	X		X	X
	Groupes de pairs	X	X	X			X	X				
	Internet	X	X			X			X		X	
	Lecture	X		X	X	X				X	X	X

D.2.2 Les entretiens

La saturation des données a été atteinte après 11 entretiens.

L'analyse qualitative des entretiens a permis de mettre en évidence 5 grands thèmes, avec chacun entre 3 et 8 sous-thèmes.

D.2.2.1 L'expérience du médecin généraliste

a) Leurs récits d'enfants en danger

- **Tous les médecins interviewés ont déjà été confrontés à une situation de protection de l'enfance.**

M1 : *« un enfant que je trouve pas bien ... gravement lésé intellectuellement … peur que ce soit un enfant secoué, peur que ce soit un enfant battu »*

M3 : *« oui, des enfants qui sont présentés par la famille ou la belle-famille comme étant, susceptibles d'avoir été tapés, ou même moi qui me pose des questions dans les familles que je vois pour des examens systématiques ou pas systématiques et me dire si cet enfant est bien traité par sa mère ou par son père ou par son beau-père ou par l' entourage, oui c'est des questions qu'on se pose tout le temps plus ou moins »*

M6 : *« effectivement on se pose la question un peu au quotidien, mais voilà, j'ai eu deux cas où j'étais un peu embêté et où j'avais besoin de, de travailler avec … le réseau »*

M7 : *« on a des ... enfants qu'on suit parce qu'ils sont placés »*

M11 : *« en 25 ans d'exercice il y a eu … des histoires de viols enfin d'enfants … de temps en temps un examen clinique qui peut dire tiens c'est bizarre, ça je peux pas dire que c'est pas un truc qui m'est arrivé très, très, très souvent »*

- **Cependant, il s'agissait pour certains de situations anecdotiques (M2, M4).**

M2 : *« j'ai peut-être été une fois confrontée à une courbe de croissance qui était un peu ralentie »*

M4 : *« dans l'immédiat, enfin récemment non euh, je sais même pas si ça m'est arrivé »*

M4 : *« des enfants secoués heureusement … y en a pas beaucoup … je pense en avoir jamais eu »*

- **Pour 2 d'entre eux, cela remontait à leur internat (M8, M10).**

M8 : *« j'ai vu des cas quand j'étais interne en stage en SASPAS … une suspicion de Münchhausen ... qui s'est avéré être le cas »*

M10 : *« plus au niveau hospitalier, quand j'étais deux fois je crois à l'hôpital, ... en tant qu'interne ou médecin d'urgences hospitalières »*

- **Pour 2 autres, leur expérience s'expliquait surtout par leur activité mixte (M9, M10).**

M9 : *« oui régulièrement … on va dire modérément dans mon cabinet, mais au sein de mon activité auprès de ces enfants placés forcément »*

M10 : *« en tant que régulateur et en tant que médecin généraliste ... on a des informations à la fois par les familles, à la fois pour les enfants que l'on examine, et à la fois par l'implication dans le SAMU, dans les urgences, dans la médecine de garde, voilà en fait on a des multiples sources d'informations et de questionnement »*

- **2 médecins estimaient que ces cas se voyaient peu en cabinet libéral de ville (M1, M2).**

M1 : *« on est en cabinet médical privé ... on est pas sensé en voir trop »*

M2 : *« finalement au quotidien, ces cas … sont déjà pris en charge … »*

b) <u>La rédaction d'un écrit</u>

- **8 médecins n'ont jamais rédigé d'écrit (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8, M10).**

M1 : *« J'ai jamais eu besoin moi de faire de signalement »*

M5 : *« non, j'ai jamais fait de signalement »*

M7 : *« heureusement non … peut-être que je suis passé à côté »*

M8 : *« je sais qu'on peut faire des signalements au procureur de la république … concrètement j'en ai jamais fait »*

M10 : *« je pense pas en avoir fait ... par contre j'ai été auditionné pour un enfant, dans le cadre ... d'un signalement qui avait été fait par l'hôpital ...»*

- **Pour 2 médecins, il s'agissait d'une IP. M6 en a rédigé une, M9 deux.**

M6 : *« c'était une IP ouais, ouais j'ai pas eu de signalement judiciaire à faire »*

M9 : *« j'ai jamais encore fait de signalement judicaire … je suis toujours passée par la, la cellule »*

M9 : *« deux reprises en dix ans, deux fois, bon c'est pas … »*

- **Seul un médecin a déjà rédigé un signalement (M11).**

M11 : *« signalement au procureur, … j'ai dû le faire … une seule fois quand j'étais remplaçante »*

M11 : *« j'ai jamais fait de signalement à la PMI »*

- **Certains l'expliquaient par leur place particulière de médecin de famille (M1, M3, M5, M10).**

M1 : *« c'est peut-être un peu compliqué … ça par contre j'ai jamais fait … au procureur directement »*

M3 : *« Non, ... parce que ça c'est ... très difficile pour un médecin généraliste qui connaît un peu la famille »*

M3 : *« signaler, j'vous ai dit non ... c'est difficile dans le cas d'une relation d'un médecin choisi, ce qu'il faut comprendre c'est que l'hôpital on le choisit pas, le médecin on le choisit ... il faut aussi un rapport humain et qui est un rapport de confiance ... »*

M5 : *« d'ailleurs, je pense qu'on en fait, après ça dépend des circonstances, mais on en fait pas suffisamment »*

M10 : *« moi je me soustrais à cette obligation … c'est-à-dire que ... j'alerte en général la pédiatrie et c'est la pédiatrie … qui fait, moi je l'ai jamais fait en direct »*

c) <u>Confiance dans ses compétences à détecter/signaler</u>

- **5 des médecins interrogés s'estimaient peu compétents pour détecter un enfant en danger. Ils l'expliquaient souvent par le fait qu'il existait de nombreuses façons d'être maltraitant, et que certaines étaient beaucoup plus difficiles à détecter (M1, M6, M8, M9, M10).**

M1 : *« Bah non, manque d'expérience je me sens pas compétent … c'est difficile […] ça je saurai pas le repérer l'inceste chez l'enfant […] je passe certainement à côté de plein de choses »*

M6 : *« j'imagine qu'on aurait besoin de le travailler effectivement euh, je pense qu'on a besoin ... d'avoir peut-être une formation par rapport à ça ... je crains qu'on passe effectivement à côté de, de cas peut-être moins évident »*

M8 : *« sur la maltraitance physique, c'est difficile de savoir si c'est réel ... si on a des hématomes, est-ce que c'est lié à une chute ou autre chose … la maltraitance par négligence souvent ... c'est plutôt ça qui pose question »*

M9 : *« je sais pas si on peut être compétent à 100% parce que les maltraitances elles sont des fois compliquées à déceler … les maltraitants masquent les choses … l'enfant masque aussi, … quand il grandit, il cache les, la vérité … »*

M10 : *« compétent ... auparavant notre métier était plus facile dans cette problématique là puisque en fait on se déplaçait au domicile des patients, maintenant les enfants on les voit dans nos cabinets donc vraisemblablement avec un enrobage qui est fait pour que rien ne transpire »*

- **Certains estimaient que leur place de médecin de famille les aidait à détecter plus facilement les situations de danger (M4, M5, M6, M7).**

M4 : *« oui … bon je suis un homme, j'ai peut-être pas tout le feeling de la femme hein, mais (rires) oui j'arriverais quand-même un peu à sentir »*

M5 : *« j'ai la faiblesse de croire que s'il y a quelque chose qui n'est pas logique je le verrai »*

M6 : *« compétent euh, oui j'espère ... parce qu'on connaît un peu les familles, parce qu'on les voit ... »*

M7 : *« on essaye toujours ... de voir comment, avec ... des petites choses, quand on demande à l'enfant, vient on va se peser ... s'il est craintif, s'il est retissant, si quand on va l'examiner il commence à lever la main, c'est pas très bon signe, mais bon ... j'ai pas, j'ai eu de la chance »*

- **Un médecin pensait au contraire que le médecin généraliste avait perdu ce statut de médecin de famille, ce qui compliquait les choses (M10).**

M10 : *« non ... je pense que on a de plus en plus ... de difficultés à déceler le problème puisqu'on a perdu ... ce qui faisait un peu la spécificité de notre pays, c'était le médecin de famille, nous ne sommes plus médecins de famille, nous sommes des professionnels de santé qui voyons les gens ponctuellement ... et le fait de ne plus être le médecin de famille fait que il y a ... des secrets »*

- **2 médecins s'estimaient plutôt compétents dans le fait de détecter une situation de danger (M2, M11). M2 par sa formation, et M11 par son expérience.**

M2 : *« j'ai quand même quelques notions de signes qui pourraient alarmer »*

M11 : *« oui le repérage globalement … je fais beaucoup de pédiatrie »*

- **Concernant leurs capacités à signaler, certains préféraient déplacer la responsabilité sur l'hôpital (M3, M5, M7, M8).**

M3 : *« ça m'est arrivé aussi ... de suspecter quelqu'un et de dire ... je suis très inquiet, on va aller faire une radio à l'hôpital ... je pense que c'est à l'hôpital de le faire, c'est très difficile pour nous de le faire en ville … ça m'est arrivé une ou deux fois de faire ça avec des parents, il y a une suspicion de fracture ... c'est très important, alors que je suspecte rien du tout, simplement je voudrais bien qu'il soit vu par quelqu'un d'autre ... quelqu'un qui est neutre »*

M5 : *« alors les signalements, là, ce qui m'est plus facile moi c'est d'hospitaliser »*

M7 : *« parce que les enfants ont pas forcément besoin d'être hospitalisés, ... si il y a une maladie particulière on peut les hospitaliser puis appeler le collègue en disant j'ai un doute ... est-ce que vous pouvez creuser »*

M8 : *« si c'est pas un cas de force majeur, je suis bien embêtée »*

- **D'autres étaient peu confiants mais estimaient avoir les ressources nécessaires pour pouvoir être efficaces (M2, M3, M4, M5, M6, M8).**

M2 : *« j'ai des notions sur le recours … je pense, capable de gérer quelques situations de protection de l'enfance »*

M3 : *« vous savez ce qui est important dans notre métier ... c'est d'avoir ... l'expérience ... des choses et puis ... d'y penser ... le reste on fouille vous allez sur internet vous trouvez tout ce que vous voulez ... qui je dois prévenir ... nous on a des copains pédiatres, moi je téléphone, alors qu'est-ce que t'en penses »*

M4 : *« j'serai embêté, s'il fallait faire un signalement … je serai obligé de téléphoner … à mon copain ... lui demander à quel juge on adresse le courrier … j'aurai la solution tout de suite »*

M5 : *« j'ai pas d'expérience … dans le fait de faire intervenir les personnes qui sont dans ce circuit … de déclencher la machine … en médecine générale il faut toujours être ... réactif c'est sûr, mais rapide dans l'action et je ne serai pas rapide dans l'action, j'y arriverai, parce que je me poserai, je prendrai des renseignements, je frapperai aux portes, mais ça me demandera énormément d'énergie donc cette inertie ... n'est pas bonne quoi ... c'est pas bien »*

M6 : *« c'est vrai que j'ai pas eu de signalement directement judiciaire à faire, donc si je devais le faire je saurais faire je pense même si je l'ai pas fait »*

M8 : *« après est-ce que je me sens apte à répondre à ça, bah moi, si ça m'arrive, euh je vais facilement aller vers les collègues de PMI, voir ce qu'on fait »*

M10 : *« non parce que je pense que ... dès l'instant qu'on suspecte ... une maltraitance ... c'est toujours savoir qu'est-ce qu'on fait ... j'avoue que … dans ce qui me pose problème, j'ai un contact facile avec le conseil de l'ordre »*

- **Certains estimaient qu'il était difficile de savoir à qui adresser un écrit et surtout d'interpeler l'autorité judiciaire (M1, M7, M8, M11).**

M1 : *« c'est peut-être un peu compliqué … ça par contre j'ai jamais fait … au procureur directement »*

M7 : *« compétent peut-être pas … difficile de savoir … à qui faire le signalement … parce que le procureur et tout, je pense que, … au moins alerter … le collègue de la PMI pour savoir … quelles sont les démarches à faire »*

M8 : *« je sais pas très bien comment ça se passe en réalité … pas très à l'aise non »*

M11 : *« on a toujours le souci de savoir qui on va contacter »*

- **Un médecin a également souligné la difficulté liée aux horaires d'ouverture des structures concernées (M11).**

M11 : *« on a souvent le problème c'est que ... ça va être à six heure et demi, sept heure le soir où personne va être joignable »*

d) Complexité des situations, gestion du doute

- **Certains médecins évoquaient l'appréhension de ne pas détecter une situation de danger pour l'enfant (M1, M2, M3, M6, M7, M9).**

M1 : *« on ne voyait pas qu'elle n'aimait pas sa fille elle s'en occupait très bien … pourtant une femme bien, une femme vachement bien, c'est incroyable »*

M1 : *« le petit enfant … il n'exprime rien … ça me semble très difficile »*

M3 : *« quand on est médecin de famille depuis longtemps, il y a des familles sur lesquelles on a pas tellement de doute parce que les choses ont l'air de bien se passer depuis longtemps, mais on peut toujours avoir des surprises »*

M10 : *« c'est vraisemblablement plus vrai pour nous qui sommes médecins de ville … j'ai des amis qui sont médecins à la campagne … ils ont plus d'informations que nous »*

- **Nombreux étaient ceux qui exprimaient la difficulté éprouvée face au doute quasi omniprésent et qui constituait un frein majeur au signalement (M1, M3, M5, M7, M8, M9, M11).**

M1 : *« Mais maintenant après que en faire ? C'est pas toujours facile … Y avait pas de solution toute faite »*

M3 : *« par contre je pense ... c'est pas très facile pour nous de signaler parce que on est jamais complètement certain, vous tomberez toujours sur ... un syndrome ... des enfants fragiles ... on portera plainte contre vous parce que le gamin vous avez pas fait le bon diagnostic et il était hyper fragile, il avait des ecchymoses parce … qu'il avait ... un déficit en plaquettes ... voilà je le vois comme ça »*

M7 : *« pas toujours très bien formé, quand on a ... des doutes ... sur un enfant que ce soit maltraitance physique ou psychologique, on sait pas tellement ... vers qui se retourner »*

M8 : *« compétente pour un cas de maltraitance ... on peut avoir des suspicions, c'est très dur euh d'avoir des certitudes »*

M9 : *« je pense que c'est très compliqué de prendre la décision, d'être objectif, des fois on a des doutes et on a des impressions qui nous restent dans la tête et pour lesquelles on a aucune vérification possible, donc c'est compliqué »*

M9 : *« des fois on a des cas pour lesquels on a des doutes … comme on a rien de visuel, on va pas aller à la dénonciation, euh entre guillemets, sur aucune, aucun argument physique quoi »*

M11 : *« il y a toujours le doute de se dire : est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est pas vrai »*

- **Certains évoquaient leurs craintes face aux conséquences que pourraient avoir un signalement (M1, M3 M5, M7).**

M1 : *« les sœurs ainées … très présentes ... m'ont supplié de ne pas le déclarer … « on a été en foyer c'était horrible » … faut faire confiance ou pas ? »*

M5 : *« je pense qu'on est très, on a peur, peur de quoi … des complications »*

M7 : *« une jeune femme qui élève seule son enfant qui paraît normalement cortiquée, et elle me téléphone affolée en me disant « j'ai emmené ma fille parce qu'elle avait un truc et puis, ils m'ont demandé ... si je la battais » ... parce que elle avait une fracture du poignet ... qui était guérie ... la petite fille ... s'est jamais plaint, elle a dit, « ils vont me faire passer pour une mère ... qui bat les enfants » ... c'est pas facile »*

e) Appréciation du niveau d'expérience

- **10 médecins sur 11 ont jugé leur expérience professionnelle très pauvre et insuffisante (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10).**

M1 : *« non très mauvaise … très peu d'expérience »*

M2 : *« Alors, expérience professionnelle … pas grand-chose en fait … ça reste finalement une expérience qui est assez limitée »*

M5 : *« je n'ai pas d'expérience professionnelle »*

M6 : *« pas tellement non … non, je pense qu'effectivement il y a des choses à travailler probablement »*

M7 : *« ça fait seize ans que je pratique, mais ... de l'expérience en elle-même ...»*

M9 : *« je suis pas persuadée qu'on puisse avoir suffisamment d'expérience même si j'en ai déjà fait deux »*

D.2.2.2 La formation du médecin généraliste

a) Sa formation initiale

- **A l'exception de M2 et M3 qui ont suivi une formation complémentaire, aucun médecin ne se souvenait avoir bénéficié d'une formation théorique durant leur cursus universitaire, ou bien celle-ci ne leur a laissé que très peu de souvenirs.**

M1 : *« j'en sais rien franchement ... c'était y a vingt ans … on a dû avoir un cours sur la maltraitance »*

M2 : *« j'ai fait un diplôme universitaire de pédiatrie préventive … et là y a dû y avoir des cours … Ça me revient »*

M3 : *« j'ai fait ... une année de médecine préventive, on appelait ça préventif c'est-à-dire première année de pédiatrie, donc y avait des cours là-dessus »*

M6 : *« pas grand-chose je pense … en tant qu'interne de médecine générale je me souviens pas avoir eu … de séminaires par rapport à ça, je crois pas, en tant qu'externe euh, c'est trop loin, … j'imagine qu'on a dû mais pas grand-chose »*

M7 : *« aucune, … enfin je pense qu'on a dû avoir des cours théoriques à la fac, … je me souviens pas non plus en tant qu'interne avoir eu de, de formation-la-dessus »*

M8 : *« sûrement mais je m'en souviens pas honnêtement … on a eu des cours sur la maltraitance effectivement avec des images, des photos, comment faire … quand on était interne »*

M9 : *« rien, enfin à la faculté et après je me suis auto formée »*

M10 : *« il faudra plus questionner les jeunes confrères qui sont installés depuis trois ou quatre ans ... nous à l'époque ... on en parlait mais enfin j'ai pas l'impression que ... c'était un leitmotiv »*

M11 : *« mais sinon la formation théorique qu'on a eu, non c'est tellement vieux que je m'en rappelle pas »*

- **Pour les quelques médecins qui en ont bénéficié, la formation pratique a davantage été utile et a laissé plus de souvenirs (M1, M2, M8, M9, M11).**

M1 : *« là où j'ai retenu c'est plutôt … dans ma formation j'étais interne j'étais aux urgences pédiatriques »*

M2 : *« j'ai été en stage en PMI, c'était au cours du stage chez le praticien je crois, où j'ai fait euh, une semaine avec un médecin de PMI »*

M9 : *« j'étais en pédiatrie à Elbeuf, qui est un gros réseau, enfin qui est quand même une population très défavorisée … un quart d'hospitalisations sociales … forcément ... il faut se former … il faut connaître le réseau ... être plus à l'écoute face aux maltraitances »*

M11 : *« oh bah rien, rien, strictement rien en fait, moi j'étais interne en pédiatrie ... c'était je crois en 92, euh bon donc après il y avait à l'époque euh les urgences où on accueillait un ptit peu tout le monde mais sinon spécifiquement on a rien eu du tout hein ... mon stage de pédiatrie m'a quand même aidée à prendre en charge beaucoup de choses, euh mais sinon très honnêtement mes études sont anciennes mais je me rappelle pas avoir eu quoi que ce soit de, de précis, euh là-dessus »*

b) <u>Sa formation continue</u>

- **Aucun des 11 médecins n'a eu l'occasion de suivre une formation entièrement dédiée à la protection de l'enfance.**

M2 : *« je fais pas mal de congrès, au moins un congrès par an ... ça dû arriver qui a eu aussi des présentations par rapport à ça »*

M3 : *« après est-ce qu'on a eu des formations spécifiques ... depuis une trentaine d'années ... j'ai pas le souvenir »*

M4 : *« non, j'ai quand même bien eu des réunions où on parlait ... de signalement … ça fait longtemps que j'vais pas tant aux journées de pédiatrie … j'ai pas ... l'impression d'avoir gardé un sujet qui m'ait marqué ... dans les cinq dernières années »*

M6 : *« en formation continue ... j'ai pas eu de formation directement en rapport avec ça, je dois dire, il y a eu des formations sur la pédiatrie préventive, sur du suivi, sur l'alimentation, sur la prévention des accidents, ce genre de choses, mais pas eu encore de formation continue sur la prévention de ce type non »*

M7 : *« ça a plutôt été orienté dépistage de maladies … de troubles de comportement, de choses comme ça, mais pas forcément de maltraitance »*

M9 : *« c'est pas forcément sur du social pur, par contre c'est plutôt de l'ordre de la pédiatrie, euh où il y a parfois des petites … ramifications qui vont sur le social, mais plus de formations sur la pédiatrie »*

M10 : *« les deux ou trois congrès d'urgence que j'ai fait, on en a pas vraiment parlé ... non moi j'ai pas eu franchement ... de formation pour ça »*

- **Seul un médecin a évoqué une formation sur l'adolescence difficile qui lui a permis d'appréhender plus facilement cette classe d'âge dans sa pratique quotidienne (M1).**

M1 : *« j'étais à un stage sur les adolescents, qui est extraordinaire comme formation … depuis que j'ai fait cette formation je suis beaucoup plus à l'aise avec les adolescents »*

c) Appréciation du niveau de formation

- **Aucun des 11 médecins n'estimait avoir reçu une formation complète à ce sujet.**

M3 : *« jamais, bon c'est toujours (sourire) jamais, jamais, jamais mais bon vous allez faire 15 ans d'études on n'en sort pas »*

M5 : *« elle est pas suffisante ... »*

M6 : *« pas forcément non … je crois pas qu'on ait eu de formation initiale vraiment adaptée … après sur la … continue ça dépend ... des séminaires que l'on suit … moi j'en ai pas suivi … je pense qu'effectivement ça pourrait être justifié »*

M7 : *« je trouve qu'on est pas, pas bien formé du tout »*

M8 : *« non, je pense que y a encore des carences, non, oui je pense que ça pourrait être complété »*

M9 : *« non après je pense que c'est difficile, parce que chaque département fonctionne différemment, donc ça doit pas être simple à mettre en place […] sur la maltraitance en générale ... je trouve que c'est pas fait, pourtant je suis assez vigilante parce que je les cherche ces formations-là ... et elles sont pas organisées »*

M10 : *« notre métier n'a pas organisé … le maintien des connaissances, les connaissances ça durent sept ans globalement, il faudrait refaire un cycle tous les sept ans, moi depuis que je suis installé en 87 j'aurais dû faire quelques moulinettes »*

- **Deux médecins estimaient que leur formation était assez basique mais parfois suffisante (M1, M2).**

M1 : *« Mais suffisante en même temps, enfin, oui et non parce que finalement, finalement le fait d'avoir à se rattacher assez facilement avec des gens dont c'est le métier, ça va, enfin finalement ça me suffit. C'est plus dans le repérage … »*

M2 : *« j'ai quand même l'impression d'avoir eu des bases, de formation […] dans les cours théoriques c'est de l'évidence, c'est-à-dire qu'on nous apprend, voilà, des choses évidentes … on manque peut-être un peu de formation … sur des cas particuliers, voilà, des signes qui doivent alerter, qui ne sont pas forcément des signes évidents finalement, parce que les signes évidents, on les connaît, enfin on a l'impression de les connaître en tout cas »*

- **D'autres estimaient que leur expérience pouvait parfois pallier leur manque de formation (M3, M4, M10, M11).**

M3 : *« la formation c'est d'y penser ... vous êtes étudiante, vous apprenez les symptômes, la sémiologie et puis vous évoquez des diagnostics ... au fur et à mesure de la vie ... on finit par avoir des automatismes qui fait qu'y a des choses qui deviennent évidentes ... on va à l'essentiel, dans ce type de pathologie là, c'est toujours pareil, c'est y penser ... tout le temps, avoir l'obsession d'y penser »*

M4 : *« j'en ai pas de formation théorique, après ça va être ... du feeling pratique … si j'avais besoin ... je passerais par ... pédiatre hospitalier pour … faire un signalement »*

M10 : *« non, non ... face ... aux problèmes qu'on connaît peu ... on acquiert … des techniques de sauvegarde … si je suspecte quelque chose je me pose pas de problème, courrier et urgences pédiatriques, point »*

M11 : *« mais le problème c'est qu'on fait tellement comme trucs au feeling sans vraiment avoir été briefé pour ... il y a tellement comme trucs sur lesquels on aimerait s'améliorer … quand on sort de la réunion on se dit ah ouais … ça je vais savoir le faire … et puis après finalement ... »*

D.2.2.3 Les connaissances du médecin généraliste

a) <u>L'organisation binaire de la protection de l'enfance : 2 autorités – 2 circuits</u>

- **Seuls 5 médecins faisaient bien la part des choses entre d'un côté l'autorité administrative, et de l'autre l'autorité judiciaire (M1, M2, M6, M8, M9).**

M2 : *« une partie gérée par les professionnels du conseil général … euh en fait il y a plusieurs niveaux »*

M5 : *« oui, oui, ça je peux effectivement le, ça me semble logique, c'est du bon sens quoi »*

M11 : *« là vous me parlez en hébreux hein »*

- **Seuls 2 médecins connaissaient l'existence de la CRIP et son rôle dans le département (M2, M9).**

M1 : *« il faut le faire auprès de qui les informations préoccupantes ? »*

M2 : *« en général c'est l'entourage, l'école, un professionnel qui peuvent donner … une information à la Cellule Enfance en Danger »*

M6 : *« j'avais une notion que c'était … la PMI donc le département, mais je connaissais pas le terme de de CRIP, donc c'est pour ça je passais par la PMI, mais sans le savoir … que y avait une cellule vraiment »*

M9 : *« moi je passe en systématique par l'Enfance en Danger … je les appelle, je fais un courrier en ce sens et après eux ils font la suite »*

M10 : *« par contre … la cellule … dans les situations ... un peu euh aggravantes … j'étais pas au courant du tout »*

M11 : *« rien du tout, ah non, non, non, vraiment je vous dis, on est très, très nul hein »*

- **Seuls 4 médecins connaissaient bien la notion d'IP et en faisaient la distinction avec le signalement (M2, M6, M8, M9).**

M1 : *« ça me semble logique ... soit j'ai une information préoccupante, soit je fais un signalement … j'envoie le signal c'est clair, je suis pas préoccupé, je suis très préoccupé, enfin ça va au-delà »*

M2 : *« si on est dans le cadre de l'urgence … il faut demander … un signalement auprès du procureur de la république »*

M5 : *« information préoccupante pour moi c'est la suspicion et puis après il y a les choses qui sont évidentes et là on peut pas … on suspecte plus quoi »*

M6 : *« en cas de signalement j'ai notion que ça se fait auprès du procureur de la république, j'ai jamais eu à le faire … j'ai pas encore testé les voies pour le faire mais j'ai cette notion là ... sur ... des informations préoccupantes, j'ai notion que ça fait intervenir les médecins de la PMI, les équipes de PMI qui après sont en contact avec les professionnels du milieu plutôt socio-éducatif, voilà les notions que j'ai en fait vaguement, ça se cantonne à ça »*

M8 : *« en cas de vraiment de force majeur, y a le procureur de la république, on peut faire une déclaration urgente […] si je pense qu'il y a un danger immédiat pour l'enfant, je l'hospitalise forcément … si j'ai des doutes … je fais appel à la PMI pour qu'on organise des choses, puis pour qu'il y ait un passage au niveau social aussi, revoir un p'tit peu ce qui se passe »*

M10 : *« je pense qu'il doit y avoir une grande méconnaissance de ces schémas ... autant je sais qu'il faut appeler ... le procureur … en cas ... d'une maltraitance avérée ou fortement suspectée … »*

b) La loi du 5 mars 2007 ayant réformé la protection de l'enfance

- **L'existence de cette loi fondatrice n'était connue que d'un médecin sur les 11 interrogés (M9).**

M2 : *« les cadres législatifs … je les connais pas bien mais je sais où les chercher »*

M3 : *« d'accord, il faut qu'je lise la loi 2016, 2000, 2000 combien 7 ? »*

M8 : *« non c'est quoi cette loi ? »*

M11 : *« la loi de 2007 c'était celle avec les histoires de mise sous tutelle de, euh c'était avril 2007 ou un truc comme ça non ? … non … rien du tout »*

- **2 médecins ont cependant gardé en mémoire un des points importants abordés par cette loi (M1, M10).**

M1 : *« on peut rompre le secret médical dans des cas où on estime que … C'est ça cette loi-là ? »*

M10 : *« la seule chose que j'ai vraiment gardée … c'est une des rares choses que l'on a une déclaration obligatoire, c'est-à-dire que ... le signalement pour l'enfant est une obligation »*

c) Les différents partenaires et intervenants dans la prise en charge de l'enfant

- **La PMI était l'interlocuteur privilégié de tous les médecins interrogés, cependant ses missions et ses possibilités d'intervention n'étaient pas connues de tous.**

M1 : *« Après la prise en charge ... je ne sais pas forcément très bien théoriquement tout ce qui en découle derrière »*

M2 : *« soit convoquer l'enfant en PMI, soit … si c'est des gens qui sont déjà connus, envoyer une assistante sociale ou des aides à domicile pour voir un petit peu … il faut que, bah ce soit une volonté de la part des parents aussi de rentrer dans ce cadre-là »*

M4 : *« j'ai des patientes qui travaillent … en PMI ... qui visitent les familles ... qui me racontent un peu leurs déboires ... c'est ... par les plaintes fonctionnelles des patients que je serai un peu au courant de ce métier … Ce que j'ai aussi … des mères ... qui ont des enfants de la DDASS qui leur sont confiés … les assistantes familiales oui »*

M5 : *« la PMI oui, moi ça m'est déjà arrivé d'appeler un médecin de la PMI, lui demander ce que je pourrais faire et comment m'y prendre, c'est l'interlocuteur …»*

M6 : *« en travaillant avec la PMI, … je trouve qu'on arrive … à discuter ensemble, à mettre en place des choses … j'ai eu l'impression quand j'étais confronté en tout cas que ça a permis de faire accélérer certaines choses »*

M8 : *« dans les détails exactement non, je sais pas comment ça se passe »*

M10 : *« oui, un petit peu ... je suis pas un anti-PMI hein ... mais c'est vrai qu'on travaille très peu ... ensemble, c'est plutôt eux qui nous appellent en disant ... on a vu tel enfant, ce qui nous inquiète un peu sur son poids ... son comportement, c'est plus un questionnement de la PMI vers moi que moi vers la PMI »*

- **L'hôpital (plus précisément les urgences pédiatriques) constituait le deuxième intervenant privilégié de la majorité des médecins interrogés (M1, M3, M5, M7, M8, M10).**

M1 : *« j'envoyais par les urgences … sous un motif X … aux urgences pédiatriques il y a Damien XXX … qui lui a cette expertise-là »*

M3 : *« moi je confie très facilement à l'hôpital ... on a des relations avec les PMI, ils savent qu'ils peuvent nous joindre ... la plupart du temps c'est eux qui nous joignent pour savoir si l'enfant est bien suivi, si on a noté quelque chose, si on a un souci, moi c'est par l'hôpital que je passe »*

M5 : *« l'hôpital on a pas d'interlocuteur on a une structure et on met à l'abri »*

- **L'assistante sociale était un intervenant évoqué par quelques médecins (M1, M2, M5, M7, M8, M9).**

M5 : *« il m'est arrivé aussi par le passé de faire appel à des assistantes sociales, parce que les parents se sentaient plus capables et ils l'avaient très bien verbalisé ... de s'occuper de leurs enfants, et euh ils avaient demandé de l'aide, et les assistantes sociales étaient venues à domicile et avaient tout organisé »*

- **Par son expérience professionnelle, un médecin connaissait particulièrement bien les différents intervenants du réseau (M9).**

M9 : *« la démarche administrative, enfin ou le réseau, oui ça, ça va […] je les connais ... en rapport avec les foyers ... il y a pleins de, de manières ... d'introductions de l'enfant dans le foyer, que ça soit un placement provisoire, ou que ça soit un repli … les items je les connais à travers les foyers »*

d) Le secret partagé

- **Les 11 médecins interrogés savaient qu'il existait une dérogation au secret professionnel dans le cadre de la protection de l'enfance, sans forcément connaître toutes les dispositions qui s'y rattachaient.**

M2 : *« ça doit être dans les exceptions ça »*

M3 : *« oui bien sûr, forcément »*

M6 : *« oui alors effectivement si l'on considère que l'enfant est en danger ... dans la mesure où il est pas en état de conscience de prendre une décision pour lui-même euh, on a la possibilité de, de sortir du secret professionnel enfin je ... enfin oui »*

M7 : *« ça oui, je sais que, quand c'est un enfant … il y a une levée du secret professionnel »*

M8 : *« je connais pas les textes de loi mais j'imagine que si j'ai un danger immédiat … j'en fais abstraction … il faut que la santé … de l'enfant, passe en premier quoi … donc de se délier du secret professionnel »*

- **Un seul médecin est allé plus loin en évoquant le devoir d'agir sous peine de poursuites pour non-assistance à personne en danger (M10).**

M10 : *« je sais que par rapport aux ... violences faites aux femmes ... la législation fait qu'il n'y a pas d'obligation de déclarer, par contre je sais que l'enfant oui »*

- **En pratique, malgré les dispositions légales, la gestion du secret restait compliquée pour 2 médecins (M5, M11).**

M5 : *« c'est toujours un peu embêtant parce que par exemple quand … cet OPJ m'avait appelée, j'ai eu un moment de secret médical, ça, ça met, ça met toujours mal à l'aise quoi »*

M11 : *« ça c'est très, très, très compliqué ... qu'est-ce que j'ai le droit de dire ... donc après l'histoire de la déro … moi il y a un moment où il y a tellement des choses qui me choquent quand on a pas le droit de le dire que je pense qu'effectivement si j'ai l'impression que quelque chose est pas bien je vais pas, je vais pas faire comme un curé qui garde un meurtre et, et je vais essayer de trouver un biais pour pouvoir exprimer les choses »*

e) <u>La quasi-immunité du médecin qui signale</u>

- **Aucun des 11 médecins interrogés ne connaissaient les dispositions légales concernant l'irresponsabilité du médecin signalant.**

M1 : *« c'est-à-dire ? … responsabilité ou … irresponsabilité … comme on y va avec tact et mesure ça m'a jamais très gêné enfin »*

M6 : *« ouais, ça je ne savais pas, enfin je je connaissais pas cette notion, mais c'est pas quelque chose qui me ... qui me préoccupait ... faire un signalement par erreur quoi, en gros ... non, je sais pas, je connaissais pas ce terme mais c'est pas quelque chose qui me, qui me freinait, enfin c'est pas quelque chose qui me faisait peur »*

M7 : *« d'irresponsabilité ou de non resp … enfin … j'ai jamais entendu parler … bon ils changeront de médecin à mon avis »*

- **Cependant, tous pensaient être protégés par la loi en agissant en toute bonne foi, c'est pourquoi aucun n'éprouvait d'inquiétude quant à l'engagement de sa responsabilité lors d'un signalement.**

M2 : *« Même si on a un doute, je pense qu'il vaut mieux y aller, en parler … enfin moi, c'est pas quelque chose qui me provoque une inquiétude en tout cas »*

M3 : *« oui, ... j'me souviens plus très bien, mais je sais que effectivement ... on risque pas grand-chose ... bien sûr vous pensez à l'enfant, faut protéger l'enfant, mais faut aussi réparer ... faut aussi soigner les parents »*

M8 : *« oui bah j'imagine … qu'elle existe enfin si on a fait les choses de bonne foi … sans faux témoignage, sans faux certificat … sans fausseté, je pense que, qu'on est quand même protégé par la loi »*

M9 : *« alors ça moi je, ça m'est complètement égal, ce que je pense intimement ... au bénéfice de l'enfant ... que je sois ou pas calomnieuse euh pff, voilà si un jour on me met un procès parce que j'ai dénoncé trop, je préfère dénoncé trop que pas assez (rire) ... on le fait quand même en notre âme et conscience, quand on, on appelle la cellule, donc c'est qu'à priori on a quand même ... pas que des présomptions mais des choses visuelles, clairement établies »*

f) Le 119 ou SNATED

- **2 médecins sur les 11 interrogés ne connaissaient pas l'existence d'un numéro national dédié à l'enfance en danger (M6, M8).**

M6 : *« non, celui-là je le connais pas ... je l'utilise pour les femmes en danger, enfin l'équivalent hein, mais euh pour les enfants en danger … »*

- **Parmi les 9 autres médecins qui en connaissaient l'existence, 6 ne se souvenaient pas du numéro ou n'étaient pas au courant de ses missions (M1, M4, M5, M7, M10, M11).**

M1 : *« il doit y avoir un numéro de téléphone enfance en détresse un truc comme ça je sais qu'on doit, peut téléphoner »*

M4 : *« oui ça me dit quelque chose … le 119 c'est le numéro national je dirai pour euh tout ce qui est enfants battus, femmes battues ou ... non ? »*

M5 : *« Oui … c'est l'enfance maltraitée, enfin oui … mais pour moi, je pensais pas que c'était un interlocuteur pour les professionnels … je pensais que c'était les parents ou les enfants qui appelaient »*

M7 : *« c'est combien le téléphone ? C'est 117 non, c'est 116 ? … je sais qu'il y en a un mais je sais jamais le … ah bah ça y'est moyen mnémotechnique c'est le 911 aux Etats-Unis donc 119 dans l'autre sens »*

M10 : *« oui je sais que ça existe ... je pense que … ça doit concerner ce problème-là »*

M11 : *« sur France Inter ce midi en faisant mes visites, je suis tombée sur le téléphone le 1-1-9-là euh les enfants ... c'est effectivement un numéro de téléphone qu'on peut donner, et c'était rigolo parce que Nagui ce midi justement sur France Inter il disait*

« mais dites pas 119 à un enfant, de toute façon 119 ça va rien lui dire, il faut lui dire 1-1-9, parce que 1-1-9 il saura le faire sur un téléphone » que 119 … il y a quand même une élaboration dans le chiffre qui est plus compliquée ... et puis … un enfant qui appelle ne, ne doit pas avoir peur puisque en fait … il apparaît pas »

- **Seuls 2 médecins connaissaient bien ce service téléphonique et ses missions (M2, M9).**

M2 : *« Ah c'est le numéro de téléphone euh qui est relié à la Cellule Enfance en Danger en fait, tous les, toutes les personnes qui veulent parler de quelque chose peuvent appeler à ce numéro, et c'est relayé par la Cellule Enfance en Danger qui dispatche après … »*

g) Les facteurs de risque de maltraitance

- **Parmi les nombreux facteurs de risque cités, le faible niveau socio-économique était le plus présent (M1, M2, M5, M6, M8, M9, M10).**

M1 : *« la pauvreté et euh le manque de culture »*

M2 : *« les milieux socio-professionnels euh difficiles … c'est souvent dans des familles où il y a peu de moyens financiers »*

M5 : *« je pense que ça peut correspondre à tous les milieux hein sociaux mais c'est vrai que dans des milieux sociaux quand même très défavorisés avec euh des gens un peu primaires, un peu frustres … »*

M6 : *« tous les problèmes de, un peu de misère économique, aussi qui même si c'est pas les seuls qui sont touchés mais euh, après peut-être que du coup on a tendance à cibler ces gens-là et c'est pas forcément (rire), forcément qu'eux qui sont victimes mais, ouais je dirais plutôt ça »*

M8 : *« déjà on peut parler des milieux sociaux, mais je pense que y en a dans tous les milieux sociaux hein, peut-être qu'on en retrouve un peu plus dans les milieux défavorisés mais je pense que ça existe aussi dans les milieux favorisés »*

M10 : *« un des principaux … des niveaux socio-culturels très, très, très, très défavorisés »*

- **Seul 1 médecin ne considérait pas le niveau socio-économique comme un facteur de risque (M11).**

M11 : *« tout le monde imagine que le sordide n'est que dans les familles pauvres, tous les milieux sociaux sont touchés […] moi je pense que il y en a partout, aussi bien chez les fils d'ingénieurs que chez les … »*

- **Les conduites addictives était le deuxième facteur le plus cité (M1, M3, M5, M6, M7, M10, M11).**

M3 : *« l'alcoolisme … tout ce qui est drogue, tout ce qui est, tout ce qui modifie le comportement humain »*

M6 : *« des dépendances aux toxiques chez les parents »*

M7 : *« la maltraitance, elle fait aussi son nid dans, il doit y avoir les alcoolisations, les drogues euh, mais bon j'ai pas plus de, de formation là-dessus »*

M10 : *« tout ce qui est toxicomanie, toutes les conduites addictives majeures euh avérées »*

M11 : *« l'alcoolisme et la consanguinité, … la consommation de drogues aussi »*

- **L'environnement familial arrivait en troisième position, avec en premier lieu les familles recomposées (M1, M3, M4, M5, M6, M8, M10).**

M1 : *« Le père et la mère sont divorcés […] la notion de beaux-parents … c'est pas son enfant »*

M3 : *« les couples non mariés ... les reconstitutions familiales ... tout ce qui est conflit »*

M4 : *« être vigilant ... devant les familles recomposées »*

M5 : *« les mésententes au niveau d'une famille très conflictuelle »*

M6 : *« les facteurs éventuellement environnementaux, familiaux … des parents isolés »*

M10 : *« c'est les familles recomposées ... les parents divorcés ... les enfants qui vivent sous le joug du beau-père ou de la belle-mère »*

- **4 médecins considéraient comme un facteur de risque le fait d'avoir été soi-même maltraité (M2, M3, M7, M9).**

M2 : *« quand il y a des antécédents dans la famille que ce soit chez les frères et sœurs ou même … chez les parents »*

M3 : *« vous savez bien que tous les gens ... qui sont maltraitants sont des gens qui eux même l'ont été avant, donc essayer de les aider de se sortir de ce marasme ... de les guérir de ça »*

M7 : *« je pense que si un enfant était maltraité lui-même, il y a de grandes chances ... qu'il reproduise le même schéma »*

M9 : *« j'ai finalement des enfants placés qui maintenant deviennent parents … il y a quand même des choses sur lesquelles on est vigilant »*

- **Seul 1 médecin a évoqué l'existence d'antécédents médicaux chez les parents (M1).**

M1 : *« la dépression à mon avis c'est un gros facteur de risque »*

- **L'existence de pathologies chez l'enfant a été évoquée par 2 médecins (M1, M8).**

M1 : *« un enfant malade, bon tout ce qui est enfant avec retard psychomoteur »*

M8 : *« s'il y a une pathologie chez l'enfant, une pathologie lourde, une pathologie psy »*

- **La pathologie de la relation parent / enfant a été évoquée par 3 médecins (M1, M6, M8).**

M1 : *« très tôt on peut le voir … ce mauvais rapport … la relation pathologique c'est très, très, très tôt »*

M6 : *« un enfant non désiré »*

M8 : *« tout ce qui est relation pathologique de l'enfant aux parents, donc faut voir les circonstances du désir de l'enfant, la grossesse comment ça s'est passé, la naissance est-ce qu'il y a eu une séparation, comment ça s'est passé, voir le contexte des, si y a une fratrie »*

h) Les signes d'alerte

- **Tous les médecins interrogés avaient conscience qu'il existait différents types de maltraitance et que celle-ci pouvait se manifester de façon très variée. Le plus souvent, ils distinguaient les signes d'alerte physiques, plus simples à détecter, des anomalies du comportement ou du développement.**

M1 : *« surtout le comportement je dirais … un enfant qui est nerveux, qui a du mal à se laisser examiner … un enfant qui est trop passif, euh c'est bizarre … le comportement avec l'adulte qui cherche trop, trop le rapprochement ou au contraire trop l'évitement, la façon dont il va se déshabiller […] elle l'a pas volontairement brûlé son enfant … elle était négligente, malveillante, mal surveillante, enfin oui maltraitante hein vraiment […] puis après, bon évidemment des lésions, de bleus euh alors, pareil des p'tits gamins qui viennent avec pleins de bleus, bon au niveau des jambes ça va, c'est pas bien méchant … rechercher des brûlures de cigarettes, j'me souviens derrière (montre derrière l'oreille) … y a des sadiques, si on peut bien faire ça dans des endroits un peu planqués, voilà des cheveux arrachés … »*

M2 : *« Sur les signes cliniques bah, ça peut être plein de choses, ça peut être euh, sur le psychologique, un enfant avec des retards de développement, des retards psychomoteurs, avec un relationnel avec les parents qui est compliqué, que ce soit parce qu'il y a un manque de relationnel ou à l'inverse … un enfant qui bouge partout … des échecs scolaires … ça peut être physique, des marques de brûlures, des marques de bleus … des antécédents de fractures à répétition … des interrogatoires qui collent pas forcément avec le type de lésions … c'est sur des faces cachées … »*

M3 : *« ça peut se traduire par des choses ... tellement variées, ça peut être un enfant qui a mal au ventre, ça peut être quelqu'un qui veut pas se laisser examiner, ça peut être quelqu'un qui a peur du médecin … ce qui est plus flagrant ... c'est quelqu'un ... qu'on nous amène ou bien que au cours d'un examen on découvre qu'il a des hématomes ... des blessures un p'tit peu exagérées ... il est forcément tombé, tous les enfants tombent, ils ont mal, ils ont toujours ... des traumatismes ... des ecchymoses, des hématomes pré tibiaux ou sur les genoux ça c'est assez classique, mais par contre on se pose des questions quand c'est un p'tit peu dans des endroits différents, quand c'est sur le visage, quand c'est dans le dos, quand c'est sur les épaules »*

M4 : *« ça va des enfants secoués aux hématomes, aux infections urinaires répétées »*

M6 : *« les accidents éventuellement domestiques traumatiques ... le défaut de développement staturo-pondéraux par exemple ou développement éventuellement psychomoteur ... une impression clinique d'un enfant triste, qu'a des difficultés scolaires ... les facteurs qu'on peut voir à l'examen traumatique, des radios qu'on peut être amené à demander si on a un doute sur ... des lésions »*

M8 : *« … physiques, ça peut être des hématomes inexpliqués … d'âges différents, de localisations un peu atypiques … des plaies qu'on explique pas, des lacérations, des brûlures … des douleurs inexpliquées aussi … des fractures complètement aberrantes … après ça peut être avec l'attitude de l'enfant hein, si on a un enfant complètement renfermé sur lui-même, on voit aussi comment il se comporte dans la salle d'examen quand on interroge les parents, par rapport à ses parents s'il a une attitude distante, ou une attitude de peur, ça peut être des signaux qui nous alertent aussi … et puis l'état physique général … d'hygiène, au niveau des vêtements … des signes de dénutrition, des choses comme ça, voilà ça peut être tout ça »*

M9 : *« le développement psychomoteur de l'enfant … la nutrition de l'enfant … ça peut être aussi la carence éducative, ça peut être plein de choses … physique, psychiatrique … troubles du comportement on va dire … troubles scolaires … finalement la maltraitance physique même si c'est quelque chose qu'on retrouve quasiment de façon systématique … c'est pas forcément l'essentiel, vous avez un gamin de quatorze ans qui sait pas aligner deux mots, qui sait pas faire une phrase, c'est moi, pour moi une carence beaucoup plus importante qu'une carence physique finalement »*

M10 : *« c'est souvent ... les bleus... c'est l'enfant qui est un peu, amaigrissement, ... la tristesse, l'enfant qui ... se livre pas, qui est pas joyeux ... on avait reçu deux gamins avec des fractures multiples … vu où étaient les fractures et les multiplicités c'était un peu compliqué de, d'admettre ce que racontait la maman qu'ils étaient tombés dans les escaliers quoi »*

- **A travers des signes d'alertes chez des patients adultes, 2 médecins ont exprimé les conséquences à long terme d'une maltraitance infantile (M1, M11).**

M1 : *« adultes … des maladies psychosomatiques lourdes … en fait très souvent derrière, y a ... des histoires d'inceste »*

M11 : *« y a des dames que vous soignez depuis des années euh un peu colopathes et tout ça, et puis vous vous rendez compte qu'en fait quand elles étaient petites elles ont été violées par le beau-père et, et puis c'est des trucs qu'elles n'expriment que finalement qu'à la faveur d'autre chose, vous sentez que c'était quand même enfoui et que, et que ça sort »*

D.2.2.4 Les perspectives de formation

a) Le souhait des médecins

- **10 médecins sur les 11 interrogés étaient dans l'attente d'une formation et ont montré beaucoup d'intérêt vis-à-vis de ce thème (M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11).**

M1 : *« c'est un thème très intéressant »*

M2 : *« je pense que c'est quand même des choses très particulières et que c'est intéressant d'avoir des rappels réguliers »*

M3 : *« va falloir qu'on fasse une formation là-dessus »*

M5 : *« ah oui tout à fait, d'ailleurs je pense qu'il faudrait plusieurs séances »*

M6 : *« j'imagine qu'on aurait besoin de le travailler effectivement euh, je pense qu'on a besoin ... d'avoir peut-être une formation par rapport à ça, je pense effectivement c'est des choses utiles parce que ... je crains qu'on passe effectivement à côté de, de cas peut-être moins évidents »*

M7 : *« ah bah s'il y avait une formation, oui je pense que … ça serait bienvenu … je fais partie du réseau Périnatalité mais ça … on me le propose pas … ça pourrait être … un thème … à aborder »*

M9 : *« ça je pense que ça nécessiterait des formations, mais elles sont pas faites, je pense que ça permettrait de remettre à l'heure certaines choses … sur la maltraitance*

en générale … je trouve que c'est pas fait, pourtant je suis assez vigilante parce que je les cherche ces formations-là … alors que ça pourrait être quand même un sujet assez intéressant … faire quelque chose de plus général, dire voilà ce que la maltraitance peut amener et jusqu'où ça peut aller quoi »

M10 : *« oui tout à fait oui, oui … bah oui c'est essentiel »*

- **Cependant, 2 médecins ont évoqué leur emploi du temps très chargé, ce qui constituait un frein à leur enthousiasme (M10, M11).**

M10 : *« je travaille 90 heures par semaine … et dedans il y a un bout de formation, donc si vous me demandez de faire quelque chose de plus, c'est clair, c'est non »*

M11 : *« c'est vrai qu'il y a un moment quand vous rentrez le soir, la tête farcie, vous allez pas aller vous refarcir, et puis le problème c'est les difficultés des remplacements … les séminaires … même si effectivement l'indemnisation elle est … bien hein, mais on a pas le temps de le faire »*

- **Seul un médecin ne souhaitait pas particulièrement bénéficier d'une formation, estimant que ses lacunes ne constituaient pas un frein dans sa pratique dans ce domaine (M4).**

M4 : *« non pas spécialement … ça m'empêche pas, j'ai l'impression que ça me gêne pas trop de pas savoir exactement comment faut faire pour faire un signalement, ça euh, ça m'empêche pas trop de, si y avait besoin d'en faire un, de le faire quoi »*

b) <u>Le contenu de la formation</u>

- **Les 2 points à aborder en formation et cités par tous les médecins, y compris M4, étaient le repérage et les circuits d'alerte.**

M1 : *« C'est plutôt dans le repérage […] c'est vaste hein finalement … c'est le petit enfant, c'est dès le nourrisson, repérer je pense les signes dès le nourrisson, chez ensuite les enfants moyens, chez les adolescents … voilà, c'est une maltraitance, c'est une négligence, c'est, c'est l'inceste »*

M2 : *« quand on connaît les généralités c'est facile mais quand il est un peu plus compliqué ... des rappels sur des choses qui sont moins évidentes, parce que tout ce qui cutané on y pense, euh, ce qui est plus dur, c'est de mettre en évidence sur un, sur un échec scolaire ... sur un retard de développement psychomoteur, des choses comme ça, et donc d'avoir des rappels sur ces cas particuliers, ça peut être pas mal quoi »*

M3 : *« surtout les circuits, conduite à tenir immédiate … quels sont les signes d'alerte, qui appeler … le réseau, ou qui joindre voilà »*

M4 : *« c'est sûr que vous ouvrirez un peu les yeux sur les facteurs de risque … c'est toujours bon de se rappeler les facteurs de risque … oui le repérage »*

M7 : *« les signes d'alertes, nous dire qui, qui appeler … moi je pense que c'est pour comment déclarer, à qui euh, quels sont les signes d'alerte »*

M8 : *« la CRIP dont vous parliez tout à l'heure par exemple c'est des choses qu'on, enfin moi en tout cas je connais pas, euh voilà avoir des infos précises, qui contacter et comment le faire, à quelles heures aussi … ça peut être intéressant d'avoir des cas cliniques avec des images, des photos … »*

M9 : *« je pense qu'il faut partir d'une carence en générale et puis après découler sur tout, que ce soit physique, psychiatrique … troubles du comportement … troubles scolaires … enfin voilà ça doit partir dans tous les sens, ça doit pas que balayer la maltraitance physique et point barre »*

M10 : *« si on veut être utile … c'est le repérage et le schéma d'alerte »*

- **6 médecins ont ajouté qu'il était nécessaire de parler de la législation (M1, M2, M3, M5, M9, M11).**

M2 : *« il faut rappeler la législation, il faut parler de la protection du médecin dans ce cas-là, parce que c'est important de le redire, en plus moi je le savais pas »*

M11 : *« déjà avoir la connaissance de la loi 1907, de mois de mars … de 2007 voilà parce que ça me dit rien du tout »*

c) La méthode de formation

- **Parmi les 10 médecins demandeurs d'une formation, 8 préféraient qu'elle soit présentielle, organisée en plusieurs sessions ; d'abord en petits groupes de travail puis en plénière avec l'intervention d'experts. Tous ont mis l'accent sur l'importance d'une formation plus pratique que théorique (M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M9).**

M1 : *« c'est par exemple typiquement un thème de groupe qualité, puisque c'est vachement bien, les gens s'expriment, parlent, discutent voilà, mais ça le problème des groupes qualités … j'ai peu la main dessus (sourire) j'ai mon groupe voilà … Après on a des séminaires de formations, mais là ça serait trop un séminaire, puis après y a des soirées … un Quoi de Neuf pédiatrie, mais ça serait trop court, puis après il y a les soirées classiques … où viendront les gens intéressés … avec … un temps de discussion comme ça je dirais en petits groupes, je pense que ça s'y prêterait assez bien, et puis un temps de, ensuite … de ce qu'on appelle une plénière … s'il faut faire quelque chose, faudrait l'organiser plutôt, plutôt comme ça »*

M2 : *« il faut que ça … soit des groupes d'échange, pas de cours théoriques en fait, le listing, ça sert à rien … donc soit partir de cas particuliers vécus par les médecins généralistes … ça peut être des cas de PMI … en fait, il faut que ce soit du pratique, ça peut être des ateliers, ça peut être des échanges mais sur des cas pratiques quoi »*

M3 : *« des réunions de formation le soir … au Havre on a beaucoup d'organismes de formation, moi j'ai un groupe de pairs donc on peut inviter quelqu'un et puis faire un groupe là-dessus, on peut faire des réunions ouvertes à l'hôpital ou … avec les services administratifs qui peuvent nous proposer ça, ça peut-être, dans les journées médicales on a une grosse formation annuelle au Havre de, de deux jours sur, sur quelques thèmes … on peut proposer ça une année, ça peut être intéressant, là vous avez 200 personnes qui vous écoutent »*

M5 : *« la plus intéressante dans ce contexte-là où il y a quand même beaucoup de choses à dire avec plusieurs volets, je pense qu'il faudrait faire soit une espèce de séminaire, un long weekend, ou alors … une formation … où on se revoit une fois par mois, et des thèmes différents, je pense que c'est mieux que de tout balancer sur une soirée … une formation … de 4 à 5 séances … dans un groupe de travail … en petits groupes et sur plusieurs soirées quoi »*

M6 : *« il me semble que le mieux n'est plus la conférence avec cinquante personnes et deux intervenants enfin c'est peut-être bien, mais c'est pas l'idéal, probablement le mieux c'est quand même les petits groupes ... qu'on fait en séminaire de formation maintenant avec une quinzaine de personnes … et puis travailler … sur des cas cliniques … à mon avis le plus formateur c'est, c'est ce type de formation, en petits groupes de quinze ou vingt personnes avec … les différents professionnels … après les formations du soir à cinquante personnes, je pense ça a moins d'intérêt »*

M7 : *« une journée de formation ça me parait … oui séminaire, oui, une journée de formation, je pense que c'est, je pense que c'est bien […] une plénière, et puis après, après on va travailler en petits groupes, puis on revient, on rapporte … on essaye de trouver … des idées et puis il y a un orateur qui nous fait un petit topo »*

M9 : *« un séminaire de deux jours … ça permet de balayer pleins d'items … d'échanges de pratiques et puis de mises en commun et puis de retrouver avec des experts »*

- **Quelques médecins se sont exprimés à propos du e-learning, trouvant que cette méthode serait inadaptée car individuelle (M3, M5, M7).**

M3 : *« j'suis pas trop internet, parce que je trouve qui y a pas de principe d'échange moi j'aime pas trop, sauf quand c'est très, très précis, où vous voulez voir un truc sur la thyroïde, vous allez bon voilà, sur internet … mais voilà moi j'aime bien la convivialité, l'échange d'expérience »*

M5 : *« Ah non, non, non, de toute façon j'irai pas, j'aurai pas le temps, moi je suis encore dans la génération où il faut du physique quand même »*

M7 : *« le e-learning ça peut être bien mais quand tu vas à une formation … t'as un temps d'échange avec les autres praticiens qui peut être aussi intéressant, se servir … des expériences des uns et des autres pour avancer dans notre pratique … c'est l'expérience … moi je pense, le e-learning je trouve que on va pas pouvoir échanger … prendre la parole »*

- **Seuls 2 médecins avaient un avis divergents des autres concernant le e-learning (M10, M11). M10 par souci d'atteindre un public plus large que lors d'une formation présentielle, et M11 par souci d'emploi du temps personnel trop chargé.**

M10 : *« si c'est une des formations type ce qui se passe actuellement … où on accueille en fait globalement vingt médecins sur mille ça a aucun intérêt quoi … la formation continue elle est très mauvaise … elle s'adresse à un groupuscule […] j'ai pu pendant quatre, cinq ans, organiser des, des séminaires de formation … c'est là où je me suis le mieux formé parce qu'en tant que formateur vous rencontrez les spécialistes etc…, vous élaborez les formations et ensuite vous avez … deux fois douze heures globalement avec les médecins, où vous les faites travailler sur tel et tel sujet … sauf que les séminaires vous n'aurez … qu'un groupuscule, parce que un séminaire si vous l'organisez une fois par an, vous aurez 30 candidats … notre secteur ne serait-ce que les généralistes … il y a plus de trois cents personnes […] pour moi ... la clé c'est ... de la téléformation ... avec ... une obligation de questionnement après ... pour être sûr ... que ça été vu ... si on fait pas ça, bah il y aura toujours les mêmes ... les champions du monde de la formation et qui resteront les champions du monde, puis ceux qui se forment absolument pas »*

M11 : *« des trucs par internet, quand on reçoit des trucs effectivement un peu en situation et puis qu'on l'étudie un peu quand on a envie, parce que moi c'est vrai quand je rentre le soir et que j'ai la tête farcie … alors qu'à la limite une fois le soir vous avez diné, vous êtes un peu reposé … aller sur un site internet et puis vous documenter sur quelque chose, mais savoir que vous allez finir votre journée de boulot à l'arrache … pour aller à une réunion … on peut pas enchainer les journées comme ça »*

d) <u>Les experts à rencontrer</u>

- **Les 8 médecins intéressés par une formation présentielle ont tous exprimé le souhait de rencontrer au moins deux profils d'expert : l'un ayant une expertise médico-sociale, l'autre une expertise judiciaire.**

M2 : *« le procureur de la république, voilà pour le coup lui, on le rencontre jamais, un juge pour enfants aussi ça pourrait être pas mal, de voir un peu son expérience et puis … les référents, les médecins de PMI, qui sont les référents de la protection de l'enfance pour le coup »*

M6 : *« c'est intéressant si on fait intervenir les différents éléments du réseau ... d'avoir quelqu'un du CRIP ... et puis des gens, éventuellement du système judiciaire pour qu'on puisse confronter les différentes situations, dans quel cas on est plus dans un cas que dans l'autre voilà […] deux intervenants, un judiciaire, un plus social »*

M7 : *« je pense que ... des médecins, je trouve que ça serait peut-être plus adapté ... si c'est un médecin de PMI ... c'est très bien d'avoir ... une assistante sociale et tout mais ... y a déjà eu l'info et elle fait son travail quand il y a le signalement »*

M8 : *« au niveau médical, pédiatre, intervenants de PMI que ça soit les médecins comme les infirmières comme les assistantes sociales qui vont sur place, et au niveau juridique aussi ça serait intéressant … je connais pas très bien le domaine mais bon les intervenants sur ces dossiers-là quoi »*

- **2 médecins ont évoqué un intérêt à rencontrer les professionnels de l'ASE afin d'avoir quelques réponses sur les différents parcours possibles de l'enfant (M5, M9).**

M5 : *« un médecin hospitalier ... un médecin de PMI ... psychologue psychiatre ... des représentants des structures en fait, de voir un petit peu comment les enfants évoluent, comment ils sont pris en charge, comment ils sont après remis en contact avec leur milieu familial si c'est possible, comment les choses évoluent et puis effectivement une partie judiciaire, de savoir un petit peu comment ça se passe »*

M9 : *« un pédiatre légiste … assistante sociale ou quelqu'un qui soit dans ce milieu-là … pédo-psy ça c'est évident aussi … quelqu'un du secteur social pur, enfin par exemple un éducateur … voir un petit peu comment ça peut se passer, comment ils accompagnent aussi les familles, enfin voilà quelque chose de peut-être un peu plus pratique quoi, parce que une fois vous les avez entre guillemets signalés … vous savez pas du tout comment ça se passe … donc c'est pas mal de savoir ce qui deviennent finalement … le fait d'avoir signalé en général coupe ... le lien que vous avez avec le parent ... donc du coup après vous savez pas ce que, quel circuit va prendre l'enfant »*

e) La fiche pratique

- **Selon 8 médecins, l'élaboration d'une fiche pratique à conserver au cabinet présentait un grand intérêt. Selon eux, elle devrait préciser au minimum les contacts utiles, ainsi qu'un schéma récapitulatif de la conduite à tenir (M1, M2, M3, M5, M6, M8, M9, M11).**

M1 : *« c'est toujours intéressant … une brochure qui nous dit … dans tel cas faites ça ... un p'tit cours résumé en fait … oui ça c'est toujours extrêmement utile »*

M2 : *« ouais sur le concret, c'est pas mal ça … les numéros de téléphone … ça c'est hyper important aussi »*

M5 : *« très synthétique sur effectivement les numéros de téléphone, les adresses et tout, oui bien sûr … une maquette »*

M6 : *« … les numéros utiles, les correspondants locaux, parce qu'on n'a pas ... les noms vraiment des personnes comme vous parliez du CRIP, ... je le connaissais pas ... si on avait effectivement les quelques numéros utiles bon y a un numéro national, mais ... les référents locaux ce serait probablement utile »*

M8 : *« déjà nous faire un listing de comment faire en cas de ... comment on procède, qui on appelle, à quel numéro … des infos concrètes ... qu'est-ce que je fais ... notre petite fiche qu'est-ce que je fais en cas de … »*

M11 : *« je me dis ah merde qui je contacte … je n'ai pas un petit cordon sur lequel tous les numéros vont être affichés […] oui moi je pense que ce serait bien … non mais je veux dire un truc tout con, où vous avez effectivement les numéros de téléphone, parce qu'il y a des moments où y a des trucs qui changent »*

D.2.2.5 La place du médecin généraliste dans la protection de l'enfance

a) Le rôle central du médecin généraliste

- **La grande majorité des médecins interrogés considéraient leur place de médecin généraliste comme essentielle, par la définition même de son rôle : un médecin de premier recours et un médecin de famille (M1, M3, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11).**

M1 : *« notre place est forcément importante »*

M3 : *« on est toujours le médecin du premier recours »*

M5 : *« elle a toute sa place, puisque de toute façon le médecin généraliste c'est le médecin de famille, et je pense que quand il y a des problèmes dans la protection de l'enfance c'est la famille qui est en danger, l'enfant évidemment mais la famille … donc elle a toute sa place »*

M6 : *« essentielle comme tous les médecins de premier recours »*

M7 : *« je pense qu'on est en première ligne »*

M8 : *« elle est quand même assez centrale »*

M9 : *« pour moi elle est centrale parce que normalement vous êtes celui le seul pour lequel il y a un retour forcément de tout »*

M10 : *« elle est majeure ... autant qu'on lui donne ... le temps … on dit toujours que on ne, on ne trouve que si on cherche, si vous n'avez pas le temps de chercher vous ne trouverez jamais rien »*

M11 : *« en province, on reste le médecin de famille, on est garant de la bonne santé de la famille »*

b) La proximité avec les patients

- **Quelques médecins ont mis l'accent sur la relation privilégiée du médecin généraliste avec sa patientèle, dont le socle est bâti autour d'une confiance réciproque (M1, M3, M6, M9, M10).**

M1 : *« qu'est ce qui faut faire, faut faire confiance ou pas ? … je connaissais suffisamment bien ... tout le monde, c'était quand même des gens assez bienveillants, en grandes difficultés avec eux-mêmes mais il y avait quand même beaucoup, beaucoup, beaucoup de tendresse »*

M3 : *« le rôle du médecin généraliste... c'est une confiance quand-même […] ce qu'il faut c'est... s'habituer à y penser quoi… pour ça qu'il faut pas trop perdre le médecin de famille, faut pas que les jeunes médecins soient des remplaçants toute leur vie, parce que le métier c'est de suivre des familles et là on est au cœur d'une relation, on connaît les familles... avec la proximité des gens […] on est le médecin de la disponibilité, le médecin doit être quelqu'un de disponible et puis quelqu'un*

d'empathique au sens d'une relation de confiance, et il faut que les gens aient confiance en nous... il faut pas qu'on soit radical... on est pas des juges... nous on est là pour être dans une relation ... comment réparer, réparer les parents, réparer les enfants, corriger... cette prévention passe par une connaissance du terrain, une connaissance des gens… il faut surtout pas faire disparaître les médecins généralistes »

M9 : *« on est disponible pour un patient et quand même à l'écoute de plein de choses »*

M10 : *« nous on est, enfin la ville... tout est dilué … il y a une chaine... autour des gens qui est beaucoup plus importante qu'à la campagne, à la campagne c'est vraiment... le médecin de famille qui reste encore le pivot, ça reste encore essentiel »*

- **3 médecins ont insisté sur leur rôle dans l'éducation des patients (M3, M4, M11).**

M3 : *« des gens qu'on suit depuis 20, 30 ans qui vous annoncent ... des souffrances de leur enfance que leur tonton les a tripoté ... ce qu'on peut c'est au moins dire qu'on est au courant de ça et dire ce qui est pathologique pour que les gens prennent conscience que taper un gamin ça se fait pas ... il y a des milieux où c'est banalisé ... donc on a une éducation à faire dans les milieux pauvres »*

M4 : *« il peut participer … à l'éducation médicale de l'enfant, on donne souvent quand même pas mal de conseils … aux jeunes mamans etc… des problèmes de nourrissons, des problèmes de la p'tite enfance … si on les guide bien pour les, leur éviter … de s'énerver … un peu de les encadrer qu'ils aient pas … des conduites à risque … leur donner un peu de recul … puis après c'est être vigilant … moi j'essaye que, qu'ils profitent du plaisir d'avoir un enfant … transformer leur stress un peu en plaisir d'avoir un enfant »*

M11 : *« j'arrête pas de répéter aux enfants que leur corps leur appartient … le problème c'est que à une population parfois … un peu naïve et pas se rendre compte qu'effectivement il y a des trucs qui se font et d'autres qui se font pas »*

c) Le suivi, un des piliers de la médecine générale

- **Certains médecins ont évoqué l'importance d'un suivi de qualité en médecine générale, en particulier dans la cadre de la protection de l'enfance où la vigilance doit être au maximum (M1, M2, M3, M4, M8, M9).**

M1 : *« j'essaie d'être vigilant ... mais je passe certainement à côté de plein de choses […] les cas difficiles … qui modifient, qui fuient, ils vont plus aller en PMI, ils vont changer, être fuyants … quelqu'un qui fuit on va pas le suivre »*

M2 : *« mais forcément en tant que remplaçante … le suivi est un peu compliqué »*

M3 : *« quand on est médecin de famille depuis longtemps, il y a des familles sur lesquelles on a pas tellement de doute parce que les choses ont l'air de bien se passer depuis longtemps, mais on peut toujours avoir des surprises »*

M4 : *« la dame est partie avec les deux enfants ... j'ai plus … de nouvelles, … c'est le cas où j'aurai … s'ils étaient restés là ... pu faire quelque chose »*

M8 : *« on est amené à voir les enfants régulièrement pour les suivis, parfois en parallèle avec le pédiatre donc si nous ne détectons pas ça, qui va le faire »*

M9 : *« les maltraitants sont très forts, donc c'est pas toujours évident … mais c'est quand même notre premier rôle »*

d) L'importance du réseau

- **La majorité des médecins ont rappelé la nécessité de s'entourer d'un réseau de professionnels intervenant dans la protection de l'enfance (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M9).**

M1 : *« je crois qu'il faut tout un village pour élever un enfant … c'est le fait qu'il y ait un médecin généraliste, c'est le fait qu'il y ait des assistantes sociales, c'est le fait qu'il y ait des médecins de PMI, c'est le fait, c'est cette bienveillance diffuse, voilà qui est importante … c'est pas un individu tout seul … c'est vraiment concerner tout le monde … je fais partie de ce maillage, voilà qui fait partie des gens qui, qui voilà veillons … mais je ne suis … qu'un élément du maillon »*

M2 : *« un partenaire au quotidien des médecins de PMI, parce qu'en fait on voit du tout la même population ... ils sont plus confrontés à ça parce qu'ils voient quand même*

beaucoup plus de gens avec des milieux défavorisés, mais c'est pas que ça, il y a aussi de la maltraitance chez les autres milieux socio-professionnels ... ceux-là, c'est nous qui les voyons et c'est à nous d'être vigilants pour réorienter ces enfants-là, et alerter, donc c'est complémentaire en fait »

M3 : *« moi je confie très facilement à l'hôpital ... on a des relations avec les PMI, ils savent qu'ils peuvent nous joindre ... la plupart du temps c'est eux qui nous joignent pour savoir si l'enfant est bien suivi, si on a noté quelque chose, si on a un souci, moi c'est par l'hôpital que je passe »*

M5 : *« la PMI on peut les appeler et voir avec le médecin … ce que l'on peut faire … ils nous donnent des conseils, et ils peuvent même intervenir »*

M6 : *« quand j'ai contacté ... les médecins de PMI pour discuter d'un cas ... j'avais l'impression que ça ... me rassurait de me dire que j'étais pas seul à m'en occuper et que j'avais l'avis d'autres personnes ... j'trouve ça a un côté un peu rassurant de pas être tout seul du coup on, alors à prendre la responsabilité d'avoir un avis extérieur comme quand j'avais fait hospitaliser le gamin, d'avoir au moins un avis aussi extérieur au mien sur l'enfant »*

- **Certains ont reproché à ce réseau de les mettre à l'écart du suivi de l'enfant une fois qu'il a été introduit dans le circuit de la protection de l'enfance (M6, M9, M11).**

M6 : *« par rapport à la PMI j'avais eu peut-être un petit manque de retour … y a des enfants qui sont suivis dans ces problèmes-là, peut-être d'IP, dont on est le médecin et je pense qu'on est pas au courant … je suis persuadée qu'y a des enfants que je suis qui ont des suivis socio-éducatifs ou voilà pour lesquels on est pas au courant … on sait qu'y a pas mal de gens qui sont suivis en PMI, on sait qu'y a des gens qui, qui tournent autour d'eux mais on a … aucune information »*

M11 : *« c'est vrai que nous … tout le rendu des enfants qui sont pris en charge après … des violences … on est au courant de rien »*

D.3 Discussion

D.3.1 Critiques et biais de l'étude

D.3.1.1 Concernant la méthodologie

Mon travail de recherche est basé essentiellement sur la compréhension des besoins de formation des médecins généralistes concernant la protection de l'enfance. L'étude qualitative est la méthode la plus adaptée dans ce cadre. Elle permet de recueillir le ressenti, les représentations, le vécu, les connaissances et les pratiques des médecins généralistes, d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet délicat et difficile à aborder.

L'entretien est la méthode appropriée pour l'étude de variables complexes qu'on ne peut saisir qu'à travers l'élaboration d'un dialogue. Le type semi-directif, du fait qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé, laisse davantage de liberté pour l'enquêteur mais aussi pour l'enquêté qui peut parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. L'interviewer essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéressent lorsque le discours s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même.

D.3.1.2 Concernant l'échantillon

Je me suis limitée, dans mon étude, exclusivement aux médecins généralistes de la ville du Havre, ce qui peut constituer un **biais de sélection**. Celui-ci est relatif dans le cadre d'études qualitatives qui permettent la constitution d'un échantillon choisi et donc pas forcément représentatif de l'ensemble des médecins. J'ai tout de même fait en sorte de rencontrer des médecins installés dans les différents quartiers du Havre, en tenant compte de la mixité hommes / femmes et de la diversité des tranches d'âge.

D.3.1.3 Concernant l'interviewer

- J'ai moi-même réalisé l'intégralité des entretiens. Cela permet de limiter le **biais de recueil** consécutif à l'intervention de plusieurs interviewers.
- A l'inverse, un **biais de présentation** est plus difficile à contourner. Ma présentation, le ton adopté et les mots échangés autour des entretiens ont pu influencer le contenu des réponses. J'ai pu aussi laisser transparaître mes sentiments à travers mon comportement verbal et non-verbal. La quasi-totalité

des entretiens s'est déroulée dans le bureau du médecin, ce qui n'aurait pas dû favoriser la détente et la convivialité nécessaires à l'échange. Cependant, l'ambiance a toujours été propice au dialogue et aucune gêne n'a été ressentie de part et d'autre.

- Le **biais d'évaluation** est difficile à apprécier. J'ai tenté de mener les entretiens de la façon la plus ouverte possible, en relançant la discussion après quelques secondes de silence par des questions ouvertes, en lien avec les éléments abordés précédemment ou autour d'un thème encore non abordé. Cependant, par mon manque d'expérience, j'ai pu parfois poser des questions plus fermées qui auraient orienté les médecins interrogés.
- Un **biais d'interprétation** est également à prendre en compte. Le regroupement des fragments de discours pour l'analyse thématique a été fait de façon subjective en fonction de ma compréhension de la situation et des dires des médecins rencontrés. Malgré toute l'attention portée à l'analyse rigoureuse des résultats, il est très probable que celle-ci soit en partie personnelle. On peut cependant considérer cette subjectivité comme une source d'enrichissement positive de l'enquête, l'analyste faisant partie des résultats au même titre que les informations rassemblées.

D.3.1.4 Concernant le répondant

Il existe un biais de mesure inhérent aux études qualitatives par entretien : le **biais de désirabilité sociale**, qui désigne les erreurs systématiques dans la réponse qui semblent rendre le répondant plus acceptable sur le plan social. En cherchant intentionnellement ou non à plaire à l'interviewer, le répondant pourrait avoir un discours en décalage avec la réalité.

D.3.2 Discussion des résultats

D.3.2.1 L'expérience du médecin généraliste

Dans notre étude, tous les médecins, sauf un, jugent leur expérience professionnelle très pauvre et insuffisante. En découle une faible estime de leurs compétences à détecter ou à signaler un cas d'enfant en danger. Face à la typologie variée de la maltraitance, la majorité des médecins interrogés éprouve des difficultés à diagnostiquer certaines formes de maltraitance et appréhende le risque de passer à

côté d'une situation de danger. L'incertitude diagnostique et la gestion du doute s'avèrent être un frein important à la rédaction d'un écrit. Le peu de connaissance des circuits et la crainte des conséquences engendrées par un écrit freinent également les médecins interrogés.

Parmi les 11 médecins rencontrés, seuls trois ont déjà rédigé un écrit destiné à la protection de l'enfance.

Leur place de médecin de famille rendant plus aisée la détection des situations de danger, elle est plutôt un handicap quand il s'agit de rédiger un écrit.

La maltraitance infantile concerne toute une famille. Le médecin généraliste, en tant que médecin de famille, est un acteur indispensable de la protection de l'enfance.

Lors d'une étude quantitative menée en 2013 auprès de 50 médecins parisiens, 53% d'entre eux considéraient leur niveau de compétence à reconnaître les signes cliniques de maltraitance comme moyen (38), ce qui est superposable à nos résultats.

S'il est parfois aisé de diagnostiquer une maltraitance – notamment quand celle-ci se présente de manière évidente et incontestable – il est malheureusement beaucoup plus difficile de la détecter lorsque les signes cliniques se font plus discrets (carence de soins, maltraitance psychologique, histoire plausible avec lésions légères…). Il est primordial de restaurer la compétence des médecins généralistes à détecter toute forme de maltraitance tout en insistant sur le fait que la certitude diagnostique n'est pas le but recherché. L'objectif étant de protéger l'enfant, la déclaration doit porter sur une suspicion et non une certitude. Il appartient ensuite aux services médico-sociaux et/ou judiciaires de faire la lumière sur la réalité des situations diagnostiquées afin d'établir, si besoin, les mesures de protection nécessaires.

Les données fournies par les médecins interrogés sont comparables à celles d'une étude descriptive menée en 2013 auprès de 298 médecins généralistes libéraux du département d'Ille-et-Vilaine : 51,7% des médecins éprouvaient la crainte de faire un diagnostic erroné, ce qui en faisait le 2^{e} grand frein à la rédaction d'un écrit (après le manque de formation / d'informations sur le sujet) (7).

Il est important de rappeler que la réflexion entre « doute et certitude » doit pencher en faveur de l'enfant. Comme le dit le Dr Kahn-Bensaude *« un généraliste qui n'a pas la certitude absolue de la maltraitance doit chercher à s'entourer d'autres*

professionnels, plus habitués que lui à traiter ces problèmes […] Il ne doit pas rester seul face à cette incertitude et cette responsabilité » (2).

D.3.2.2 La formation du médecin généraliste

Les 11 médecins interrogés ont un regard très critique concernant leur formation sur la protection de l'enfance, la considérant comme insuffisante voire inexistante.

a) Sa formation initiale

A l'exception de deux médecins qui ont suivi une formation complémentaire de pédiatrie préventive, aucun des 11 médecins interrogés n'avait le souvenir d'une formation théorique au cours de son cursus universitaire.

Il est intéressant de citer une étude menée à Paris en 2013 auprès des internes de médecine générale et jeunes médecins généralistes : 79% des répondants ayant déjà été confrontés à un cas de maltraitance n'ont pas pu donner suite. Le manque de connaissance avec la peur de faire une erreur était le premier frein (44%), suivi du manque de connaissance en matière de droits et de devoirs sur le sujet (37%), et enfin le fait de ne pas savoir à qui signaler (11%) (39).

Ces résultats appuient notre étude quant à la nécessité de renforcer la formation universitaire des futurs médecins généralistes. L'auteur avait émis l'idée de concevoir des séminaires obligatoires pendant l'internat avec la participation de travailleurs sociaux, d'avocats, de magistrats, de médecins légistes, de psychiatres… ce qui aurait permis aux internes de mieux appréhender les situations concrètes de maltraitance et d'acquérir une meilleure connaissance de la loi.

Je pense qu'il est effectivement indispensable d'enrichir la formation théorique, mais celle-ci doit s'accompagner d'une formation pratique complémentaire. A Rouen, nous avons la chance de pouvoir passer une semaine au sein des services de la PMI durant notre stage praticien. Personnellement, cette opportunité m'a encouragée à approfondir ma formation en demandant à effectuer un semestre complet en tant qu'interne en PMI. En effet, une semaine est le temps tout juste suffisant à la découverte des différentes missions de la PMI. Je pense qu'il serait justifié d'allonger la durée de ce « stage découverte » et de l'organiser de façon plus formalisée afin que l'étudiant puisse participer concrètement à la mission de protection de l'enfance.

b) Sa formation continue

Dans notre étude, aucun des 11 médecins interrogés n'a reçu de formation entièrement dédiée à la protection de l'enfance.

Ce résultat est superposable à celui de l'étude *« Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007 »* susmentionnée (7). Pour 81,9% des médecins interrogés, aucun enseignement ni aucune communication sur l'IP n'avaient été dispensés. Six ans après la promulgation de la loi, seuls 5% des généralistes avaient été formés. Cette étude descriptive a montré que les médecins formés sur l'IP étaient de meilleurs acteurs dans la prise en charge des enfants en danger. En effet, le premier frein des médecins généralistes à la rédaction d'une IP (59,4%) était le manque de formation / d'informations sur le sujet. De plus, les médecins formés sur l'IP avaient été significativement plus confrontés à des enfants maltraités (p = 0,012).

En accord avec cette étude, je pense que les obstacles au signalement par les médecins généralistes sont franchissables par une formation actualisée et adaptée à leurs besoins.

D.3.2.3 Les connaissances du médecin généraliste

a) Organisation et législation de la protection de l'enfance

L'existence de la loi du 5 mars 2007 ayant réformé la protection de l'enfance n'est connue que d'un médecin parmi les 11 interrogés. Ce chiffre fait écho à ceux de l'enquête citée dans le paragraphe précédent.

Dans notre étude, près de la moitié des médecins sait que la protection de l'enfance s'articule autour de deux autorités : administrative et judiciaire. Cependant, la CRIP n'est connue que de deux médecins, et la différence entre IP et signalement comprise que de quatre médecins. Globalement, ces résultats sont comparables à ceux d'une étude menée en 2013 dans le Nord-Cotentin : 59,6% des répondants connaissaient les différentes entités administratives et judiciaires concourant à la protection de l'enfance, 84,2% ne connaissaient pas la CRIP et 33,3% faisaient la différence entre une IP et un signalement (9).

En Seine-Maritime, la CED est dotée d'un guide à l'intention des professionnels médico-sociaux : *« guide de l'enfance en danger : informer, évaluer, signaler,*

accompagner ». La version papier que j'ai obtenue lors de mon stage en PMI en 2015 a été éditée en 2009. Depuis cette date, les mises à jour ont été apportées à la version numérique de ce guide, qui n'est accessible qu'à un usage interne au département. Je pense qu'une meilleure diffusion de ce guide au sein des cabinets de médecine générale aurait permis d'actualiser les connaissances des médecins libéraux depuis la réforme de 2007 et constituerait une aide précieuse pour ces médecins en manque de repères.

b) Personnes ressources

Dans notre étude, tous les médecins semblent avoir une préférence pour la PMI car c'est le service le plus utilisé, quand bien même ses missions et ses champs d'intervention ne sont pas intégrés de tous. L'hôpital arrive en deuxième position. Contrairement à la PMI qui constitue un interlocuteur privilégié, le service hospitalier sert de « mise à l'abri ». Seuls deux médecins connaissent bien le SNATED et ses missions.

Ceci montre que le 119, tout comme la CRIP dont il est le relais en dehors des horaires d'ouverture, n'est pas encore identifié comme un interlocuteur ressource possible des médecins. La méconnaissance de ce numéro est troublante compte tenu du grand soutien médiatique qu'a connu le SNATED, alors relayé par la télévision, la radio, la presse écrite et internet avec la création du site allo119.gouv.fr. De plus, depuis 1997, l'affichage de ce numéro est obligatoire dans tous les lieux recevant des mineurs. En toute logique, tous les médecins devraient donc avoir dans leur salle d'attente une affiche avec les informations concernant le SNATED ***(annexe n°4)***.

c) Partage du secret, immunité du médecin signalant

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le secret médical ne constitue pas un frein à la transmission d'une IP ou d'un signalement par les médecins interrogés. De même, le risque de poursuite judiciaire à leur encontre ne semble inquiéter aucun d'entre eux. Cependant, un seul médecin semble bien au fait de l'obligation légale de signaler un cas d'enfant en danger.

Lors de sa formation initiale et tout au long de sa carrière, il est souvent rappelé au médecin l'importance du secret médical et de son respect.

Nos résultats semblent cependant mettre en évidence le manque de connaissance précise et actualisée du contenu des textes de loi.

L'existence d'un certain flou juridique qui règne autour du signalement laissant penser qu'il n'est pas obligatoire en est peut-être à l'origine. A titre d'exemple, l'*article 44* du code de déontologie médicale établit que le médecin qui discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, doit (…) *« sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience »* alerter les autorités compétentes. Par contre, tout le monde, y compris le médecin, est concerné par l'*article 434-3* du code pénal qui établit « *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. »*

Le médecin généraliste, bien que dépositaire du secret professionnel, ne peut se soustraire à l'obligation légale et déontologique de porter secours et assistance aux personnes en danger, entre autres aux mineurs.

d) <u>Facteurs de risque et signes d'alerte</u>

Dans notre étude, les principaux facteurs de risque identifiés sont la précarité, suivie des conduites addictives puis l'environnement familial (divorce, famille recomposée).

La littérature scientifique ainsi que les données statistiques l'attestent : les auteurs de violences faites aux enfants sont quasi-exclusivement les parents (sauf en cas de maltraitance sexuelle où l'agresseur peut être extérieur à la famille). En France, il existe très peu d'études valables scientifiquement permettant une comparaison des victimes et des auteurs de mauvais traitements à la population dont ils sont issus. En revanche, l'enquête Inserm U750 a montré que les catégories socio-professionnelles des parents auteurs d'infanticides ne diffèrent pas de celles de la population générale. C'est pour le syndrome des bébés secoués qu'existe la littérature la plus affirmative quant à l'absence de rôle des facteurs socio-économiques (55).

D’autre part, la prématurité est quasiment oubliée par les médecins interrogés alors qu’elle est un facteur de risque reconnu dans la littérature internationale. L’étude *Spencer et al*, à partir d’une cohorte anglaise de naissances, montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée, pour l’enfant, d’être pris en charge par les services de protection de l’enfance, et que cette association statistique reste indépendante de l’âge de la mère et de son niveau socio-économique. C’est principalement à cause de la séparation néonatale que la prématurité peut être un facteur de risque de mauvais traitements, car elle entrave l’indispensable attachement entre le nouveau-né et ses parents (56).

Ainsi, la littérature étrangère nous apprend que les facteurs psycho-affectifs priment sur les facteurs socio-économiques et que ceux-ci n’ont le plus souvent aucun lien avec l’émergence d’un comportement maltraitant (57).

Pour la première fois en France, grâce à la cohorte de naissance « elfe » (Etude Longitudinale Française depuis l’Enfance, en place depuis avril 2011), des chercheurs vont pouvoir suivre l'histoire de plus de 18 000 enfants, de leur naissance à leurs 20 ans. Environnement, entourage familial, conditions de vie : tous les aspects de la vie de l'enfant seront explorés afin d'évaluer leur influence sur son développement physique et psychologique, sa santé et sa socialisation (58).

Concernant les signes d’alerte, tous les médecins interrogés ont conscience qu’il existe différents types de maltraitance et que celle-ci peut se manifester de façon très variée. Ils distinguent les signes d’alerte physiques, plus simples à détecter, des anomalies du comportement ou du développement.

Comme nous l’avons déjà précisé, il est parfois aisé de diagnostiquer une maltraitance quand celle-ci se présente de manière évidente et incontestable ; il est par contre beaucoup plus difficile de la détecter lorsque les signes cliniques se font plus discrets. Ainsi, les violences physiques et les négligences lourdes sont plus faciles à suspecter, ce qui n’est pas le cas des violences sexuelles et psychologiques, ces dernières étant beaucoup plus dures à déceler.

L’HAS a mis à disposition des médecins, depuis novembre 2014, des recommandations concernant le repérage de la maltraitance. Selon moi, elles sont très utiles, accessibles et devraient constituer un outil précieux d’aide aux médecins généralistes.

D.3.2.4 Perspectives de formation

Selon notre étude, la quasi-totalité des médecins interrogés est dans l'attente d'une formation sur le thème de la protection de l'enfance.

Comme le stipule la loi du 5 mars 2007, tout professionnel susceptible d'être confronté à un enfant en danger doit faire l'objet d'une formation initiale et continue. Ce n'est malheureusement pas le cas actuellement.

Une enquête conduite en 2012 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais avait lourdement sanctionné la formation actuelle sur l'enfance en danger : 80% des médecins questionnés la trouvaient insuffisante et presque autant (76% à 79%) souhaitaient une formation complémentaire sur ce thème (37).

Les médecins généralistes, qui sont incontestablement des acteurs de la protection de l'enfance, doivent et ont besoin de bénéficier de cette formation.

a) Contenu de la formation souhaitée

Pour que la formation réponde aux besoins des médecins rencontrés, elle devra répondre aux 3 objectifs suivants :

- savoir repérer les situations d'enfant en danger,
- connaître les circuits d'alerte et les personnes ressources,
- connaître le cadre législatif et réglementaire.

Ces attentes sont justifiées étant donné la gravité et la complexité de la maltraitance infantile, souvent considérée à tort comme un phénomène marginal.

Le repérage clinique est une fonction inhérente au métier de médecin généraliste. Dans le cadre de la protection de l'enfance, le repérage doit intégrer les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle de chaque situation familiale. Le fait que la maltraitance infantile puisse concerner toutes les tranches d'âge – et toucher le nouveau-né comme l'adolescent – complique davantage le repérage. La précocité est cependant l'une des caractéristiques de la maltraitance, qui la rend encore plus difficile à déceler, car comme l'a précisé M1 sur le petit enfant, *« il n'exprime rien »*.

Avant l'âge de trois ans, c'est-à-dire avant l'apparition du langage, il est vrai que le jeune enfant ne peut pas mettre de mots sur ce qu'il subit. Par contre, il est capable

de communiquer par le biais d'autres moyens d'expression. Ainsi, l'échelle d'Alarme Détresse BéBé (ADBB) se fonde sur l'observation de ces moyens d'expression ***(annexe n°5)***. Il s'agit d'une échelle d'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant, élément d'alarme essentiel pour le médecin en consultation. Elle a été mise au point par Antoine Guedeney, pédopsychiatre, avec l'aide de la PMI et de l'Institut de Puériculture de Paris entre 1992 et 2000. Cette échelle n'est pas un outil de diagnostic médical mais un support d'aide à l'observation du nourrisson dans une situation donnée. Son utilisation nécessite un entraînement et donc une formation.

Pour être complète, la formation devra donc apporter pour chaque forme de maltraitance (violences physiques, sexuelles, psychologiques et négligences lourdes), les signes évocateurs à rechercher chez le nourrisson, l'enfant d'âge scolaire et l'adolescent. Tel est le souhait des médecins rencontrés, *« ça doit partir dans tous les sens, ça doit pas que balayer la maltraitance physique et point barre »* (M9), car « *tout ce qui cutané on y pense »* (M2).

Le second objectif est tout aussi compréhensible. Après avoir rassemblé de multiples éléments pour arriver à un diagnostic (ou une hypothèse), le médecin généraliste doit définir sa conduite à tenir. Dans le cas d'un enfant en danger, il s'agit d'alerter les autorités compétentes et de s'entourer du réseau de professionnels concernés. Tout comme le médecin oriente son patient asthmatique chez le pneumologue, il doit connaître les procédures de prises en charge de l'enfant en danger.

Les médecins interrogés ont besoin de données concrètes, ils veulent « *des infos précises, qui contacter et comment le faire»* (M8).

Le troisième objectif est lui aussi prévisible. Toute profession est encadrée par une réglementation, tout particulièrement les professions de santé. Pour le bien des patients comme du médecin, il est essentiel de connaître et de respecter ces règles.

b) <u>Méthode de la formation souhaitée</u>

La grande majorité des médecins interrogés est dans l'attente d'une formation présentielle, sous forme d'un séminaire de un à deux jours, pour pouvoir balayer l'ensemble du sujet. L'idéal pour eux serait de pouvoir échanger sur leurs pratiques, de s'interroger, puis de combler leurs lacunes avec l'aide d'experts.

Il est vrai que les formations individuelles, telles que le e-learning, ne permettent pas l'échange d'expériences et de pratiques. La protection de l'enfance est un thème très vaste et complexe, qui touche différents domaines : médical, social, judiciaire. Il me semble compliqué de construire une formation par internet sur ce thème sans en sacrifier certains aspects. Comme l'a très bien résumé M3, « *sauf quand c'est très, très précis, où vous voulez voir un truc sur la thyroïde, vous allez bon voilà, sur internet »,* sinon le e-learning ne semble pas assez constructif pour répondre aux besoins des médecins interrogés.

Pour ce qui est de la méthode pédagogique, la méthode active ou expérientielle fondée sur l'analyse de situations réelles correspond aux souhaits des médecins interrogés. En effet, comme l'a exprimé M2, les médecins ne veulent *« pas de cours théoriques en fait, le listing, ça sert à rien (…) il faut que ce soit du pratique »*.

Ceci n'est pas surprenant au vu des chiffres mentionnés au paragraphe C.4. Les méthodes affirmatives telles que les cours magistraux ou les conférences sont de moins en moins appréciées des médecins généralistes.

Les médecins interrogés espèrent rencontrer les acteurs de la protection de l'enfance, à savoir, au minimum, un expert du domaine médical (médecin / infirmière de PMI), du domaine socio-administratif (assistante sociale, inspecteur ASE, CRIP), et un représentant de l'autorité judiciaire (procureur de la République, juge des enfants).

Ces choix sont tout à fait compréhensibles car ils permettent de représenter chaque branche des métiers concernés par la protection de l'enfance. De plus, pour qu'une formation présentielle entre professionnels de santé puisse correspondre à une méthode de DPC, elle doit nécessairement comporter un temps de transfert des connaissances / compétences, ce qui suppose de faire intervenir les experts concernés par le thème de formation (59).

c) <u>Fiche mémo</u>

L'ensemble des médecins interrogés est très intéressé par l'élaboration d'une fiche mémo qu'ils garderaient à portée de main au cabinet. Ils souhaitent y voir figurer, au minimum, la liste des personnes ressources avec leurs coordonnées, ainsi que la procédure à suivre en fonction de la situation.

Cet intérêt pour une fiche mémo est tout à fait sensé. En effet, si l'utilité des « pense-bêtes » n'est plus à démontrer, l'intérêt d'une fiche mémo sur ce thème est de concentrer des informations touchant différents domaines.

Si de nos jours il existe une information disponible, on peut se demander si elle est suffisante et surtout si elle atteint sa cible.

Par exemple, le Département de Seine-Maritime a édité en 2014 une brochure intitulée *« l'essentiel de l'alerte en protection de l'enfance »*. J'en ai reçu un exemplaire lors de mon stage en PMI. Cette brochure, très synthétique, est composée de trois parties :

1. Quand alerter ? Description brève et générale de ce qu'est une situation de danger pour l'enfant.
2. Qui alerter ? Coordonnées des personnes à contacter en cas de péril imminent (forces de l'ordre), d'une gravité extrême (procureur de la République), ou de toute autre situation (CRIP ou 119).
3. Comment alerter ? Modèle type d'une IP.

D'après les échanges que j'ai eu avec les 11 médecins rencontrés, j'en déduis aisément qu'ils n'ont jamais eu connaissance de cette brochure. Il serait justifié de s'interroger sur la méthode de diffusion d'un tel document.

Par ailleurs, y figurent les adresses des TGI et de la CRIP mais uniquement le numéro de téléphone de la CRIP. Je pense que le numéro du procureur, des UMJ et des Centre Médico-Sociaux (CMS) du département sont des informations nécessaires.

Enfin, la distinction entre IP et signalement n'est pas clairement indiquée. Je pense qu'un logigramme est le support le mieux adapté car il est riche d'informations tout en étant didactique et synthétique.

D.3.2.5 La place du médecin généraliste

Presque tous les médecins interrogés s'accordent à penser que leur place au sein de la protection de l'enfance est essentielle, *« comme tous les médecins de premier recours »* (M6), d'autant plus qu'en tant que *« médecin de famille, on est garant de la bonne santé de la famille »* (M11).

Ce rôle central du médecin généraliste est inhérent à sa profession. Etant en contact régulier avec les enfants dès leur plus jeune âge, le médecin généraliste est en

première ligne pour détecter les cas d'enfant en danger et alerter les autorités compétentes. En plus de ce suivi précoce et prolongé, le généraliste prend en charge ses patients dans leur globalité (habitudes, hygiène de vie, antécédents, liens familiaux…), ce qui permet une vision générale étendue et complète. Souvent choisi pour être le médecin traitant (de toute la famille), il connaît bien ses patients et leur environnement.

De cette relation privilégiée construite dans le temps, naissent des liens de proximité et de confiance entre le médecin et la famille. Cela peut parfois être source de barrières psychologiques chez le médecin, pour qui il sera difficile d'envisager la maltraitance.

Sa place de médecin traitant lui confie également le rôle de coordinateur avec ses confrères spécialistes. Comme le dit si bien M1 en reprenant un proverbe africain, *« il faut tout un village pour élever un enfant »*. Ceci suppose un réseau de professionnels solide avec une facilité de communication et une collaboration efficace.

Malheureusement, notre étude ainsi que d'autres thèses déjà citées (7,38), déplorent parfois le non-retour d'information après une alerte venant du médecin généraliste. Celui-ci se sent alors exclu de la prise en charge de l'enfant en danger, qui découle pourtant de sa propre initiative.

Cela n'est pas logique car le médecin à l'origine de l'alerte continue parfois de suivre l'enfant et le reste de la famille, il a donc besoin de ces informations.

D'autre part, ce manque de lien entre les autorités socio-administratives et / ou judiciaires et le médecin généraliste empêche ce dernier d'avoir un retour réflexif sur sa propre pratique, ce qui constitue un frein à sa formation continue et donc un impact direct sur sa pratique ultérieure.

D.4 Conclusion

Avant que l'enfant soit scolarisé, seul le médecin est amené à le voir régulièrement, ce qui en fait un maillon particulièrement important de la protection de l'enfance.

Cette étude met en évidence la réelle volonté des médecins généralistes à s'impliquer d'avantage dans la prise en charge des enfants en danger. Pour cela, ils expriment le besoin d'améliorer et d'actualiser leurs connaissances sur le sujet.

En effet, malgré une prise de conscience nationale de l'ampleur du problème, les médecins généralistes manquent encore cruellement de formation sur la clinique de la violence et sur les modalités de fonctionnement du système de protection de l'enfance.

Les médecins généralistes rencontrés s'accordent à penser qu'une formation dédiée à la protection de l'enfance leur est nécessaire pour combler leurs lacunes. Cette formation devra répondre à plusieurs critères pour satisfaire les médecins :

- être présentielle,
- durer au moins une journée,
- être fondée sur l'échange et l'analyse des pratiques,
- mettre l'accent sur le repérage, les circuits d'alerte et la législation,
- être animée par des experts de la protection de l'enfance.

Notre étude a très probablement soulevé des interrogations auprès des médecins rencontrés car plusieurs GQ ont déjà consacré une réunion à ce thème. L'un de ces GQ était animé par le Dr FAGOT-GRIFFIN, médecin de PMI. Afin de respecter la méthode DPC, nous avons choisi de compléter cette activité d'analyse des pratiques par une activité d'acquisition des connaissances. Ainsi, une soirée « Quoi de Neuf en pédiatrie » a été organisée par l'AHFMC le 17 novembre 2016, durant laquelle une conférence a été entièrement dédiée à la protection de l'enfance.

Enfin, pour répondre aux demandes des médecins interrogés, une brochure d'information a été élaborée ***(annexe n°6)***. Celle-ci s'inscrit dans la continuité des recommandations HAS de 2014, en incluant les modifications législatives de 2016, et constitue un support d'aide au repérage et à la prise en charge d'un enfant en danger.

Si la formation est nécessaire à l'amélioration des pratiques des médecins généralistes, elle doit s'accompagner d'une collaboration efficace entre les différents acteurs de la protection de l'enfance. Ainsi, il est primordial de développer un réseau entre médecins généralistes, PMI et Département, et de faciliter les échanges avec l'administration judiciaire.

E. BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES

1. ONPE. Estimation de la population des enfants et des jeunes pris en charge en protection de l'enfance au 31/12/2014 [Internet]. 2016 [cité 17 nov 2016]. Disponible sur http://oned.gouv.fr/system/files/publication/20160927_note_estimation2014_ok.pdf

2. Ordre National des Médecins. La maltraitance : du phénomène de société au drame de santé publique [Internet]. 2002 [cité 28 oct 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/maltraitance.pdf

3. ODPE 76. Rapport d'observation 2015 de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance [Internet]. 2016 [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.seinemaritime.fr/docs/rapport-dobservation-2015-de-lodpe-aout-2016-vf.pdf

4. Kouto A. L'enfance en danger : repérage et prise en charge par les médecins généralistes: enquête auprès de 83 médecins généralistes de la Vienne [Thèse d'exercice MG]. Poitiers; 2011.

5. Beuchot V. Maltraitance de l'enfant: difficultés des médecins généralistes biterrois dans la prise en charge ; enquête qualitative [Thèse d'exercice MG]. Montpellier; 2011.

6. Auvity J. Médecine générale et enfance en danger: enquête auprès de 23 médecins généralistes de Meurthe et Moselle [Thèse d'exercice MG]. Nancy; 2012.

7. Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007: enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice MG]. Rennes; 2013.

8. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale [Thèse d'exercice MG]. Paris; 1982.

9. Favez C. Le médecin généraliste et la protection de l'enfant en danger: état des lieux dans le Nord-Cotentin : guide pratique à l'intention des médecins généralistes [Thèse d'exercice MG]. Caen; 2013.

10. Dubreucq E. Signalement des suspicions de maltraitances envers les mineurs par les médecins généralistes [Thèse d'exercice MG]. Paris; 2014.

11. Ginoyer H. Enfance en danger : les obstacles au dépistage et au signalement de la maltraitance infantile par les médecins généralistes [Thèse d'exercice MG]. Aix-Marseille; 2015.

12. OMS, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève; 2002 [cité 27 oct 2016]. 376 p. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf

13. ONU. Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant [Internet]. 1989 [cité 16 sept 2016].
Disponible sur: http://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf

14. ODAS. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique [Internet]. 2001 [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf

15. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007-293 mars 5, 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

16. ODAS [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://odas.net/

17. Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.oned.gouv.fr/

18. LOI n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance [Internet]. 2004-1 janv 2, 2004.
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

19. ONPE. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement [Internet]. 2016 [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: http://oned.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf

20. Chaïeb S, Frantin C, Lejbowicz T. Enquête nationale Informations Préoccupantes [Internet]. 2011 [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://oned.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf

21. 119 [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.allo119.gouv.fr/

22. Schéma départemental en faveur de l'Enfance et de la Famille du département de Seine-Maritime [Internet]. 2011 [cité 27 oct 2016].
Disponible sur: http://www.seinemaritime.fr/docs/schema-enfance-famille-2.pdf

23. L'IDEFHI aujourd'hui [Internet]. [cité 28 oct 2016].
Disponible sur: http://www.idefhi.fr/

24. Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.reforme-enfance.fr/documents/guideintervention.pdf

25. L'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.reforme-enfance.fr/documents/guideaccueil.pdf

26. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé [Internet]. 2015-1402 nov 5, 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

27. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016-297 mars 14, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

28. La Cellule départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. 2011 [cité 27 oct 2016].
Disponible sur: http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf

29. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale [Internet]. 2010 [cité 27 oct 2016].
Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/02/cir_32456.pdf

30. CHU de Rouen [Internet]. [cité 27 oct 2016].
Disponible sur: http://www3.chu-rouen.fr/internet

31. Léty S. L'Unité Médico-Judiciaire du Havre. Bilan à 4 ans de fonctionnement [Thèse d'exercice MG]. Rouen; 2012.

32. Justice / Métiers et concours [Internet]. [cité 27 oct 2016].
Disponible sur: http://www.metiers.justice.gouv.fr/

33. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

34. Tursz A. Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants [Internet]. 2013 [cité 9 sept 2016].
Disponible sur: http://www.cnape.fr/files/news/1435.pdf

35. Tursz A. Extrait de l'ouvrage d'Anne Tursz, Les Oubliés. In: Les Oubliés. 2010. p. 290‑1.

36. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes [Thèse d'exercice MG]. Grenoble; 2012.

37. Mazet C, Pat Y. Le médecin généraliste face à l'enfance en danger: enquête dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais [Thèse d'exercice MG]. Lille; 2012.

38. Fogel S. Capacité du médecin généraliste à dépister une maltraitance infantile [Thèse d'exercice MG]. Paris; 2013.

39. Gréco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale: bases pour améliorer la formation [Thèse d'exercice MG]. Paris; 2013.

40. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

41. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

42. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

43. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 59 [Internet]. 2009-879 juillet, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 114 [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016.
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

45. ANDPC | Agence Nationale du Développement Professionnel Continu [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/

46. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé [Internet]. 2016-942 juillet, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr

47. HAS. Méthodes et modalités de DPC [Internet]. 2012 [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

48. Coordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du DPC: réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins [Thèse d'exercice MG]. Strasbourg; 2011.

49. Philibert A-C. Les groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle de Développement Professionnel Continu en médecine générale [Thèse d'exercice MG]. Grenoble; 2012.

50. Charieras A. Bilan de l'annee 2013, première année de Développement Professionnel Continu en médecine générale : enquête observationnelle, par questionnaire, auprès de 614 médecins généralistes de Dordogne et de Lot-et-Garonne [Thèse d'exercice MG]. Bordeaux; 2015.

51. Près de 60 000 inscriptions de médecins pour un programme de DPC l'an passé [Internet]. Le Généraliste. [cité 9 sept 2016].
Disponible sur: http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2016/02/23/pres-de-60-000-inscriptions-de-medecins-pour-un-programme-de-dpc-lan-passe_289411

52. AHFMC. AHFMC | Association Havraise de Formation Médicale Continue [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: http://www.ahfmc.fr/

53. Evolutis DPC [Internet]. [cité 27 oct 2016].
Disponible sur: http://www.evolutisdpc.fr/

54. Groupes Qualité Haute-Normandie [Internet]. [cité 9 sept 2016]. Disponible sur: https://sites.google.com/site/groupesqualitehn/les-groupes-en-haute-normandie

55. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Seuil. Paris; 2010.

56. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. J Epidemiol Community Health. avr 2006;60(4):337‑40.

57. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Quest Santé Publique [Internet]. sept 2011 [cité 27 oct 2016];(14). Disponible sur: http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/110826112024_qspn-14-maltraitance.pdf

58. Etude Elfe: comment grandissent nos enfants? [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/

59. HAS. DPC -Fiche méthode- Formation présentielle [Internet]. 2014 [cité 28 oct 2016].
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/formation_presentielle_fiche_technique_2013_01_31.pdf

F. ANNEXES

Annexe n°1 : Protocole de l'alerte et du signalement, Seine-Maritime



Protocole départemental
de l'alerte et du signalement en protection de l'enfance

Préambule

La loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance dispose que :

«Le président du conseil général 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. Le représentant de l'État et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours.
Des protocoles sont établis à cette fin entre le président du conseil général, le représentant de l'État dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.
Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.
Les services publics, ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, participent au dispositif départemental. Le président du conseil général peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance. » (Art L.226-3 alinéas 1 à 4 du CASF).

Par ce protocole les partenaires s'accordent sur le rôle pivot confié au Président du Conseil Général et s'engagent à respecter le cadre et les procédures qui y sont définis.
En le portant à la connaissance des personnels de leurs institutions ils concourent à améliorer la nécessaire coordination des acteurs du champ de la protection de l'enfance.

En aucun cas les dispositions de ce protocole ne doivent faire obstacle à un traitement adapté et réactif des informations préoccupantes et signalements concernant un mineur dont la protection doit être prise en compte prioritairement.

1

Article 1 – Définitions

1.1 Information préoccupante :

L'information préoccupante est une information transmise pour alerter le Président du Conseil Général sur l'existence d'un danger ou d'un risque de danger pour un mineur bénéficiant ou non d'un accompagnement lorsque :

- la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur sont considérées être en danger ou en risque de danger,
- ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.

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

1.2 Signalement :

Terme réservé à la transmission au procureur de la République d'une information préoccupante appelant une réponse judiciaire.

1.3 Évaluation :

Démarche méthodique, pluri-professionnelle, de recueil et d'analyse de données relatives à la situation d'un enfant et permettant d'apprécier :

- la réalité, la nature et le degré du risque ou du danger encouru par l'enfant ;
- son état au regard des besoins essentiels à son développement physique, affectif, intellectuel et social, ainsi qu'à la préservation de sa santé, sa sécurité et sa moralité ;
- le niveau de conscience des parents concernant les difficultés rencontrées par leur enfant ;
- les compétences et potentialités des parents à se mobiliser ainsi que les aides auxquelles la famille peut faire appel dans son environnement ;
- le niveau d'adhésion des parents à un projet d'aide.

L'évaluation, outil d'aide à la décision, comporte, le cas échéant, une ou des propositions d'interventions adaptées à la situation de l'enfant et de celle de ses parents.

1.4 L'urgence : découle de la nécessité de soustraire l'enfant en danger de son environnement pour sa protection.
Est considérée comme relevant d'un accueil d'urgence une situation dans laquelle le service de l'Aide sociale à l'enfance doit assurer, sans délai, l'hébergement d'un mineur ou d'une mère isolée avec ses enfants de moins de trois ans ayant besoin d'un soutien matériel et psychologique.

Article 2 – Répartition des compétences

2.1 La protection administrative ou judiciaire de l'enfance en danger intervient selon les mêmes critères, c'est-à-dire « quand la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou risquent de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. »

2.2 La protection administrative est mise en œuvre prioritairement, avec l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, que le mineur soit en danger ou en risque de l'être.

2.3 La protection judiciaire est sollicitée lorsqu'un mineur est en danger ou en risque de l'être et :

- qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs mesures administratives de protection et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation.

- qu'il n'a jamais fait l'objet de l'une de ces mesures mais que celles-ci ne peuvent être mises en place en raison :

  - du refus de la famille ou de l'un des parents d'accepter l'intervention administrative ;
  - de l'impossibilité dans laquelle la famille se trouve de collaborer à l'intervention administrative ;
  - de l'impossibilité d'évaluer la situation : dans cette hypothèse il conviendra de préciser les circonstances qui ont fait obstacle à cette évaluation.

2.4 Les informations préoccupantes susceptibles de recueillir une qualification pénale sont obligatoirement transmises sans délai à l'autorité judiciaire.

Article 3 - Traitement et évaluation des informations préoccupantes

3.1 Les informations préoccupantes qui émanent des services médico-sociaux du département sont traitées par les cadres territoriaux des services du département chargés de la protection de l'enfance.

3.2 Pour le Département de Seine-Maritime la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes est dénommée « Cellule Enfance en Danger » (CED). Elle relève du service de l'Aide sociale à l'enfance. Elle est responsable du recueil centralisé des informations préoccupantes ne provenant pas des services du Département et apporte son appui technique aux acteurs sociaux, éducatifs et de santé qui peuvent la solliciter. Elle répond également aux demandes de conseil ou d'information des particuliers.

La CED dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Elle est joignable, du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00, par :

- téléphone : 02.35.03.51.15
- fax : 02.35.03.51.00
- courrier électronique : cellule-enfance-en-danger@cg76.fr
- courrier postal :

  Hôtel du Département
  Direction ASE/PMI
  Cellule Enfance en Danger
  Quai Jean Moulin – BP 3049
  76041 ROUEN Cedex 1

3.3 Lorsqu'ils ont à connaître la situation d'un mineur en danger ou en risque de l'être les établissements hospitaliers, scolaires ou éducatifs, les associations, les services autres que ceux du Département, les médecins et autres professionnels de santé ainsi que les personnes privées transmettent ces informations préoccupantes à la CED.

3.4 L'auteur de l'information préoccupante doit expressément mentionner si les détenteurs de l'autorité parentale sont informés de cette transmission. En cas d'intérêt contraire de l'enfant il justifiera de l'absence d'information des détenteurs de l'autorité parentale.

3.5 En dehors des heures d'ouverture de la CED et en cas d'urgence l'Inspecteur Chargé de la Protection de l'Enfance (ICPE) d'astreinte au service de l'Aide sociale à l'enfance recueille et assure le traitement de l'information préoccupante (N° d'appel : 02.35.03.52.85).

3.6 A la réception d'une information préoccupante la CED apprécie l'urgence et détermine le destinataire le mieux à même de traiter la situation.
Elle effectue un travail de vérification, procède à une évaluation de premier niveau et, si nécessaire, recueille des informations complémentaires.

3.7 La CED accuse réception des informations préoccupantes :

- aux partenaires extérieurs en leur indiquant l'orientation donnée à leur transmission ;
- aux particuliers sur leur demande.

3.8 La CED peut :

- transmettre pour suite à donner au cadre territorial chargé de la protection de l'enfance (Responsable Prévention Enfance ou Inspecteur Chargé de la Protection de l'Enfance) ;
- signaler sans délai au procureur de la République si la situation l'exige compte tenu de l'urgence et/ou de l'extrême gravité de la situation ;
- signaler au procureur de la République les situations de mineurs victimes de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale et pour lesquels n'est pas envisagée une mesure de protection à court ou moyen terme ;
- diffuser si nécessaire l'information préoccupante plus largement vers des correspondants ciblés : ensemble des UTAS, autres départements, hôpitaux, maternités, etc.

3.9 Au terme de l'évaluation le cadre territorial des services du département chargé de la protection de l'enfance informe les auteurs de l'information préoccupante, recueillie dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle ou d'un mandat électif, des suites qui lui a été donnée.
Sur leur demande il indique aux particuliers à l'origine d'une information préoccupante si une suite y a été donnée.

Article 4 – Articulation Département / Autorités judiciaires

Soit-transmis du Parquet

4.1 Les soit-transmis du Parquet sont directement adressés à la CED. Y est joint l'ensemble des pièces et informations permettant un traitement et une intervention efficients des services médico-sociaux du Département.

4.2 La CED transmet au Parquet un état mensuel des soit-transmis précisant l'orientation qui leur a été donnée.

4.3 Les soit-transmis ayant fait l'objet d'une évaluation médico-sociale ne concluant pas à la nécessité d'un signalement sont retournés par la CED au Parquet émetteur avec la mention des réponses apportées dans le cadre de la protection administrative.
Lorsque l'évaluation conclut à la nécessité d'un signalement, celui-ci est transmis au Parquet par l'ICPE, cette orientation faisant l'objet d'une information à la CED.
Les pièces de la procédure judiciaire accompagnent ces retours de soit-transmis.

4.4 Sur demande précise du Parquet la CED ou l'ICPE lui retournent dans les meilleurs délais les informations dont disposent les services du Département.

Signalements des services du Département

4.5 L'ICPE transmet au Parquet les signalements, notamment ceux élaborés à partir des évaluations des services médico-sociaux du Département, et l'informe des actions déjà menées dans le cadre administratif.

4.6 La CED peut adresser au Parquet les signalements concernant des mineurs victimes de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale et pour lesquels n'est pas envisagée une mesure de protection à court ou moyen terme.
La CED retransmet une copie du signalement à l'attention du cadre territorial chargé de la protection de l'enfance afin qu'une suite éventuelle puisse être donnée en coordination avec l'autorité judiciaire.

4.7 L'ICPE ou la CED informe par écrit les parents ou le représentant légal du ou des mineurs du signalement, dans la limite de la préservation de la sécurité des personnes concernées et des nécessités du bon déroulement de l'action judiciaire.

4.8 Le Parquet informe dans les meilleurs délais, par retour de la fiche navette Parquet/ASE, la CED ou l'ICPE des suites apportées aux signalements qui lui sont communiqués.

Autres signalements

4.9 Le Parquet retransmet à la CED les informations et les décisions relatives aux mineurs ayant fait l'objet d'un signalement direct en y joignant tous les éléments nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée par la loi au Président du Conseil Général.

4.10 S'ils sont amenés à signaler directement, en cas d'extrême gravité, une situation au procureur de la République, les services publics et les établissements publics ou privés participant à la protection de l'enfance adressent, pour information, une copie de cet envoi à la CED.
La mention explicite de cette double transmission doit être indiquée.

4.11 Lorsque l'information préoccupante recueillie est la copie d'un signalement, la CED peut adresser au Parquet les informations utiles qu'elle détient sur la situation familiale et prend, sauf intérêt contraire de l'enfant ou risque de gêne pour l'action de la justice, toute initiative relevant de la mission de protection de l'enfance confiée au Président du Conseil Général, en coordination avec le procureur de la République.

Article 5 – Évaluation et révision

5.1 Les cosignataires du protocole s'engagent à participer à l'évaluation du dispositif de l'alerte et du signalement en protection de l'enfance organisée par le Président du Conseil Général.
La révision des modalités du présent protocole interviendra à l'échéance de la période d'application du schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2011-2015.

Le Préfet de la Région Haute Normandie
et du Département de Seine Maritime

Pierre-Henry MACCIONI

Le Président du Département
de Seine Maritime

Didier MARIE

Le Procureur de la République
de ROUEN

Michel SENTHILLE

Le Procureur de la République
du HAVRE

Francis NACHBAR

Le Procureur de la République
de DIEPPE

Valérie CADIGNAN

Le Directeur Territorial de la Protection Judiciaire
de la Jeunesse de Haute-Normandie

Jean-Marc VERMILLARD

Le Directeur Académique des Services
de l'Education Nationale de Seine-Maritime

Philippe CARRIERE

Le Président du Conseil Départemental de l'Ordre
des Médecins de Seine-Maritime

Jean-Luc MAUPAS

Fait en 8 exemplaires, le 0 8 MARS 2013

Annexe n°2 : Création de l'ANDPC qui succède à l'OGDPC

Le 12 juillet 2016

Communiqué de Presse

Création de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu

Le décret relatif au développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé a été publié au Journal Officiel par le Ministre des affaires sociales et de la santé le 10 juillet 2016, posant les bases d'une réforme en profondeur du développement professionnel continu et créant l'Agence nationale du DPC.

Une nouvelle structure engagée pour un DPC de qualité

L'Agence nationale du DPC succède à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).

Outre la gestion du DPC des professionnels libéraux et des centres de santé, l'Agence a vocation à assurer le pilotage scientifique et pédagogique du dispositif de DPC, enjeux, orientations et objectifs, à en mesurer l'impact et à garantir la qualité de l'offre.

Elle s'appuiera dans l'exercice de ses missions sur des instances largement représentatives des parties prenantes du dispositif : Haut conseil du DPC instance d'orientation représentant l'ensemble des acteurs du système, commissions scientifiques indépendantes, acteurs clefs de l'évaluation des actions de DPC, conseil de gestion et sections professionnelles pour la gestion du DPC des libéraux et des professionnels des centres de santé.

Elle s'appuiera sur les travaux des Conseils nationaux professionnels (CNP) en matière d'orientations et de parcours de DPC.

Elle bénéficiera enfin de l'appui d'un comité d'éthique composé de personnalités indépendantes en charge des travaux et réflexions destinées à prévenir et gérer les potentiels conflits d'intérêt.

C'est tout un réseau d'experts, professionnels de santé reconnus, qui sera ainsi mobilisé pour collaborer à ses travaux.

L'OGDPC, contacts et demandes d'information

L'Agence vous donne rendez-vous

- sur son nouveau site internet **www.agencedpc.fr**, en lien avec le site dédié aux professionnels de santé www.mondpc.fr et les accès sécurisés déjà existants pour les organismes de DPC et les membres de ses instances.
- à l'adresse communication@agencedpc.fr pour toute demande d'information.

Retrouvez toutes les actualités de l'Agence nationale du DPC sur notre compte Twitter officiel : @AgenceDPC

Agence nationale du DPC - Communication
93 av. de Fontainebleau - 94 276 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. : 01 48 76 18 05 - Fax : 01 46 71 24 86
www.agencedpc.fr www.mondpc.fr

Annexe n°3 : Guide d'entretien

Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des MG ?

Je vais commencer par me présenter : je m'appelle Céline Azrak, je suis en 5ème semestre de médecine générale et je fais une thèse sur la protection de l'enfance.

Ce travail a pour objectif de déterminer quels sont les besoins de formation des MG libéraux, afin de permettre la mise en place, par la suite, d'une formation dont la forme et le contenu répondraient aux souhaits des MG.

EXPERIENCE DU MG	**Quelle est votre expérience professionnelle en protection de l'enfance ?**	**- Avez-vous déjà été confronté à la PE ?** **- Dans quelles circonstances ?** nombre de cas nombre de signalement s
	Avez-vous la sensation d'avoir de l'expérience dans ce domaine ?	**- Vous sentez-vous compétent pour déceler un cas de PE ?** **- Vous sentez-vous compétent pour signaler un cas de PE ?**

FORMATION DU MG	**Quelle a été votre formation sur la PE et qu'en avez-vous retenu ?**	**- Formation médicale initiale ?** - Forme ? Contenu ? **- Formation médicale continue ?** - Articles de presse / conseil de l'ordre
	Estimez-vous votre formation théorique suffisante pour prendre en charge une situation de PE ?	**- Pensez-vous qu'il y aurait des points à approfondir ?** **- Repérage de la maltraitance** **- Prise en charge** **- Cadre législatif / responsabilité du MG** **- Gestion du secret** **- Conséquences du signalement**

CONNAISSANCES DU MG	**Quelles sont vos connaissances sur l'organisation de la PE, sa législation, les circuits de signalement, les différents intervenants ?**	**- Connaissez-vous l'existence de la loi du 5 mars 2007 réformant la PE ?** **- A-t-elle eu un impact sur votre pratique ?** **- Savez-vous que la PE s'organise autour de 2 autorités : administrative et judiciaire ?** **- Connaissez-vous la différence entre IP et signalement ?** **- Savez-vous qu'il y a une dérogation au secret professionnel ?** **- Connaissez-vous la notion d'irresponsabilité du médecin qui signale, reprécisée dans la loi 2015 ?** **- Connaissez-vous la CRIP et ses missions ?** **- Connaissez-vous la PMI et ses missions ?** **- Connaissez-vous le 119 et ses missions ?**
	Quelles sont vos connaissances cliniques sur la PE ?	**- Connaissez-vous les FDR de maltraitance ?** **- Connaissez-vous les signes cliniques de maltraitance ?**

SOUHAITS DU MG	**Seriez-vous intéressé par une formation sur la PE ?**	**- Sous quelle forme voudriez-vous qu'elle s'organise ?** Soirée FMC / séminaire Vidéo / diapo en ligne brochure **- Quels points voudriez-vous y voir abordés ?** législation circuits FDR / signes cliniques **- Quels experts voudriez-vous rencontrer ?** Médecin PMI Conseil de l'ordre Médecin légiste Procureur / juriste Assistante sociale

MIEUX CONNAÎTRE LE MG	**Caractéristiques**	**- Sexe** **- Age** **- Exercice professionnel :** Individuel / en groupe Urbain / rural / semi-rural % activité pédiatrique Nombre d'années d'exercice Activité unique / mixte
	A vos yeux, quelle est la place du MG dans la PE ?	

Annexe n°4 : Affiche du 119 (SNATED)



Annexe n°5 : Echelle Alarme Détresse BéBé

ALARME DETRESSE BEBE (ADBB) A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

0 : Pas de comportement anormal de retrait
1 : Comportement discrètement anormal
2 : Comportement nettement anormal
3 : Comportement très nettement anormal
4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage:

0 1 : 2 : 3 : 4

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel:

0 1 : 2 : 3 : 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 1 : 2 : 3 : 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité' :

0 1 : 2 : 3 : 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 1 : 2 : 3 : 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

0 1 : 2 : 3 : 4

7 RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examinateur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0 : 1 : 2 : .3 : 4 :

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen** :

0 : 1 : 2 : 3 : 4

Nom/N° : Age : Examinateur Total:

MODELE SIGNALEMENT

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 :
- adresse :
- nationalité :

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 :
« .....
.....»
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 :

Cachet du médecin

CONTACTS UTILES



Cellule Enfance en Danger (CRIP 76)
Hôtel du Département
Bâtiment F - Quai Jean Moulin
CS 56101 - 76101 ROUEN CEDEX
Tél : 02.35.03.51.15 - Fax : 02.35.03.51.00
cellule-enfance-en-danger@seinemaritime.fr
(8h30-12h30 / 13h30-17h00 5j/7 – sinon **119**)

Procureur de la République (TGI du Havre)
Palais de justice
133 boulevard de Strasbourg
BP 6 - 76083 LE HAVRE CEDEX
Tél : 02.32.92.57.00 - Fax : 02 35 43 03 00
tgi-le-havre@justice.fr
(8h15-12h / 13h15-17h 5j/7 – permanence juridique 24h/24 et 7j/7 via police-gendarmerie)

Urgences pédiatriques (Hôpital J. Monod, Groupe Hospitalier Le Havre)
02.32.73.40.50
sec.urg.ped@ch-havre.fr

Unité Médico-Judiciaire Pédiatrique (Hôpital J. Monod, Groupe Hospitalier Le Havre)
02.32.73.40.52

Centre Médico-Sociaux – Pays du Havre

CMS Gonfreville l'Orcher	02.35.47.49.04
CMS Harfleur	02.35.45.14.51
CMS Le Havre – Aplemont	02.35.47.10.01
CMS Le Havre – Bléville	02.35.46.38.64
CMS Le Havre – Bois de Bléville	02.35.46.37.59
CMS Le Havre – Caucriauville	02.35.13.02.85
CMS Le Havre – Graville	02.35.45.91.11
CMS Le Havre – Mare Rouge	02.32.85.32.80
CMS Le Havre – Mont-Gaillard	02.35.48.59.05
CMS Le Havre – Sanvic	02.35.46.52.65
CMS Le Havre – Brindeau	02.32.72.77.20
CMS Le Havre – Flaubert	02.32.74.03.58
CMS Le Havre – Lecesne	02.35.53.32.41
CMS Le Havre – Vallée	02.35.24.35.48
CMS Montivilliers	02.32.72.50.60
CMS St-Romain-de-Colbosc	02.35.20.10.90

AH FMC

ENFANCE EN DANGER : Repérage et conduite à tenir

Définitions:

Enfant en danger : enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

Enfant en risque : enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.



Messages clés:

- La maltraitante infantile est plus fréquente qu'on ne le croit,
- Elle existe dans toutes les classes sociales,
- Savoir y penser même devant des signes non spécifiques,
- Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider,
- Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale ***(art. 223-6, 434-1 et 434-3 du Code pénal)***,
- La dérogation légale au respect du secret médical met le médecin à l'abri de toute poursuite pénale pour violation du secret médical ***(art. 226-14 du Code pénal)***,
- Aucune sanction civile, pénale ou disciplinaire ne peut être infligée au médecin qui effectue un signalement selon les règles et en toute bonne foi ***(art. 226-14 du Code pénal)***,
- Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

FACTEURS DE RISQUE

Famille

- **Isolement** social et/ou familial
- **Conflits conjugaux** / familiaux
- **Pathologie psychiatrique**
- **Conduites addictives**
- Parents jeunes / déficients
- Antécédent personnel de violences subies dans l'enfance
- Difficultés socio-économiques

Période périnatale

- **Enfant prématuré** / porteur de handicap ou de malformation
- **Evènement entravant l'attachement précoce mère-enfant** (séparation néonatale, dépression du post-partum…)
- Grossesse non désirée / non investie / non suivie
- Grossesses précoces / rapprochées / multiples
- Pathologies obstétricales
- Evènement grave pendant la grossesse (décès, accident…)

Enfants et adolescents

- Enfant non désiré
- Handicap moteur
- Handicap intellectuel
- Troubles du comportement
- Troubles du développement
- Enfant « insupportable »



SIGNES D'ALERTE

Famille - Anamnèse

- Accidents domestiques répétés
- Retard de recours aux soins
- Responsabilisation de l'enfant en décalage avec son âge
- Différences affectives entre les membres de la fratrie
- Indifférence envers l'enfant / contrôle permanent de l'enfant par le regard, la parole ou les gestes
- Explication donnée incohérente avec les lésions observées / fluctuante selon la personne interrogée
- Banalisation, contestation des symptômes ou des dires de l'enfant

Période périnatale

- Pleurs inconsolables
- Retard des acquisitions psychomotrices
- Bébé en retrait ou en alerte
- Ecchymoses avant le 4 pattes

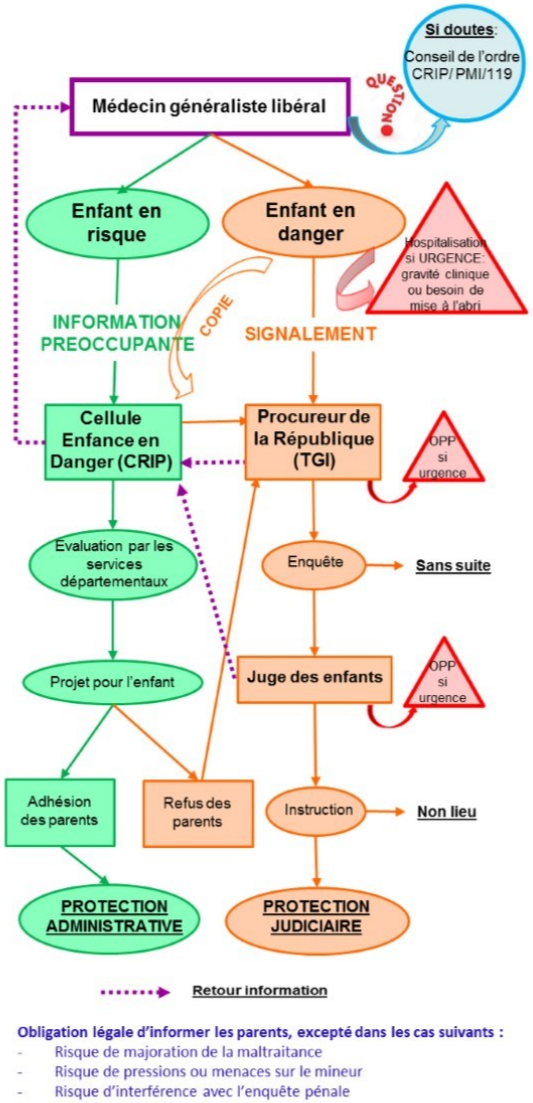
Syndrome du bébé secoué : hypotonie, convulsions, vomissements, pâleur, fontanelle bombée, trouble de la vigilance…

Enfants et adolescents

- Enfant hyperactif / replié sur lui-même
- Enfant craintif, triste
- Auto / hétéro-agressivité
- Encoprésie, énurésie
- Troubles alimentaires : inappétence, anorexie, boulimie
- Troubles du sommeil
- Plaintes somatiques récurrentes sans étiologie retrouvée
- Chute des résultats scolaires
- Manque d'hygiène
- Retard staturo-pondéral
- Préoccupations sexuelles inadaptées
- Infections urinaires / génitales répétées ou inadaptées à l'âge
- Passages à l'acte : fugue, suicide, délinquance…
- Conduites addictives
- Lésions physiques : brûlures, lacérations, griffures, fractures, morsures, hématomes, pertes de cheveux…

Syndrome de Munchaüsen

CONDUITE A TENIR



Obligation légale d'informer les parents, excepté dans les cas suivants :

- Risque de majoration de la maltraitance
- Risque de pressions ou menaces sur le mineur
- Risque d'interférence avec l'enquête pénale

Annexe n°7 : Entretiens retranscrits et v*erbatim* (DVD)

G. TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre d'enfants signalés en danger entre 1998 et 2006 (France métropolitaine)....23
Figure 2 : Evolutions des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre, de 2003 à 2014 25
Figure 3 : Nombre de départements, par taux d'évolution des IP entre 2007 et 2010 25
Figure 4 : Raisons invoquées par les responsables de CRIP pour expliquer l'augmentation du nombre d'IP 26
Figure 5 : Répartition des principaux pourvoyeurs d'IP entre le parquet et l'Education nationale....27
Figure 6 : Répartition des dangers évoqués 28
Figure 7 : Les transmetteurs d'IP en Seine-Maritime 30
Figure 8 : Attitude du médecin généraliste face à une suspicion de maltraitance 49
Figure 9 : Pour aider les médecins à signaler....50
Figure 10 : Evolution de la FMC 52
Figure 11 : La roue de Deming ; illustration de la démarche qualité 54
Figure 12 : Importance relative des différentes formations 57
Figure 13 : Répartition par type de FMC (NPR = n'a pas répondu) 59
Figure 14 : Répartition par type de structure (NPR = n'a pas répondu) 59
Figure 15 : Répartition géographique des médecins interviewés....65

H. TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du nombre des dangers repérés entre 1998 et 2006 23
Tableau 2 : Evolution du nombre d'enfants signalés par classe d'âge entre 2005 et 2006 (France métropolitaine) 23
Tableau 3 : Catégories des usagers du SNATED pour l'année 2014 27
Tableau 4 : Répartition géographique des IP 29
Tableau 5 : Taux d'IP par commune 29
Tableau 6 : Freins à la rédaction d'un écrit 50
Tableau 7 : Méthodes de DPC (47) 56
Tableau 8 : Participation à des activités de FMC 58
Tableau 9 : Caractéristiques des médecins interviewés 66

RESUME

Introduction : La protection de l'enfance en France concerne près de 300 000 mineurs. Alors que les médecins généralistes sont en première ligne pour repérer et signaler un cas de maltraitance, on constate qu'ils sont parmi les derniers transmetteurs d'écrits. Les médecins rencontrent de nombreuses difficultés dans le dépistage et la prise en charge de ces situations de danger. Ces difficultés constituent un réel obstacle et sont source d'une importante sous-estimation du nombre d'enfants en danger. Nombreux sont les médecins généralistes qui estiment leur formation insuffisante et expriment le désir de se former.

L'objectif de ce travail est de comprendre la nature des besoins de formation des médecins généralistes, ainsi que leurs attentes précises quant aux moyens d'y répondre.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes installés au Havre. Cette étude s'est déroulée entre septembre et octobre 2015. Une analyse thématique a ensuite été réalisée.

Résultats : Onze médecins généralistes ont été interviewés, ce qui a permis la saturation des données. Les médecins interrogés avaient de nombreuses lacunes dans le domaine de la protection de l'enfance. Dix d'entre eux étaient dans l'attente d'une formation qui devrait répondre à trois objectifs : savoir repérer les situations d'enfant en danger, connaître les circuits d'alerte et les personnes ressources, connaître le cadre législatif et réglementaire. Concernant la méthodologie, la formation devra être fondée sur l'échange et l'analyse des pratiques, par le biais d'une formation présentielle d'une durée d'un à deux jours, et être animée par des acteurs de la protection de l'enfance.

Conclusion : Cette étude souligne la volonté des médecins généralistes à s'impliquer d'avantage dans la prise en charge des enfants en danger. Pour cela, ils ont besoin d'améliorer et d'actualiser leurs connaissances à l'aide d'un séminaire dédié à la protection de l'enfance. Dans l'attente qu'une telle formation soit mise en place, et pour répondre aux demandes des médecins interrogés, une brochure d'information a été élaborée pour constituer un support d'aide au repérage et à la prise en charge d'un enfant en danger.

Mots-clés : Protection de l'enfance, médecin généraliste, formation continue, négligence envers les enfants, maltraitance infantile.