



HAL
open science

Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure : état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure

Morgane Pincaut

► To cite this version:

Morgane Pincaut. Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure: état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01760454

HAL Id: dumas-01760454

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760454>

Submitted on 6 Apr 2018

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

Année 2018

**THESE POUR LE
DOCTORAT DE MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

PINCAUT Morgane

née le 11/11/1988 à REIMS

Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2018

**Prise en charge de la maltraitance
infantile dans l'Eure : état des lieux des
connaissances et pratiques des médecins
généralistes de l'Eure.**

Président de Jury : Professeur Priscille GERARDIN

Directeur de Thèse : Docteur Marc LEVY

Membre du Jury: Professeur Gilles TOURNEL

Membre du Jury: Docteur Emmanuel HAZARD

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 (<i>détachement</i>)	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 (<i>surnombre</i>)	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	Hépatogastroentérologie
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 (<i>surmombre</i>)	HB	Néphrologie
Mr Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adulte
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
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
Mr David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhinolaryngologie
Mr Loic MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique

Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
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 (<i>détachement</i>)	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	Hépatogastroentérologie
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 (<i>surnombre</i>)	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 (<i>surnombre</i>)	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

MrThierry 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 Loic 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	
MrAbdeslam 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 DAHOT	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 GONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loic FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Marline 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 OVRARD-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 Bequerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ- Sainf 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

A la Présidente de thèse,

Madame le Professeur Priscille GERARDIN,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail . Mon passage dans votre service de pédopsychiatrie a confirmé mon intérêt pour les enfants et adolescents victimes de maltraitance et demandeurs d'aide pour affronter les étapes de vie.

Au Docteur Marc LEVY,

Merci pour tes encouragements et ta bonne humeur au travail. Merci de m'avoir donné envie de venir travailler dans ton service et de me permettre une activité mixte avec la médecine générale.

Au Professeur Gilles TOURNEL

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Recevez ici mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Emmanuel HAZARD,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

A mes parents,

merci pour votre soutien infailible durant toutes ces années . Merci de m'avoir encouragée dans toutes mes décisions, dans mes choix de vie. Merci d'avoir toujours été présent dans les moments faciles et difficiles. Merci de m'avoir apporté cette structure familiale stable et heureuse. Merci pour les parents modèles que vous êtes, le niveau va être dur à égaler. Merci d'être vous, j'espère que ce travail vous rendra fier de tous les sacrifices que vous avez faits.

A ma sœur,

merci doudou pour ton soutien. Merci pour tes conseils, ta patience et tes encouragements. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir supporté pendant les périodes d'examens. Merci d'être toujours présente, j'espère que ce travail te rendra fière.

A mes grands parents,

merci pour votre soutien et j'espère vous rendre fier.

A mes amis,**Alexia,**

on en a connu des années ensemble depuis le collège. On s'est soutenu, on a rit, on a pleuré. Ensemble, on en a passé des heures au téléphone à débriefer de nos séries télés préférées! Merci d'être toujours la même malgré la distance, d'être toujours aussi présente et d'être toujours toi. C'est grâce à ton soutien aussi que je peux soutenir ma thèse.

Lisa,

depuis notre rencontre en première année de médecine tu m'as apporté tellement de fous rires et de moments joyeux. Merci pour ton soutien infailible et pour tes précieux conseils.

Marianne,

on aurait pas parié que l'on soit devenues aussi proche depuis le lycée, c'était mal partie. Merci pour ton soutien et d'être toujours là malgré la distance qui nous sépare.

Pauline,

quelle joie quand j'ai appris que tu m'accompagnais dans cette nouvelle aventure en Normandie et à Evreux en premier stage. Merci pour ton soutien durant cet internat, sans toi cela aurait été très différent.

Marine, Audrey et Camille,

mes amies d'externat avec qui j'ai partagé les cours interminables de la faculté, les stages et les fous rires durant mes études.

Audrey, Laetitia, Béatrice et Marie caroline,

je vous ai connu lors de mon premier stage et depuis vous êtes mes piliers de Normandie.

Sans vous je pense que je n'aimerais pas autant la Normandie. Merci pour votre soutien, pour ces soirées à papoter autour d'un thé et de quelques verres. Une mention particulière à Laetitia pour tes conseils et ton soutien dans la rédaction de ma thèse et surtout pour les statistiques!

Matthias,

cela fait 4 ans que je partage ta vie. Au regret de mes parents la Normandie est ma nouvelle maison. Merci pour ton soutien chaque jour, pour ses moments de complicité et pour ces moments de rire.

Et pour finir merci à Rockychou, pour ses ronronnements durant ces heures de travail.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	22
II. RAPPELS	24
II.1 Définitions	24
II.2 Historique de la notion de maltraitance et législation	25
II.2.1 De Rome jusque fin du 20ème siècle	25
II.2.2 Loi du 5 mars 2007	27
II.2.3 Loi du 5 novembre 2015	28
II.2.4 Loi du 14 mars 2016	29
II.3 Le signalement	30
II.3.1 Le signalement judiciaire	30
<i>II.3.1.1 Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial</i>	31
<i>II.3.1.2 Accueil Educatif en Milieu Ouvert</i>	31
II.3.2 Le signalement administratif	32
<i>II.3.2.1 Accompagnement en Economie Sociale et Familiale</i>	32
<i>II.3.2.2 Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale</i>	32
<i>II.3.3.3 Action Educative à Domicile</i>	33
II.3.3 Information préoccupante et Cellule de Recueil des Informations préoccupantes	
II.4 Les différents organismes	35
II.4.1 Le Groupe d'Intérêt Public enfance en danger	35
II.4.2 Le Service National d'Accueil Téléphonique d'Enfance en Danger	36
II.4.3 Organisme National d'Enfance en Danger ou Organisme national de Protection de l'Enfance	38

II.4.4 Observation National de l'Action Sociale	39
II.5 Les facteurs de risque de maltraitance	40
II.5.1 Liés à l'enfant	40
II.5.2 Liés aux personnes maltraitantes	41
II.5.3 Les facteurs environnementaux	42
II.6 Les différents types de maltraitance	42
II.6.1 La maltraitance physique	42
<i>II.6.1.1 Les ecchymoses</i>	42
<i>II.6.1.2 Les brûlures</i>	44
<i>II.6.1.3 Les morsures</i>	45
<i>II.6.1.4 Les lésions viscérales</i>	45
<i>II.6.1.5 Les blessures de la cavité buccale</i>	46
<i>II.6.1.6 Les fractures</i>	46
II.6.2 La maltraitance psychologique	46
II.6.3 Les négligences	48
II.6.4 La maltraitance sexuelle	49
II.6.5 Le syndrome du bébé secoué	50
II.7 Les conséquences psychologique de la maltraitance	51
II.8 Quelques chiffres	52
II.8.1 Le SNATED	52
II.8.2 Les autres organismes	55
II.8.3 Le département de l'Eure et de la seine maritime	56
II.8.4 Les différents types de maltraitance	58
II.9 L'Eure	58
II.9.1 Démographie et géographie	58

II.9.2 les différentes mesures de protection	60
II.9.3 Les associations de maltraitance	61
II.9.4 L'Antenne Médico Judiciaire d'Evreux	62
II.10 Le Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions	62
III. MATERIEL ET METHODES	64
III.1 Constitution de l'échantillon	64
III.2 Présentation du questionnaire	64
III.3 Analyse statistique	65
IV. RESULTATS	66
IV.1 Les caractéristiques des médecins	66
IV.2 Le cabinet et la maltraitance	68
IV.2.1 Les arguments influencent le signalement	68
IV.2.2 Les conséquences psychologiques de la maltraitance	69
IV.2.3 Le rôle du médecin généraliste	70
IV.2.4 La salle d'attente	71
IV.2.5 L'origine ethnique des patients	72
IV.3 Le signalement et les organismes	72
IV.3.1 Les organismes d'aide à l'enfance	72
IV.3.2 La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes	75
IV.3.3 Le retour des signalements émis	75
IV.3.4 Le Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions	76
IV.3.5 L'Antenne Medico Judiciaire	77
IV.3.6 Les démarches de signalement	78

IV.3.7 Les modifications du contenu des informations concernant le signalement	78
V. DISCUSSION	81
V.1 Le médecin et la maltraitance	81
V.2 Les conséquences psychologiques de la maltraitance	83
V.3 Les organismes d'aide à l'enfance	85
V.4 Limites et avantages	86
V.5 Perspectives et proposition	87
VI.CONCLUSION	90
VII. BIBLIOGRAPHIE	91
VIII. ANNEXES	95
IX. RESUME	104

Liste des abréviations

AEMO: Assistance Educative en Milieu Ouvert
AESF: Accompagnement en Economie Sociale et Familial
TISF: Technicien(ne) d'Intervention Social et Familial
AED: Aide Educative à Domicile
IP: Informations Préoccupantes
CRIP: Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
GIP: Groupe d'Intérêt Public
SNATED: Service National d'Accueil Téléphonique d'Enfant en Danger
ONED: Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE: Observatoire National de Protection de l'Enfance
ODAS: Observatoire national De l'Action Social
AMJ: Antenne Medico Judiciaire
CASA: Centre d'Accueil Spécialisé des Agressions
OMS: Ordre des Médecins
HAS: Haute Autorité de Santé
ASE: Aide Social à l'Enfance
INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médical
NICE : National Institute for health and Care Excellence
DGESCO: Direction générale de l'Enseignement Scolaire
ADAE :Association Départementale pour l'Aide à l'Enfance
PMI: Protection Médicale Infantile
CMPP: Centre Médico Psycho Pathologique
CAC: Centre d'Accueil de Crise
PTSD: Post-traumatic stress disorder
NICHD (National Institute of Child Health and Human Development

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1	Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être.	35
Figure 2	Schéma des appels du SNATED.	38
Figure 3	Localisations suspectes des lésions cutanées.	44
Figure 4	Typographie des brûlures suspectes.	45
Figure 5	Classification de NIMKIN et KLEINMAN classant les fractures plus ou moins suspectes de maltraitance.	46
Figure 6	Schéma des appels au SNATED en 2014	53
Figure 7	Schéma des appels au SNATED en 2015	54
Figure 8	Evolution du nombre d'appels traités, d'Informations Préoccupantes et d'Aides Immédiates de 2009 à 2015.	55
Figure 9	Nombre d'aides immédiates pour 100 000 mineurs et jeunes majeurs fin 2014	57
Figure 10	Nombre d'informations préoccupantes pour 100 000 mineurs et jeunes majeurs fin 2014.	57
Figure 11	Carte territoriale d'action sociale de L'Eure.	59
Figure 12	Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur mode d'exercice.	67
Figure 13	Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur nombre d'années d'exercice.	67
Figure 14	Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur âge.	68
Figure 15	Comparaison des différents arguments influençant le signalement par les médecins généralistes	69
Figure 16	Comparaison des différentes répercussions psychologiques ou psychiatriques constatées en fonction des médecins généralistes	70
Figure 17	Comparaison des différents organismes d'aide à l'enfance connus par les médecins généralistes.	73

Figure 18	Comparaison des raisons de non sollicitation des organismes d'aide à l'enfance connus en fonction des médecins généralistes.	74
Figure 19	Comparaison des différentes raisons de ne pas adresser les enfants au CASA en fonction des médecins généralistes.	77
Tableau 1	Comparaison de l'influence du statut de médecin de famille entre les groupes de médecins ayant déjà signalés et jamais signalés.	71
Tableau 2	Comparaison de l'influence du facteur d'engagement de la responsabilité professionnelle entre les groupes de médecin ayant déjà signalés et jamais signalés.	71
Tableau 3	Comparaison de l'influence du facteur de connaître des organismes d'aide à l'enfance entre les groupes de médecins ayant déjà signalé et jamais signalé.	73
Tableau 4	Comparaison de l'influence du facteur de connaître la CRIP parmi les médecins ayant déjà fait un signalement et jamais signalés	75
Tableau 5	Comparaison de l'influence du facteur que les explications soient claires et applicables en cabinet entre le groupe ayant déjà signalé et jamais signalé.	78
Tableau 6	Récapitulatif des différents résultats statistiques.	80

I. INTRODUCTION

Depuis 1997, environ 200 médecins ont fait l'objet de poursuites pénales et/ou de sanctions disciplinaires à l'initiative des auteurs présumés des agressions. Cela crée un climat de stress pour les médecins et rend difficile la décision de faire un signalement. [1]

La protection infantile a été améliorée par la loi du 5 mars 2007 qui clarifie la notion de maltraitance infantile et introduit la notion d'enfant à risque d'être en danger. Les lois de 2015 et de 2016 étendent les procédures de signalement possible à tous les professionnels de santé et instaurent une obligation de formation dès la faculté mais abolissent la notion d'obligation de signalement.

La loi de 2015 permet le renforcement de l'immunité civile, pénale ou disciplinaire. [2]

De nombreuses associations permettent le relais des informations et l'accès au signalement à toute personne de la société ainsi qu'aux professionnels de santé. Le Service National d'Aide Téléphonique des Enfants en Danger (allo 119) montre qu'en 2015 33010 appels ont donné lieu à des Informations Préoccupantes ou à des Aides Immédiates.

Selon l'état 4001, qui comptabilise les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie, on recense en 2017 7393 viols sur mineurs. Les harcèlements sexuels et autre agression sexuelle concernent 11843 mineurs. 48 homicides commis sur des enfants de moins de 15 ans ont été recensés. Les violences, mauvais traitements et abandons d'enfants sont au nombre de 39030.

Un signalement n'aboutit pas qu'à la conséquence judiciaire ; de nombreuses aides administratives suivent la transmission d'une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes comme les Aide Educatives à Domicile, les Techniciens d'Intervention Social et Familial, les soutiens économique et familial.

Les conséquences psychologiques de la maltraitance sont peu évoquées. Elles sont pourtant nombreuses et invalidantes et montrent l'importance d'une intervention précoce. Des études montrent que des évènements de vie stressants influencent le développement neuronal et stimulent l'axe Hypothalamo Hypophysaire. Ceci entraîne une sécrétion

accentuée de glucocorticoïdes aboutissant à des risques de troubles des conduites et de troubles psychiatriques. [3]

Face au doute concernant le signalement d'un enfant en danger ou à risque d'être en danger, le médecin ne sait pas toujours vers qui se tourner. L'hôpital reste un lieu privilégié où les médecins adressent les enfants en cas de doute. La plupart des praticiens repoussent ou ne signalent pas au risque de se tromper. Des unités médico judiciaires sont disponibles dans chaque région mais souvent méconnues des médecins.

En Haute Normandie, il existe le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions à Rouen, et l'Antenne Médico Judiciaire d'Evreux.

L'Eure est divisé en quatre unités territoriales d'action social (Evreux, Vernon, Louviers, Pont-Audemer). Les 0-24 ans représentent 32.4% du total départemental. Les Aides Educatives à Domicile représentent 10% des Aides Educatives à Domicile nationales.

En 2008 dans l'Eure, on dénombre 1881 informations signalantes. Elles concernent 2195 enfants : 82.61 % sont en situation de risque de maltraitance et 17.21% sont en situation de danger immédiat.

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de l'Eure concernant la prise en charge de la maltraitance infantile.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les freins possibles au signalement et à sa transmission, la connaissance des structures aidantes au signalement, et les pistes d'amélioration envisagées par les médecins.

II. RAPPELS

II.1 Définition

Selon l'ODAS en 1994, un enfant maltraité est un enfant qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. Un enfant est considéré à risque lorsqu'il connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. Enfin, les cas d'enfants en danger regroupent l'ensemble des enfants maltraités et des enfants à risque.

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

Selon la loi du 5 mars 2007, un enfant est en danger lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur est en danger ou risque de l'être, ou lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

Selon la Haute Autorité de Santé, un enfant maltraité est un enfant victime de violences physique, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique.

Selon l'American Academy of Pediatrics, un enfant maltraité est un enfant engagé dans un processus dans lequel il (elle) n'est pas d'accord, pas conscient, pas préparé ou avec violence.

II.2 Historique de la notion de maltraitance et législation

II.2.1 De Rome jusque fin du 20^e siècle.

Dans la Rome antique les pères détenaient le pouvoir absolu (Patria Potestas) sur l'ensemble des membres de leur famille pour toute leur vie. Quand on leur a enlevé le droit de vie ou de mort, ils ont conservé le droit de choisir le type et la sévérité des punitions à leurs enfants. [4]

Dans le tout premier livre de pédiatrie Patrica PEURORUM, rédigé au début du 10^{ème} siècle, RHAZES, un médecin persan attribuait certaines hernies à des coups infligés.

Au 17^{ème} siècle, Philippe ARIES introduit la notion d'enfant fragile alors qu'il était considéré plutôt comme une valeur marchande. [4]

Au 19^{ème} siècle, Ambroise TARDIEU réalise les premiers travaux. En 1860 il publie "une étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants". C'est le premier à étudier les abus sexuels. Dans son étude médico légale sur les attentats aux mœurs, il a analysé 632 cas d'abus sexuels chez les victimes de sexe féminin dont la majorité était mineure. [5]

On crée les premières lois de protection de l'enfance en 1889. Elles répriment les abus de l'exercice de la puissance paternelle en donnant au tribunal civil le pouvoir de prononcer la déchéance des droits des parents auteurs de mauvais traitements sur leurs enfants. Des sanctions pénales contre les parents coupables de sévices ou de violences sur leurs enfants mineurs sont données. [5]

En 1880, un étudiant évoque la notion de sévices et de mauvais traitements à enfant dans l'introduction de sa thèse.

En 1889 une loi assure «la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés ». Elle en fait un recensement et introduit la déchéance des droits de la puissance paternelle :

on ne parle plus d'enfants coupables mais d'enfants victimes et on les protège pour la première fois de leurs propres parents. [5]

En 1912 : une loi instituant les tribunaux pour enfants et l'obligation d'une enquête familiale est créée. Des premiers magistrats jeunesse qui auparavant n'intervenaient que sur les faits de délinquance juvénile sont sollicités sur les cas de maltraitance. A cette période, TARDIEU étudie 321 cas d'enfants de moins de 11 ans ayant eu un inceste. [4]

En 1935, le droit de correction paternel a été abrogé. Il permettait au père de faire interner ses enfants "lorsque son autorité a été bafoué, la paix familiale compromise, ou qu'il avait de graves sujets de mécontentement".

En 1945, la notion d'irresponsabilité des enfants est affirmée et un corps de magistrats spécialisés est créé.

En 1953, le professeur SILVERMAN fait une première hypothèse de traumatologie sur les lésions multiples.

En 1955 en France, le Professeur LELONE décrit l' Hématome Sous Dural du nourrisson.

Le 22 décembre 1958, une ordonnance prévoit que des mesures d'assistance éducatives peuvent être ordonnées par la justice.

En 1965, l'école Nancéenne de pédiatrie décrit l'hypothèse de traumatisme volontaire.

En 1967, Pierre STRAUS fait une étude psychosociale sur la famille de 40 enfants hospitalisés.

En 1969 aux Etats Unis, le Professeur POLLOCK considère que les parents auteurs de sévices sur l'enfant sont des malades mentaux. Il oriente ses recherches sur les aspects psychopathologiques des parents.

Parallèlement le Dr CARNDEY, pédiatre, s'interroge sur le rôle déclenchant des facteurs environnementaux dans la violence familiale. Sont ainsi décrits le syndrome de l'enfant secoué et le syndrome de Münchhausen.

En 1976, Pierre STRAUS crée l'Association Française pour l'Information et la Recherche sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM). [5]

La loi 10 juillet 1989 précise l'articulation entre l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), et la justice. Elle précise la notion d'enfant en danger et victime de mauvais traitements. Cette loi a donné le jour au Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATED), communément appelé « Allô Enfance Maltraité ». [5]

II.2.2 Loi du 5 mars 2007 n° 2007-293

Le but de cette loi est d'évaluer la situation du mineur, de déterminer l'action de prévention de la maltraitance et d'aider les mineurs en danger. [6]

1. Elle clarifie des missions. Elle introduit la notion "d'enfant en danger ou risque de l'être", donne la priorité à la protection sociale et non judiciaire qui place le président du conseil général en chef de file. Les interventions ne reposent pas sur la notion de risque ou de danger mais sur la capacité des services départementaux à remédier à la situation de l'enfant.
2. Elle développe la prévention avec le rôle médico-social de la Protection Médicale Infantile.

Elle renforce les actions de prévention primaire en créant un entretien systématique au 4ème mois de grossesse pour le repérage d'éventuelles difficultés dans le lien enfant parents.

Un suivi à domicile ou en consultation pour les parents en post natal est instauré. La loi systématise un bilan de santé vers 3-4 ans à école. Elle crée des rendez-vous médicaux à la 9ème, 12ème et 15ème année de vie centrés sur le plan physique et psychologique (détection des souffrances psychologiques et comportements à risque).

3. Elle organise le signalement et l'intervention en créant la Cellule de Recueil d'Information Préoccupante (CRIP) ce qui évite d'adresser tous les signalements au Parquet.
4. Elle instaure la notion de partenariat. Elle crée des Conseils Départementaux de la Protection de l'Enfance qui sont placés sous l'autorité du président du Conseil Général.
5. Cette loi est centrée sur la prise en charge adaptée et diversifiée des familles. Elle crée de nouvelles prestations comme la mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale, la mesure d'aide à la gestion de budget familial, l'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO). Une possibilité d'accueil en urgence des mineurs sous 3 jours sans l'accord des parents sous réserve de les en informer ou d'informer le procureur de la République est mise en place. Un accueil de jour et un accueil périodique ou modulable dans le cadre d'une mesure administrative d'accueil provisoire est créé. Elle légalise des visites médiatisées aussi dans le cadre du divorce et de la séparation.
6. La loi rend obligatoire des formations de tout personnel de santé pouvant être en contact avec la maltraitance infantile.

II.2.3 Loi du 5 novembre 2015 n°2015-1402

Elle clarifie la procédure de signalement de situations de maltraitances par les professionnels de santé.

Elle modifie l'article 226-13 en incluant "tous les professionnels de santé" en plus des médecins pour l'autorisation de la transmission d'informations concernant un mineur. Elle rajoute la transmission des informations non seulement au procureur de la République et/ou "à la cellule de recueil".

La loi de 2015 insiste sur le fait de ne pas engager de responsabilité du médecin au vu du signalement.

Auparavant les textes de lois incluait l'absence d'engagement de la responsabilité disciplinaire lorsqu'un professionnel de santé effectuait un signalement. La loi de 2015 rajoute l'absence d'engagement de la responsabilité civile et pénale. L'engagement de ces responsabilités n'est pas engagé sauf s'il est démontré "qu'il n'a pas agi de bonne foi".

Elle modifie l'article 21 de la loi n°2012-769 qui proposait une formation sur les mécanismes d'emprise psychologique pour tous les acteurs sociaux ou médicaux. Elle inclue une formation sur " les modalités de leurs signalements aux autorités administratives et judiciaires." [2]

II.2.4 Loi du 14 mars 2016 n°2016-297

Elle donne une nouvelle définition de la protection de l'enfance et se centre sur la prise en compte des besoins de l'enfant ("garantie la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant... l'enfant est associé aux décisions qui le concerne selon son degré de maturité").

La notion de médecin référent pour la protection de l'enfance est créée. Il sera désigné dans chaque département pour faciliter les liens entre les professionnels de santé et les services de protection de l'enfance. [7]

Elle révisé le contenu du Plan Personnel de l'Enfant et le rapport des situations. Une obligation est faite au président du Conseil Départemental d'informer le préfet de tout événement survenant dans un établissement, compromettant la santé, la sécurité, l'intégrité mais également le bien-être physique ou moral des enfants accueillis. Elle précise le caractère pluridisciplinaire de l'équipe en charge de cette évaluation et de la nécessité de la formation des évaluateurs.

Une évaluation annuelle de la situation de l'enfant bénéficiant d'un accueil ou d'une mesure éducative est réalisée. Cette évaluation spécifie l'évolution de la santé physique et psychique de l'enfant. Elle évalue son développement, sa scolarité, sa vie sociale, ses relations avec sa

famille et les tiers intervenant. Pour les enfants de moins de 2 ans bénéficiant d'un accueil ou d'une mesure éducative cette évaluation est réalisée tous les 6 mois. [8]

Elle crée le Comité National de la Protection de l'Enfance au niveau national.

II.3 Le signalement

La loi du 5 novembre 2015 tend à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé, et modifie l'article 226-14 du Code Pénal.

Le signalement est un terme juridique qui consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur ou un majeur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, n'est pas en mesure de se protéger.

Depuis la loi du 5 mars 2007 deux types de signalements existent.

II.3.1 Le signalement judiciaire

Quand la situation paraît urgente, qu'il y a un "danger avéré", le signalement judiciaire est effectué un signalement au procureur de la République (joignable 24h/24). Si le signalement est fait dans l'urgence, il peut être fait par téléphone ou télécopie, puis il est confirmé par un document écrit, daté et signé. Il faut conserver un double. [9]

Il relate les faits ou les déclarations de tiers ou intéressés.

Le médecin rapporte les constatations qu'il a pu faire ou les confidences qu'il a reçues. Il ne doit pas mettre de tiers en cause.

En cas d'urgence, le procureur peut ordonner le placement de l'enfant chez un autre parent, un tiers digne de confiance, un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou dans un

autre établissement d'accueil ou hospitalier. Le juge des enfants est saisi dans les 8 jours et devra se prononcer dans les 15 jours.[10]

Si les éléments sont insuffisants après enquête, il peut renvoyer le dossier comportant le signalement de maltraitance d'un enfant au président du Conseil Départemental.

Le juge des enfants peut mettre en place des interventions à domicile comme celles citées ci dessous.

II.3.1.1 La mesure judiciaire d'aide à la gestion au budget familial

Il s'agit d'une ancienne mesure de tutelle aux prestations sociales de l'enfance, qui est renouvelable au bout de deux ans. Les parents ne disposent plus librement des prestations familiales, celles-ci étant perçus par le délégué aux prestations familiales. Ce délégué est désigné par le juge des enfants, il peut être une personne morale ou physique. [11]

II.3.1.2 L' Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)

C'est une mesure éducative qui consiste à accompagner l'enfant ou l'adolescent dans son milieu naturel, ainsi qu'apporter une aide et un soutien à sa famille dans sa fonction parentale.

Elle est prononcée par le juge des enfants. L'autorité parentale est conservée le plus possible.

Un hébergement exceptionnel ou périodique du mineur peut être proposé. Elle peut être renouvelée au bout de deux ans. Un rapport de fin est transmis au magistrat.[11]

II.3.2 Le signalement administratif

Il intervient hors situation urgente, par exemple en cas de carence affective ou de défaut de soins.

Une Information Préoccupante est transmise à la Cellule de Recueil des Informations

Préoccupantes (CRIP). Cette dernière évalue la situation et décide si elle est transmise au procureur de la République. [9]

Lorsque le procureur de la République reçoit une Information Préoccupante, il peut soit demander une évaluation de la situation du mineur à la CRIP, soit en fonction des informations transmises saisir le juge des enfants en vue d'une procédure d'assistance éducative. [10]

Des mesures éducatives peuvent être proposées.

II.3.2.1 L'accompagnement en économie sociale et familiale (ASEF)

Il est demandé par les parents ou par le service de l'aide sociale à l'enfance. Cet accompagnement apporte une aide économique sociale et familiale, des techniciens d'intervention sociale et familiale.

Il se déroule à domicile avec un professionnel qui aide à la gestion du budget familial. Un document indique les objectifs de la prestation, les modalités de mise en œuvre, les échéances et les coordonnées du professionnel. Cette mesure peut précéder une mesure judiciaire d'aide à la gestion au budget familial. [11]

II.3.2.2 Les Technicien(ne)s d'Interventions Sociales et Familiales (TISF)

Cette mesure permet d'accompagner les familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales au domicile.

Les objectifs sont d'accompagner les parents dans leurs fonctions parentales dans les actes de la vie quotidienne, de contribuer à l'identification des situations de risque pour l'enfant, de favoriser l'insertion sociale, d'accompagner (à la demande de l'Aide Social à l'Enfance et en lien avec l'éducateur référent) la visite ou le retour d'un enfant placé à son domicile familial.

Elle est demandée par le service d'aide à domicile lorsque les parents le souhaitent, ou par le travailleur social.

Elle se pratique deux à quatre heures par jour. Elle peut s'arrêter ou être renouvelée. Elle peut évoluer vers une AED, AESF, ou faire l'objet d'une information à la cellule départementale si nécessaire. [11]

II.3.2.3 L' Action Educative à Domicile (AED)

Elle est mise en place avec l'accord des parents et permet d'apporter un soutien matériel et éducatif à la famille. L'autorité parentale est conservée.

Les objectifs sont d'accompagner les parents dans l'éducation de l'enfant, de permettre d'élaborer des liens plus structurants entre les parents et l'enfant, et de favoriser leur insertion sociale.

Un signalement judiciaire peut se transformer en signalement administratif et inversement. [11]

II.3.3 Information Préoccupante et Cellule de Recueil des Informations préoccupantes

Selon les états généraux de l'enfance du 31 mai 2010, " l'Information Préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du Conseil Général sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur bénéficiant ou non d'un accompagnement : soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées être en danger ou en risque de l'être; soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient 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". [9]

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance charge le président du Conseil général du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger. [10]

La CRIP constitue une interface, en premier lieu, avec les services propres au département (protection maternelle et infantile, action sociale et aide sociale à l'enfance), mais également avec les juridictions et principalement le parquet dont elle est l'interlocuteur privilégié.

Elle doit être aussi en liaison avec le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger qui répond de manière permanente au numéro 119 en recueillant notamment les appels des particuliers.

Elle recueille, à l'échelle du département, toutes les informations préoccupantes concernant des enfants en danger ou en risque de l'être. [10]

Il s'agit de faire converger vers un même lieu toutes les informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou en risque de l'être de manière à éviter la déperdition de ces informations.

Lorsqu'il s'agit d'un signalement direct au Procureur de la République, la CRIP doit en avoir une copie.

La cellule départementale est garante du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes.

Elle doit également veiller à ce que les personnes ayant transmis des informations préoccupantes soient destinataires en retour d'un accusé de réception attestant de leur prise en compte et de leur instruction. Ces mêmes personnes doivent être informées de l'issue du traitement. Cet accusé de réception ne porte ni sur le contenu de l'intervention des professionnels de la cellule départementale, ni sur l'évaluation de la situation du mineur concerné. [10]

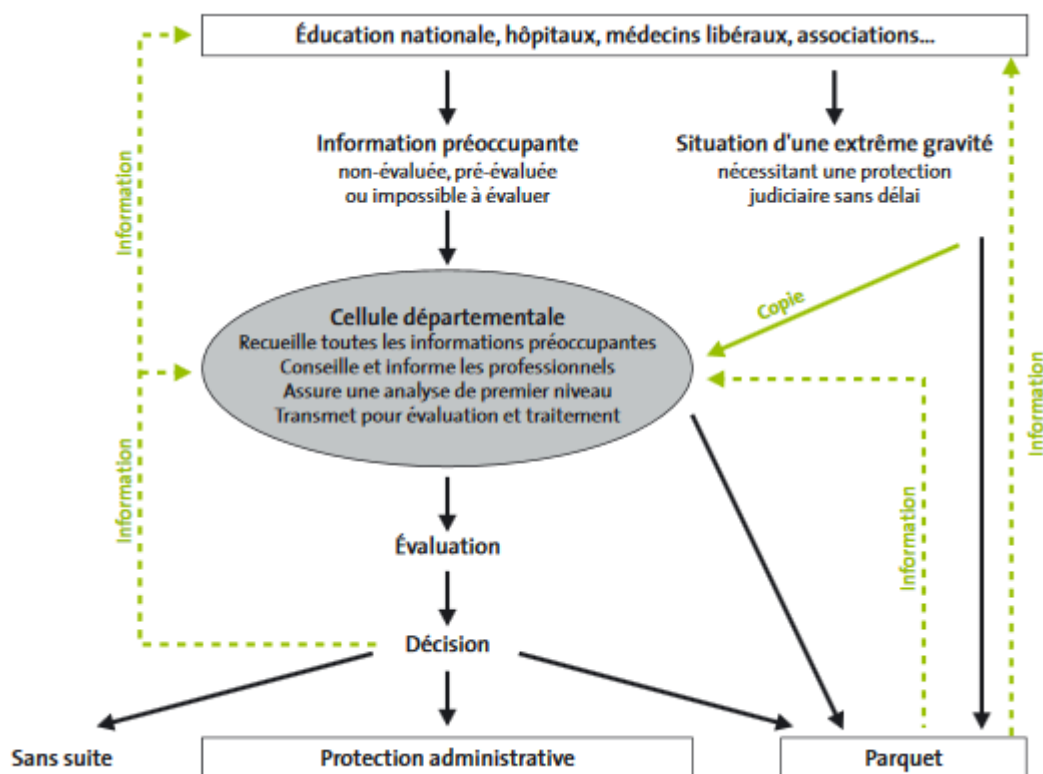


Figure 1 : Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être.

La CRIP peut recevoir des signalements de toute personne, donner suite au signalement d'un point de vue administratif ou transmettre au parquet si nécessaire. Des retours sont transmis à la CRIP que les procédures soient administratives ou juridiques.

II.4 Les différents organismes

II.4.1 Le Groupe d'Intérêt Public Enfance en Danger

Le Groupement d'Intérêt Public de l'Enfance en Danger est une personne morale de droit public constituée entre l'Etat, les départements et des personnes morales de droit privé et public, conformément à l'article L.226-6 du Code de l'Action Social et des Familles. [12]

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) Enfance en Danger est financé à parité par l'Etat et les départements. Il rassemble deux entités :

- Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED). Il s'agit d'un numéro gratuit qui permet de répondre 24h/24 et 7j/7 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.[13]
- L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) dont l'objectif est d'améliorer les connaissances en matière de protection de l'enfance. Elle recense des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge concernant les enfants en risque et en danger, le recueil et l'analyse des données et des études sur la protection de l'enfance, ainsi que le développement et le financement de recherches en la matière. [13]

II.4.2 Le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger ou Allo 119

Le SNATEM (Service d'Accueil Téléphonique pour Enfance Maltraitée) a ouvert le 10 janvier 1990, appelé SNATED à partir de 2007. Il a été constitué sous forme juridique d'un Groupement d'Intérêt Public regroupant 3 partenaires (l'Etat, les Conseils Généraux et des associations de protection de l'enfance).

Il est financé depuis sa création à parts égales par l'Etat et les Départements. Il est accessible sans interruption (24h/24) par le numéro national d'urgence 119. [14]

Le SNATED est la deuxième entité composant le GIP Enfance en Danger. La loi n° 89-487 du 10 juillet 1989, confortée par celle du 5 mars 2007, confère à ce service deux missions.

La première est une mission de prévention et de protection. Le SNATED accueille 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.

La seconde est une mission de transmission des informations préoccupantes concernant ces enfants aux services départementaux compétents en la matière, à savoir les cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP). [15]

Sous la responsabilité de la Directrice du SNATED, trois coordonnateurs sont en charge de l'encadrement technique et hiérarchique des 45 écoutants. Ces trois professionnels, de formation pluridisciplinaire, assurent l'interface entre le 119 et les cellules départementales de recueil d'informations préoccupantes (CRIP).

Qui répond au 119 ?

Les agents du pré-accueil composés d'une équipe de 10 professionnels de la téléphonie. Ils accueillent les appelants, vérifient que leurs appels concernent bien les missions dévolues au service et orientent les appels explicites vers le plateau d'écoute.

Les écoutants forment une équipe pluridisciplinaire de 45 professionnels de formations complémentaires (psychologues, juristes, travailleurs sociaux). Ces professionnels, tous formés à la relation d'aide, ont une connaissance des pathologies liées à la maltraitance des enfants.

Ils maîtrisent les fonctionnements institutionnels, administratifs et judiciaires et connaissent les services sociaux départementaux. Leur mission première est d'être à l'écoute des usagers, et de procéder à l'évaluation des appels à travers leur contenu. [15]

Si près de 50% de l'activité des écoutants consiste à proposer une transmission des informations préoccupantes aux services départementaux, la moitié de leur activité consiste à apporter une aide immédiate aux personnes par une écoute ponctuelle, une orientation vers des structures locales, ou bien encore répondre à une demande d'information précise.

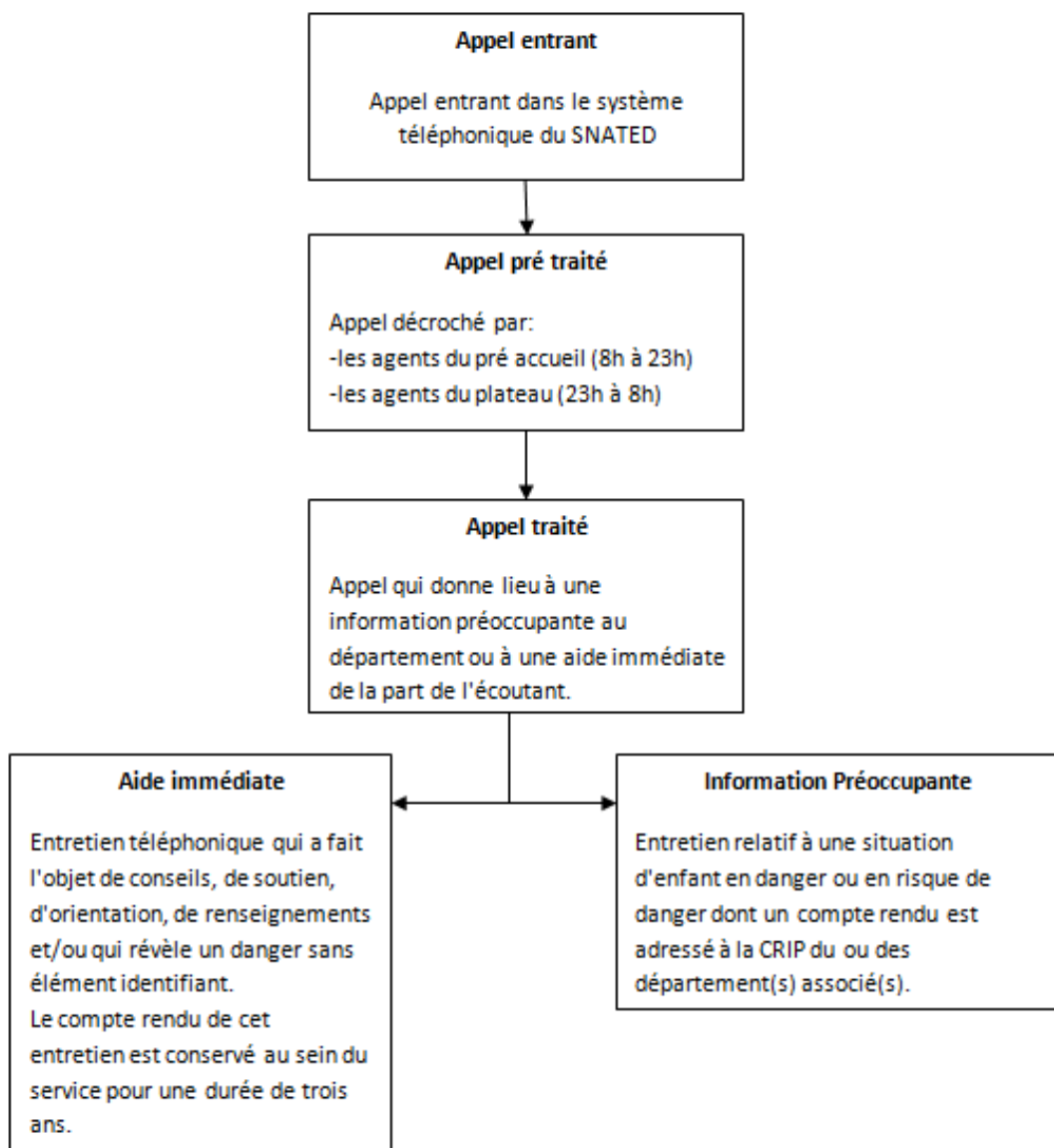


Figure 2 : schéma des appels du SNATED.

II.4.3 L'Organisme National de l'Enfance en Danger (ONED) ou Organisme National de la Protection de l'Enfance (ONPE)

Différents rapports public ont été menés pour développer l'observation et l'évaluation dans le champ de la protection de l'enfance. Ce sont ces constats qui ont conduit à la création de l'Observatoire national de l'enfance en danger par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004, en tant que deuxième service du Groupe d'Intérêt Public Enfance en Danger.

L'ONED s'est vu confier par la loi de 2004 trois principales missions, qui ont été complétées par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (CASF, art L 226-6).

- Il améliore la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs à travers le recensement et le développement des données chiffrées d'une part, des études et recherches d'autre part.
- Il recense, analyse et diffuse les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance.
- Il soutient les acteurs de la protection de l'enfance. [16]

L'ONED a ainsi un rôle d'appui des politiques de protection de l'enfance. A cet effet, il s'inscrit dans des collaborations régulières avec l'ensemble des acteurs du champ de la protection de l'enfance, en France et à l'étranger. L'ensemble de ses activités donne lieu à une diffusion et une mutualisation des connaissances et savoirs actuellement pertinents pour tous les professionnels agissant dans le champ de la protection de l'enfance, via le site ressource. [16]

II.4.4 L'Observatoire national De l'Action Social (ODAS)

Il est créé le 14 juin 1990, à la suite d'un rapport du Conseil économique et social et à la demande des présidents des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat.

L'ODAS est un organisme indépendant chargé d'analyser l'action des collectivités publiques et institutions en matière de cohésion sociale et de lien social.

Il évalue les politiques éducatives et sociales, notamment celles consacrées à la protection de l'enfance, l'insertion et le soutien à l'autonomie.

L'ODAS a fait profondément évoluer l'observation et les pratiques en matière de protection de l'enfance. Avec les professionnels du secteur, il a bâti un système homogène d'observation partagée. C'est ainsi qu'il a introduit la distinction entre enfants maltraités et enfants en risque, dont les caractéristiques appellent des prises en charge différentes.

Cette lecture clarifiée des phénomènes a conduit l'Etat à se doter d'un observatoire spécifique à cette question. L'ODAS a contribué à inspirer les fondements de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. [17]

II.5 Les facteurs de risque de maltraitance

II.5.1 Liés à l'enfant

Le jeune âge

Selon la Haute Autorité de Santé le taux d'homicides augmente chez les enfants de moins de 1 an [18]. Selon l'INSERM les morts les plus violentes surviennent chez les enfants de moins de 4 mois.[19]

Avec 3 victimes décédées par semaine en France et 27 aux États-Unis, le risque de décès des enfants de moins d'un an est trois fois plus élevé que chez les enfants issus des autres classes d'âge.

Certains auteurs vont jusqu'à émettre l'hypothèse que cette estimation serait encore supérieure avec la mort subite inexpliquée du nourrisson dont l'autopsie pourrait révéler un infanticide déguisé lié à la maltraitance. En effet 40% des décès d'enfant de moins de 1 an étaient classés "Mort subite inexpliquée" alors qu'aucune exploration a été réalisée.[20]

Sur 17 départements étudiés avec un recueil des données du SAMU pendant 2 ans, il est constaté 214 décès de mort inattendus du nourrisson avec seulement 155 autopsies. [20]

Le sexe

Les filles représentent la majorité des victimes violences sexuelles. [18]

Au niveau des données de la mortalité et de maltraitance, il existe une surreprésentation nette sur le sexe masculin constante dans tous les pays (déjà constatée par Manciaux et Gabel en 1993). [21]

La dominance masculine concerne particulièrement le syndrome du bébé. [22]

La prématurité.

Une étude de cohorte anglaise de naissance montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une prise en charge par les services de protection de l'enfance (reste indépendant de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique). [19]

Le handicap et les troubles du comportement.

Si divers types de handicap intellectuel ou psychologique sont souvent les séquelles chez le jeune enfant de la prématurité, une étude à montréal a montré que l'association entre troubles de la conduite et des apprentissages, d'une part, et maltraitance d'autre part, était indépendante de l'âge gestationnel, du poids de naissance ainsi que des caractéristiques socio-économiques de la famille.

Le handicap est donc un facteur de risque de maltraitance, et plus particulièrement le handicap intellectuel. [19]

II.5.2 Liés aux personnes maltraitantes.

La grossesse non désirée est le principal facteur de risque du néonaticide retrouvé dans l'étude sur les morts violents de nourrisson. [22]

Les autres facteurs de risque de maltraitance retrouvés sont l'alcoolisation et autres addictions, les carences affectives, l'immaturation et la dépression, les antécédents personnels de violences, l'isolement social et le niveau socio-économique. [23]

Le jeune âge de la mère est beaucoup décrit aux Etats Unis, très peu montré en France. [18]

II.5.3 Les facteurs socio-économiques

Dans l'enquête de l'Inserm, les catégories socio professionnelles des parents auteurs d'infanticides ne différaient pas de celles de la population générale. [19]

Aux Etats Unis, cette controverse autour des facteurs socio-économiques s'est cristallisée sur le rôle de l'ethnicité, la population Noire étant la plus défavorisée. Il est retrouvé que les mauvais traitements sont plus fréquents chez la population Noire . Mais l'étude montre que chez les "non blancs" il est plus souvent réalisé des radiologies ou examens à la recherche d'un mauvais traitement. [19]

II.6 Les différents types de maltraitance

Lorsque le comportement habituel de parents bien ajusté aux besoins de leur bébé est absent, cela doit attirer l'attention. L'anamnèse va permettre de recueillir des éléments qui doivent alerter.

L'anamnèse doit retrouver les circonstances de l'accident, les explications de la famille, le délai de consultation chez le médecin généraliste ou aux urgences, l'attitude des parents face au traumatisme de l'enfant, l'attitude de l'enfant face à la douleur, les antécédents de traumatismes de l'enfant, le nombre de passages aux urgences par exemple. [24]

II.6.1 La maltraitance physique

II.6.1.1 Les ecchymoses

Elles représentent la manifestation la plus commune. [18]

En cas de chute de faible hauteur (table à langer, bras des parents, canapés), un seul gros impact est constaté. Il en va de même en cas de chute dans les escaliers occasionne moins de 7 % de fractures et moins de 3% de blessures à plus d'un endroit. [24]

Selon les critères de NICE (National Institute for health and Care Excellence) on suspecte une maltraitance "si :

- l'enfant ou l'adolescent a des ecchymoses ayant une forme de main, de ligature, de bâton, de marque de dents, d'agrippement ou d'objets.
- il a des ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas seul.
- il présente des ecchymoses multiples ou en grappes.
- il présente des ecchymoses de forme et de taille similaires.
- il présente des ecchymoses ailleurs que la prédominance osseuse ou le visage (par exemple les yeux, les oreilles, joues, mandibules, les fesses, le long du dos ou à la face postérieure des jambes).
- il présente des ecchymoses au niveau du cou.
- il présente des ecchymoses au niveau des chevilles et des poignets ressemblant à des ligatures." [18]

Wood et al. détaillent dans leurs études l'intérêt de la radiographie du squelette qu'il devrait y avoir en fonction de l'âge et des lésions des enfants. [25]

Une radiographie devrait être faite systématique chez :

- Tout enfant de moins de 6 mois avec ecchymoses (sauf front, lèvre supérieure, menton ou prédominance osseuse),
- Tout enfant de 6 à 9 mois présentant plusieurs contusions ou ecchymoses situées ailleurs que la prédominance osseuse (y compris mains, pied),
- Tout enfant de 9 à 12 mois présentant des ecchymoses aux joues et front (qui peuvent être accidentelles) . [25]

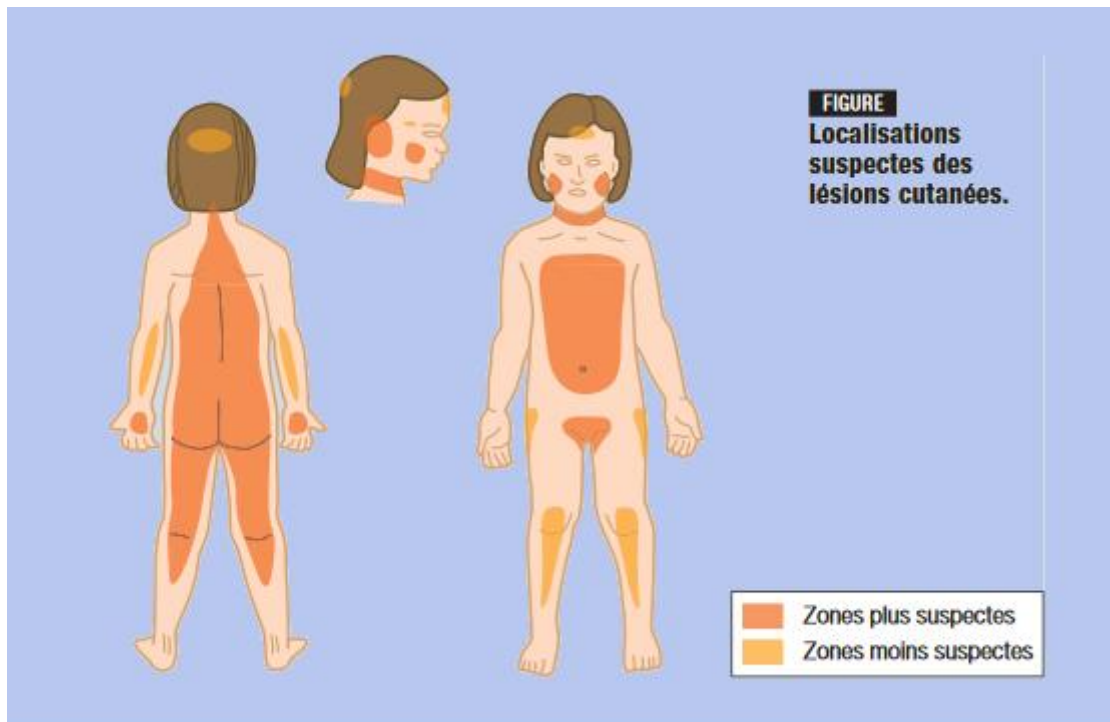


Figure 3 : localisations suspectes des lésions cutanées. [24]

En rouge les zones plus suspectes telles que le dos, fesses arrière cuisse, tronc, le dos des mains, parties génitales, joue, le cou et les oreilles. En jaune les zones moins suspectes telles que le front, l'occiput, genoux, tibia, avant bras, face externe des hanches.

II.6.1.2 Les brûlures

- Les brûlures par contact.

On suspecte une maltraitance sur des brûlures délimitées, des cicatrices qui reflètent un objet et une localisation sur les membres, le tronc, le dos de la main. [18]

- Les brûlures par liquide bouillant.

Les études ont montré que les brûlures étaient intentionnelles par immersion dans l'eau chaude (localisation sur les extrémités, les fesses, le périnée), elles sont symétriques avec des limites supérieures nettes et associées à d'anciennes fractures ou blessures.

Cela diffère des brûlures accidentelles par renversement de liquide qui se situent au niveau de la partie supérieure du corps avec des limites et profondeurs irrégulières. [24]

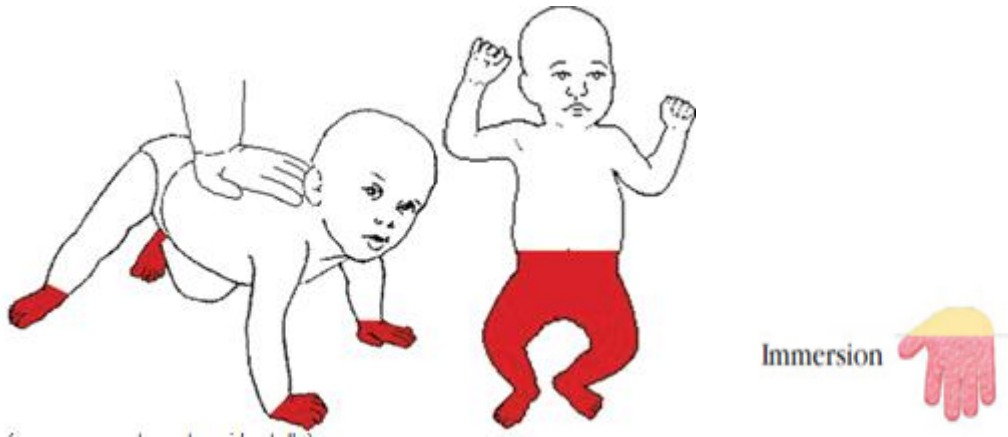


Figure 4 : typographie des brûlures suspectes. [26]

En rouge il s'agit de brûlures délimitées par immersion, symétriques et bilatérales. En violet il s'agit de brûlure de la main et tous les doigts par immersion de la main.

II.6.1.3 Les morsures

Elles siègent sur les zones découvertes et accessibles. L'écart entre les incisives est inférieur à 3 cm [24].

II.6.1.4 Les lésions viscérales

Selon les critères de NICE on suspecte une maltraitance si l'enfant a une lésion intra-abdominale ou intra-thoracique en l'absence de traumatisme accidentel majeur confirmé, s'il n'y a pas d'explication ou que les explications sont incompatibles ou un s'il existe un retard de soins. [18]

II.6.1.5 Les blessures de la cavité buccale

Elles sont souvent réparties sur les lèvres, les gencives, la langue et le palais. Elles sont suspectes si elles incluent des fractures. [18]

II.6.1.6 Les fractures

La majorité des fractures accidentelles surviennent après l'âge de 5 ans. [24]

CLASSIFICATION DE NIMKIN ET KLEINMAN	
Spécificité élevée	<ul style="list-style-type: none">• Lésions métaphysaires classiques (de type arrachement avec fracture de coin ou en anse de seau)• Fractures de côtes postéro-médiales• Fractures de l'omoplate• Fractures des apophyses épineuses• Fractures du sternum
Spécificité modérée	<ul style="list-style-type: none">• Fractures multiples• Fractures de différents âges• Décollements épiphysaires• Fractures et subluxations des corps vertébraux• Fractures de doigts• Fractures complexes du crâne
Spécificité faible	<ul style="list-style-type: none">• Réactions périostées• Fractures de la clavicule• Fractures diaphysaires des os longs• Fractures linéaires du crâne

Figure 5 : Classification de NIMKIN et KLEINMAN classant les fractures plus ou moins suspectes de maltraitance. [24]

II.6.2 La Maltraitance psychologique

En 1995, l'APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) définit les mauvais traitements psychologiques comme « comportements répétés de la part d'un

parent, ou survenue d'un incident extrême, qui font comprendre à l'enfant qu'il ne vaut rien, qu'il n'est pas normal, qu'il n'est pas aimé, que l'on ne veut pas de lui, ou que sa seule valeur réside dans la satisfaction par lui des désirs des autres ». [27]

Il existe différents types de maltraitances psychologiques: [28]

- Le rejet qui consiste à rabaisser l'enfant, le dévaloriser, dénigrer ses actes, l'humilier.
- Terroriser l'enfant consistant à le menacer, avoir des comportements pouvant le blesser, l'abandonner, voir des personnes qu'il aime ou des objets auxquels il tient dans des situations dangereuses.
- Isoler l'enfant en l'empêchant de satisfaire ses besoins d'interactions avec autrui.
- Exploiter, corrompre l'enfant. On l'encourage à développer des conduites autodestructrices, antisociales ou inadaptées. On interfère dans son développement cognitif ou à lui imposer des restrictions d'apprentissage.
- Le refus des réponses affectives en méprisant les tentatives d'un enfant d'interagir avec le parent sur le plan affectif et par l'absence de manifestations émotionnelles.
- Les négligences médicales et éducatives.
- Les violences conjugales qu'elles soient directes ou indirectes.
- Le Syndrome de Münchhausen par procuration. [28]

Le syndrome de Münchhausen a été décrit par R.Meadow en 1977.

Les mauvais traitements infligés à l'enfant résultent de l'action conjuguée du parent, qui invente ou provoque les symptômes et des médecins qui prescrivent des examens complémentaires invasifs et des interventions thérapeutiques inutiles voire dangereuses.

Le diagnostic repose sur 4 critères:

- une maladie alléguée ou provoquée chez un enfant par un parent, le plus souvent la mère.
- une présentation de l'enfant pour un diagnostic et/ou des soins, d'une affection récurrente et/ou persistante, aboutissant à des actes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique multiples et invasifs.

- un déni du caractère induit ou allégué de l'origine des symptômes par le parent responsable.
- un amendement des symptômes lorsque l'enfant est séparé du parent. [28]

Selon les critères de NICE on peut évoquer une maltraitance psychologique chez un enfant ou un adolescent ayant un changement marqué de comportement ou un état émotionnel non expliqué par une situation stressante (des cauchemars avec un thème similaire, une détresse extrême, un comportement d'opposition marqué, un isolement, un repli sur soi). [18]

L'apparition du numérique et des réseaux sociaux place ce type de maltraitance en premier lieu et nécessite une vigilance de toute part.

II.6.3 Les négligences

La négligence est définie par : " une défaillance durable à subvenir aux besoins physiques et/ou psychologiques d'un enfant, susceptible de provoquer une altération grave de sa santé ou de son développement". [18]

Il existe plusieurs types de négligences:

- La négligence physique. Elle peut être alimentaire et provoquer par exemple un retard de croissance staturale-pondérale. Elle peut être hygiénique. Elle est retrouvée dans la notion d'abri de l'enfant , de sécurité au domicile ou en extérieur et de surveillance.
- La négligence médicale se caractérise par l'omission des visites médicales obligatoires, des vaccins, des soins requis par l'enfant selon sa pathologie.
- La négligence affective est plutôt passive contrairement à la maltraitance psychologique qui est active. On retrouve une absence d'émotions, une froideur affective et l'absence d'interactions positives.
- La négligence éducative qu'on peut retrouver par exemple dans l'absentéisme scolaire des enfants ou adolescents. [18]

II.6.4 La maltraitance sexuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé, utilisant le terme d'exploitation sexuelle pour désigner la maltraitance sexuelle, en donne la définition suivante: « L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs. » [29]

Cette exploitation s'appuie sur la notion d'abus et comprend un certain nombre d'attitudes.

- Les abus sans toucher tels que l'exhibitionnisme, le voyeurisme, les propos obscènes, l'utilisation de médias pornographiques en présence d'un enfant, ou autre...
- Les abus avec toucher sans violence consistent à toucher les parties génitales ou les zones érogènes de l'enfant (caresses, masturbations, attouchements avec pénétration, relations sexuelles complètes).
- Les abus avec violences entraînent des lésions de gravité variable (viols, exploitation sexuelle à des fins de prostitution ou de pornographie).
- Les attitudes de types malsaines correspondent à des conduites sexualisées, des climats à tonalité sexuelle, des actes et gestes incitant l'enfant à avoir des conduites sexuelles avec un adulte.

Dans les maltraitances sexuelles (comme dans l'étude des maltraitances en général), on distingue les mauvais traitements actifs des maltraitances passives .

Les maltraitances passives consistent en l'absence de protection, de règles, de lois, d'écoutes, d'éducation et d'informations relatives à la sexualité. La promiscuité sexuelle en fait partie.

Les mauvais traitements actifs consistent en des attouchements divers, des manipulations génitales, des abus, incestes, viols, des exploitations, de la prostitution ou de la pornographie. [29]

La maltraitance sexuelle touche tous les niveaux socio économiques. Les victimes sont majoritairement des filles.

La quasi-totalité des auteurs sont de sexe masculin et connus de l'enfant dans plus de deux tiers des cas. [24]

L'enfant exprime généralement sa souffrance par des plaintes somatiques, des signes de souffrance psychologique et des troubles du comportement . Ces derniers peuvent être des comportements sexuels anormaux par rapport à l'âge, des comportements de refus (manger, voir un membre de la famille, de grandir, scolaire), des mises en danger, des fugues, des pleurs inexplicables, une hyper vigilance, des réactions de sursaut exagérées, une phobie de contact physique, un comportement émotionnel excessif.[18]

Au niveau organique, les signes évoquant une maltraitance sexuelle peuvent être des saignements, des pertes génitales, des irritations génitales, des douleurs génitales et anales, des troubles mictionnels (énurésie, encoprésie), des infections urinaires récurrentes chez les filles pré-pubères. [18]

II.6.5 Le syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est reconnu en 1972 par John CAFFEY. Il survient chez les nourrissons de moins de 1 an (voir moins de 6 mois). Le secouement entraîne de violents mouvements d'accélération-décélération, avec souvent une composante rotationnelle. Il génère des hématomes sous duraux, des contusions cérébrales, des lésions axonales diffuses, un œdème cérébral, des hémorragies rétiniennes et des lésions médullaires. [24]

Les premiers symptômes sont souvent peu spécifiques. On peut voir un malaise, des troubles de la vigilance, des convulsions, une hypotonie, des pauses respiratoires. Des troubles du comportement comme un enfant moins souriant grognon, un moins bon contact, un bébé douloureux (geignements, irritabilités) peuvent être retrouvés.

Une pâleur anormale (en lien avec anémie), une mauvaise prise des biberons, des vomissements répétés sans diarrhées sont suspects. [24]

Certains facteurs peuvent orienter le diagnostic. Le fait d'être un enfant de sexe masculin, un prématuré, ou une grossesse multiple sont des facteurs de risque. Des pleurs jugés excessifs, un délai entre le début des symptômes et le recours aux soins sont également suspects. [18]

II.7 Les conséquences psychologiques de la maltraitance

La maltraitance entraîne des souffrances pour les enfants et leurs familles et peut avoir des conséquences à long terme. Elle provoque un stress auquel on associe une perturbation du développement précoce du cerveau. [10]

La précocité et la chronicité des maltraitances, entraînant une persistance d'un stress associé à un excès de cortisol, sont la cause de nombreuses conséquences sur le fonctionnement cérébral.

Le centre Hypothalamo Hypophysaire est activé par le stress et va produire au niveau surrénalien un excès de glucocorticoïde qui a un effet neurotoxique. [21]

Les conséquences physiques des maltraitances peuvent se traduire par des troubles de la croissance, de la vision, des problèmes de santé bucco dentaire non traités, des maladies infectieuses, des retards de développement, des troubles de santé mentale et de comportement à travers une activité sexuelle précoce et à risque, et d'autres maladies chroniques. [21]

Il y aurait deux types de conséquences traumatiques chez l'enfant, selon que le traumatisme soit de type I (caractérisé par un choc soudain et sans traumatisme précédent) ou de type II (caractérisé par une exposition chronique ou répétée à des événements traumatisants). Les

conséquences psychologiques des traumatismes de type II favorisent la mise en place de stratégies d'adaptation et des mécanismes de défenses et sont à l'origine de troubles psychologiques ultérieurs. [21]

Le développement de la personnalité d'un enfant repose sur l'établissement d'un lien d'attachement solide et sûr avec un adulte . Ce lien renforce la capacité d'un enfant de composer avec le stress, régule les émotions, procure un soutien social et forme des relations d'affection. Lorsque les enfants sont victimes de violence, ils peuvent manifester des formes d'attachement perturbées et des réactions affectives anormales. [30]

Les symptômes peuvent être:

- Une aversion au contact et aux marques physiques d'affection .
- Des problèmes de contrôle où l'enfant veut garder le contrôle et ne pas se sentir impuissant.
- Des problèmes de colère , parfois un comportement manipulateur.
- Des difficultés à manifester de la tendresse et de l'affection.
- Une conscience sous-développée, l'enfant ne montre pas de culpabilité, de regret ou de remord après s'être mal comporté. [30]

II.8 Quelques chiffres

II.8.1 Le SNATED

En 2014, 33043 appels traités donnent lieu à des aides immédiates au nombre de 52 par jour (soit 19058) ou des information préoccupantes (IP) au nombre de 38 par jour (soit 13985). Il découle des IP 173 demandent de soins en urgence . Les IP ont un retour de 52%. [31] (figure 6).

Dans 39% des cas c'est la famille proche qui appelle et dans 10.9% des cas c'est le mineur concerné.

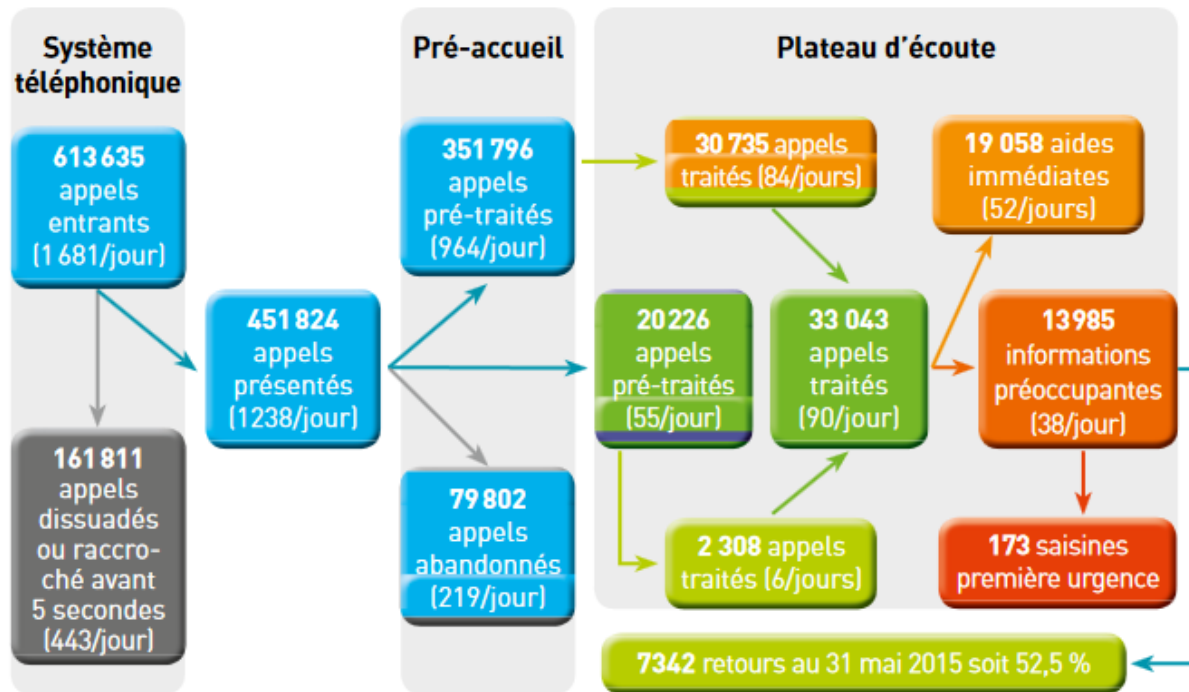


Figure 6 : schéma des appels au SNATED en 2014 [31] .Les agents du pré-accueil sélectionnent les appels pré traités et les dirige vers le plateau d'écoute, en moyenne ils ont traités 90 appels par jour donnant lieu à 52 aides immédiates par jour et 38 informations préoccupantes par jour.

En 2015, 33010 appels traités dans l'année donnant lieu à 17810 aides immédiates et 15200 informations préoccupantes dont 217 demandes en urgence pour le mineur. [32] 3883 des appelants sont les mineurs concernés par la situation soit 11.3% du total. La famille proche représente 40% des appelants soit 14015 par an (figure 7).

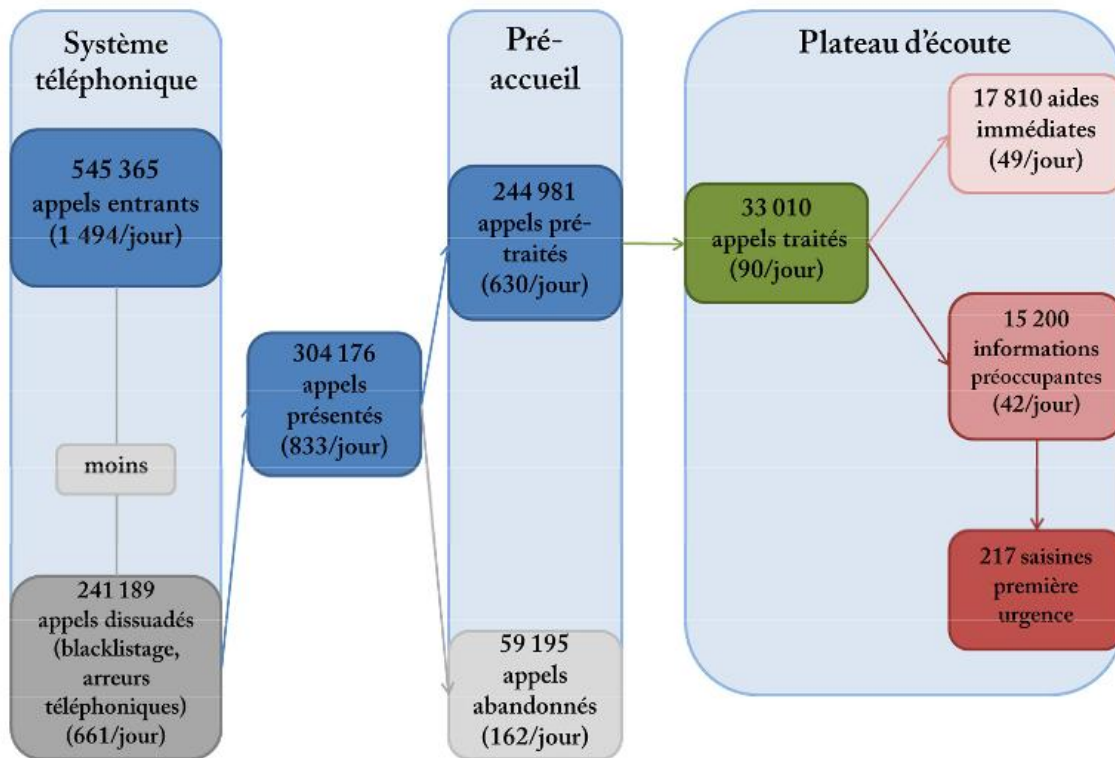
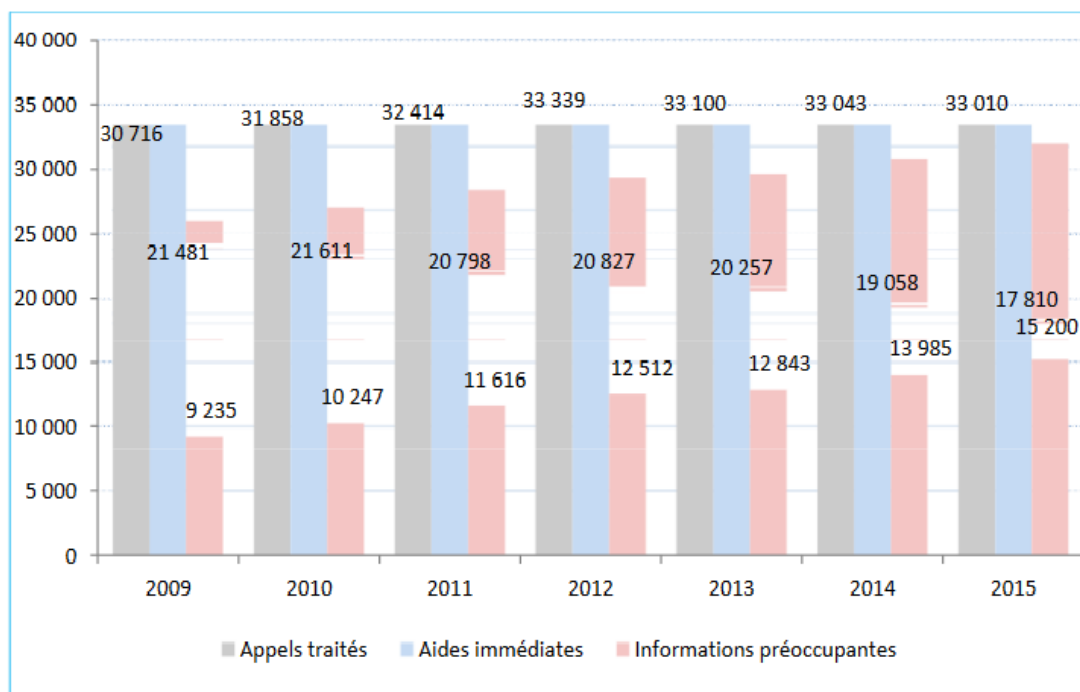


Figure 7 : schéma des appels au SNATED en 2015 [32]. En 2015 les agents du SNATED recevaient 1494 appels par jour. Parmi les 90 appels traités par jour ils ont donné lieu à 49 aides immédiates par jour et à 42 informations préoccupantes par jour.

Les appels traités restent relativement stables depuis 2012. Les Informations préoccupantes augmentent de 8% depuis 2013. Les aides immédiates ont tendance à diminuer depuis 2012 (figure 8).



Source : données issues de LISA

Figure 8 : Evolution du nombre d'appels traités, d'Informations Préoccupantes et d'Aides Immédiates de 2009 à 2015. [32] Les appels traités augmentent en 2009 et 2012 puis restent stable. Les aides immédiates sont en diminution nette entre 2014 et 2015. Les informations préoccupantes sont au contraire en augmentation depuis 2009.

II.8.2 Les autres organismes

Selon la Direction générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) :

En 2011-2012, le nombre d'élèves concernés par la transmission d'Information Préoccupante au Président du Conseil Général ou par signalement au Procureur de la République est de 34178 et représente 3.5% des effectifs scolaires soit 27704 informations Préoccupantes (81%) et 6474 signalements (19%).

En 2012-2013, le nombre d'élèves concernés par la transmission d'Information Préoccupante au Président du conseil général ou par un signalement au Procureur de la République est de

38896 et représente 3.9‰ des effectifs scolaires soit 31364 Informations Préoccupantes (81%) et 7532 signalements (13%).

Entre 2009 et 2013, on note une augmentation des Informations Préoccupantes (de 2.5 à 3.1‰) et des signalements (de 0.7 à 0.8‰). [33]

Selon l' HAS

En 2006, le nombre d'enfants signalés en danger est de 98000. On retrouve 19000 enfants maltraités dont 6300 (33%) victimes de violences physiques et 4300 (23%) victimes de violences sexuelles.

On retrouve 79000 enfants en risque de danger dont 5000 victimes de négligences (26%) et 34000 victimes de violences psychologiques (18%). [18]

Selon l' ONED .

Au 31 décembre 2012, 284 000 mineurs sont pris en charge par les services de protection de l'enfance soit 19.5‰ des 0/17 ans.

En 2011-2012, on note une augmentation de 2% du nombre de mesures de protection de l'enfance et de 3% du nombre estimé de mineurs pris en charge. 10.6‰ des enfants se retrouvent en milieu ouvert dont 53% sur décision de mesures administratives et 70% sur décision judiciaire.

9.5‰ des enfants sont placés dont 47% sur décision de mesures administratives et 88% de décision judiciaire.

En Normandie, on constate une augmentation de 25‰ des mesures de protection. [34]

II.8.3 Les départements de l'Eure et de la Seine Maritime

De janvier à octobre 2017, selon l'Etat 4001, l'Eure comptait 84 viols sur mineurs (168 dans le département 76), 131 harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles (140 dans le département 76) et 345 violences , mauvais traitements et abandons d'enfants (380 dans le département 76).

Le département de l'Eure (27) et de la Seine Maritime (76) ont un nombre élevé d'Aides immédiates (figure 9). Mais, le département de l'Eure émet plus d'Informations Préoccupantes que le département de la Seine Maritime (figure 10).

En 2015, on note dans l'Eure 154 aides immédiates (-3.1% entre 2013 et 2015) et 174 Informations Préoccupantes (+9.4% entre 2013 et 2015). En Seine Maritime, on note 327 aides immédiates (-10.4% entre 2013 et 2015) et 322 Informations Préoccupantes (-10.3% entre 2013 et 2015). [32]

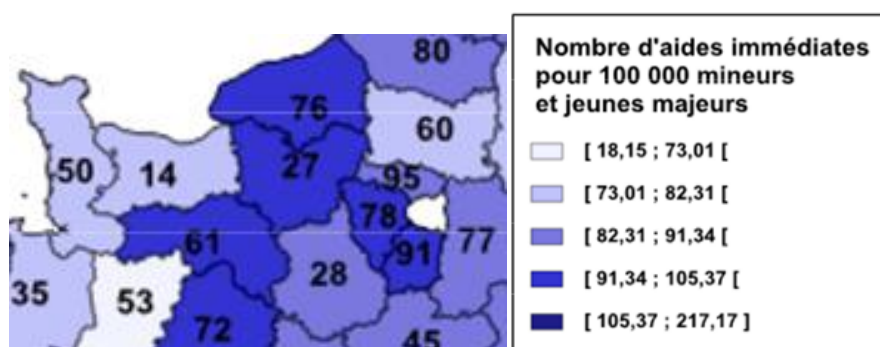


Figure 9. Nombre d'aides immédiates pour 100 000 mineurs et jeunes majeurs fin 2014 [32]. Le département de l'Eure (27) et de la Seine Maritime (76) ont un nombre similaire de demande d'aides immédiates.

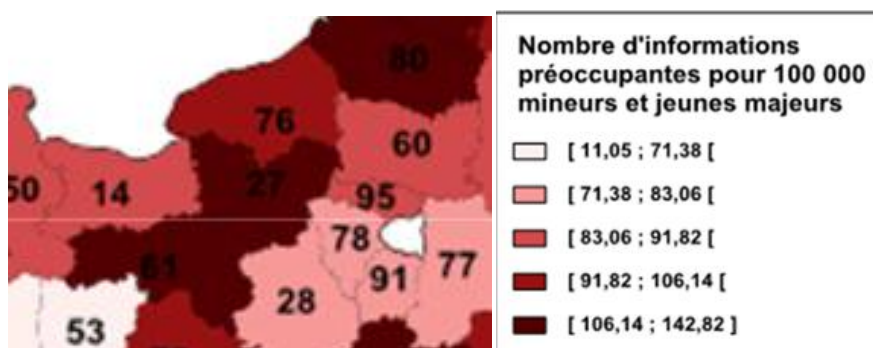


Figure 10. Nombre d'informations préoccupantes pour 100 000 mineurs et jeunes majeurs fin 2014. [32]. Le département de l'Eure (27) possède un nombre d'information préoccupante plus élevée que le département de la Seine Maritime (76).

II.8.4 Les différents types de violences

Les violences psychologiques et physiques sont prédominantes, elles représentent 6 maltraitances sur 10. Les violences psychologiques, physiques et sexuelles sont majoritairement exercées par les hommes alors que les femmes exercent plus de négligences lourdes.

Les comportements de mises en danger sont surtout retrouvés chez les filles. Dans une étude de 2010 et 2014, le nombre de filles concernées par les comportements auto-agressifs a augmenté de 68.7%. En 2014, ces comportements auto agressifs représentent 42.2% de l'ensemble des comportements identifiés chez les filles. [32]

Les fuites de domicile sont retrouvés de façon plus importante chez les filles qu'il s'agisse d'une maltraitance physique (41.7% des filles) ou d'une maltraitance psychologique (39.5% des filles).

Les violences sexuelles concernent 64.6% des filles.

II.9 L'Eure

II.9.1 Démographie et géographie

Le département de l'Eure appartient à la région de Haute Normandie. Il est composé de 3 arrondissements (Les Andelys, Bernay et Evreux) , 43 cantons et 675 communes.

Les habitants de l'Eure sont au nombre de 616076 habitants en 2014 (augmentation de 48 000 depuis 2006).

De 1990 à 2007, l'Eure a connu une évolution positive de sa démographie de près de 60 000 habitants soit + 11,4 %.

La densité de population du département de l'Eure est de 93,91 habitants par km. [35]

Il existe 4 unités territoriales d'action sociale représentées par Evreux (31% de la population avec 80787 habitants), Vernon (27.9 % de la population avec 29357 habitants), Louviers (20.8% de la population avec 24950 habitants) et Pont Audemer (20.3% de la population avec 28640 habitants). (Figure 11).



Délégation des ressources et des finances
 Direction des Systèmes d'information, août 2011

Figure 11 : carte territoriale d'action sociale de L'Eure.

La population euroise est répartie avec 48% de la population en commune périurbaine, 34% sur un pôle urbain, 18% en zone rural.

Les 0-14 ans représentent 20.3% de la population en 2014 et reste stable par rapport à 2009.

Les familles monoparentales représentent 13.2% de la population en 2014 dont 10.8% sont des femmes seules avec enfant.

Le département de l'Eure connaît un taux d'augmentation du chômage entre 2009 et 2014(+2.4%).

La population des 6-14 ans est scolarisée dans 98% des cas. [35]

II.9.2 Les différentes mesures de protection

La **Protection Maternelle Infantile** intervient dans le cadre de la prévention médico-sociale . Ainsi, en 2009, 2310 nouveaux nés ont été vus à domicile dans les 3 mois qui ont suivis la naissance soit 30% des naissances. Cette activité est en hausse de 11% par rapport à l'année 2008 et contribue à la mise en œuvre des orientations de la Loi du 5 mars 2007. [35]

En 2009, 1185 familles sont suivies avec 210 signalements d'enfants en danger et 498 informations signalantes. [35]

L'**Action Educative à Domicile (AED)** est exercée par les services départementaux et par l'Action Social et d'Education Familial (ASEF) Les Nids sur les territoires de Louviers et Pont-Audemer.

Une diminution de 9.7% du nombre de bénéficiaires entre 2006 et 2009 a été constatée. Le département de l'Eure reste un département où le nombre d'AED est important et représente 1.4% des AED nationales en 2008 alors que le département de l'Eure représente 0.92% de la population nationale. [35]

L'**Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)** habilite deux associations. L'ADAE (Association Départementale pour l'Aide à l'Enfance) est à l'origine de 930 mesures et l'ASEF (Action Social et Educative auprès des Familles) Les nids de 105 mesures.

On note une augmentation en 2010 de 4.4% des mesures AEMO. [35]

Les **admissions** en établissement ont augmentées entre 2008 et 2009 (+ 0.8 %), alors qu'il existait une diminution de 16.7 % de l'accueil familial. [35]

Les **mesures de placements** par le juge de l'Eure représente 1.1% des placements nationaux. Le département de l'Eure présente un nombre d'enfants confiés à l'ASE plus important que la moyenne nationale au regard du poids de la population du département de l'Eure comparée à la population nationale (0.92 %). [35]

Dans l'Eure on retrouve 6 mesures de placement :

- les placements familiaux (50% des placements). Le service de placement familial de l'ASE permet d'accueillir environ 1000 enfants au domicile de 460 assistants familiaux salariés du département.
- la Maison d'Enfance à Caractère Social (MECS). Il existe 6 MECS dans le département qui peuvent accueillir 329 mineurs et jeunes majeurs de 6 ans à 21 ans.
- l'Accueil de jour.
- le lieu de vie et d'accueil, qui comporte 31 places (diminution de 39%). 13 lieux de vie (petites unités éducatives accueillant 2 à 10 enfants) pouvant accueillir 103 enfants sont disponibles.
- le foyer de l'enfance comprend 131 places. Il est chargé d'organiser l'accueil d'urgence, l'évaluation et l'orientation 24h sur 24 des enfants, adolescent(e)s et mineures enceintes ou ayant un enfant de moins de trois ans, admis à l'ASE.
- les structures d'accueil et hébergements complémentaires.

La **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes** a été créée dans le département de l'Eure en 2005, avant même que son existence ne soit rendue obligatoire par la loi. [35]

II.9.3 Les associations de maltraitance

L'association "La cause des enfants " est une association rassemblant des bénévoles de milieux juridique, social, médical, éducatif et psychologique. Sa mission est de lutter contre la maltraitance de l'enfant notamment d'ordre sexuel depuis 1987 à Evreux et dans le département de l'Eure.

Elle propose des formations ouvertes à tous et des programmes de prévention et d'intervention à l'éducation à l'école.

Dans l'Eure en 2008, on note 1881 informations signalantes concernant 2195 enfants dont 82.61 % en situation de risque, et 17.21 % situations en danger.

II.9.4 L'Antenne Médico Judiciaire d'Evreux

Elle est initiée par l'association "la voix de l'enfant" et est représentée par "la cause de l'enfant". Elle comprend deux psychologues, des médecins dont un médecin légiste, trois assistantes sociales .

Elle est munie d'une salle d'audition dans le Centre Hospitalier d'Evreux à côté des urgences. Cette salle est équipée d'une caméra qui filme les entretiens menés par un adulte (gendarme ou policier) et l'enfant concerné. Les représentants légaux sont dans une salle d'attente à coté, ils sont souvent accompagnés par une assistante sociale ou une psychologue. L'enfant est informé qu'il sera filmé, et que ses parents ou représentants ainsi que la psychologue sont dans une salle juste à côté. Les locaux lui sont présenté.

L'Antenne Médico Judiciaire d'Evreux est sollicité par les services de police et/ou gendarmerie, souvent par réquisition.

Les médecins généralistes ne peuvent pas envoyer directement les enfants à l'Antenne Médico Judiciaire, ils peuvent les joindre pour demander conseil, mais doivent passer par les services de police au préalable.

Les médecins, en connaissant la structure, peuvent commencer à informer l'enfant de la procédure de l'interrogatoire et du lieu ce qui permet à l'enfant d'y aller plus sereinement.

II.10 Le Centre Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA)

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, les autorités judiciaires, la Préfecture (Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, le Groupement régional de santé publique, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou DDASS), l'Agence régionale de l'hospitalisation et le Département se sont associés pour proposer aux victimes de violences une prise en charge multidisciplinaire dans un lieu unique : le C.A.S.A. (Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions), créé le 10 décembre 2007.

Le C.A.S.A. est destiné à simplifier le parcours médico-judiciaire des victimes, quelle que soit la cause des violences, pour faciliter la prise en charge médico-légale et le dépôt des plaintes auprès de la Justice.

Le patient peut avoir consulté une autre structure médicale ou un médecin généraliste (pouvant être ou non médecin traitant) au préalable. Il peut déjà disposer d'un certificat médical qui sera repris.

Les victimes peuvent y rencontrer des professionnels de santé, une psychologue, une assistante sociale, une association d'aide aux victimes. Dans certaines situations (urgence médico-légale, vulnérabilité...), les victimes ont aussi la possibilité d'être mises en contact avec un officier de police judiciaire pour recueillir leur plainte ou les protéger.

Le C.A.S.A. a un rôle d'écoute et de conseil. Il permet à la demande des victimes ou d'une autorité judiciaire par le biais d'une réquisition d'évaluer les violences, de recevoir des soins complémentaires, d'obtenir un certificat avec ITT pénale (Incapacité Totale de Travail), de rencontrer un(e) psychologue ou un(e) psychiatre, de rencontrer une assistante sociale.

Le C.A.S.A. est situé à l'Hôpital Charles Nicolle dans le Pavillon Dévé 2 (Rez-de-jardin – Service des Urgences).

Il est ouvert 7 jours sur 7 du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h , le samedi, le dimanche et les jours fériés de 9 h à 12 h 30.

Les victimes peuvent faire appel au C.A.S.A. en téléphonant au secrétariat : 02 32 88 82 84.

Les professionnels intra ou extrahospitaliers, intervenant dans la prise en charge des victimes de violences, peuvent faire appel au C.A.S.A. en téléphonant au secrétariat pendant les horaires d'ouverture.

III. MATERIEL ET METHODES

III.1. Constitution de l'échantillon

Tout médecin généraliste exerçant dans l'Eure était inclus.

Ils peuvent exercer une activité libérale ou mixte, en milieu rural, semi rural ou urbain, être installés ou remplaçants

Sont exclus les médecins généralistes n'exerçant pas dans l'Eure et les internes en médecine générale.

Pour réunir les adresses électroniques nous avons fait appel à nos propres connaissances de médecins généralistes, acceptant pour certains de nous diffuser les adresses électroniques de médecins constituant les EOLES pour les gardes.

Le questionnaire a été envoyé deux fois à ceux qui n'ont pas répondu.

III.2. Présentation du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé via le site web Survey Monkey. Il était précédé d'un texte expliquant le choix du sujet et l'objectif de ce travail.

Les questions étaient fermées, à choix multiples, pour permettre d'y répondre en un temps restreint et, par ce biais, obtenir une participation plus importante des médecins. Il comportait 29 questions, et le temps estimé pour répondre au questionnaire était de 5 minutes.

La première partie portait sur les caractéristiques sociodémographiques des médecins et de leur mode d'exercice en 4 questions.

La seconde partie intitulée « le cabinet et la maltraitance » comportait 10 questions : celle-ci s'intéressait au signalement de maltraitance, à la répercussion psychologique de la maltraitance, à la difficulté en tant que médecin généraliste de signaler .

La troisième partie intitulée « le signalement et les organismes » s'intéressait à la connaissance des médecins généralistes des différents organismes pouvant les aider au signalement et à leur capacité à pouvoir contacter ces organismes facilement.

III.3. Analyse statistique

Nous avons reporté les réponses du questionnaire dans un tableau Microsoft Excel.

Les données ont ensuite été traitées à l'aide d'un logiciel XLSTAT 2017.

Les échantillons ont été comparés deux à deux par un test paramétrique t de *Student*.

Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative.

IV. RESULTATS

Nous avons recueilli 51 réponses sur les 165 envois par mails aux médecins généralistes de l'Eure auxquels nous avons fait parvenir le questionnaire. Le questionnaire a été renvoyé 2 fois aux médecins non répondants.

La participation à notre étude est de 33 %.

Dans nos résultats nous comparerons deux groupes de médecins, ceux ayant déjà fait au moins un signalement de maltraitance (n = 22) et ceux n'ayant jamais signalé de cas de maltraitance (n = 29).

IV.1. Les caractéristiques des médecins

Seuls 34 médecins ont répondu à la question sur leur mode d'exercice. 23 d'entre eux sont installés en cabinet de groupe et 11 dans un cabinet seul (figure 12).

51% des médecins ont une activité semi rurale. (figure 12).

26 des médecins ayant répondu au questionnaire sont des hommes soit 51.02% de l'effectif contre 48.98 % des femmes (n = 25).

Parmi ceux qui ont déjà fait au moins un signalement 45.5% sont des femmes contre 51.7% dans le groupe non signalant. Le sexe du médecin n'est pas significativement associé au fait de signaler (p = 0.665).

64.71% des médecins exercent depuis plus de 10 ans en cabinet et 66.67% des médecins ont plus de 40 ans (figures 13 et 14).

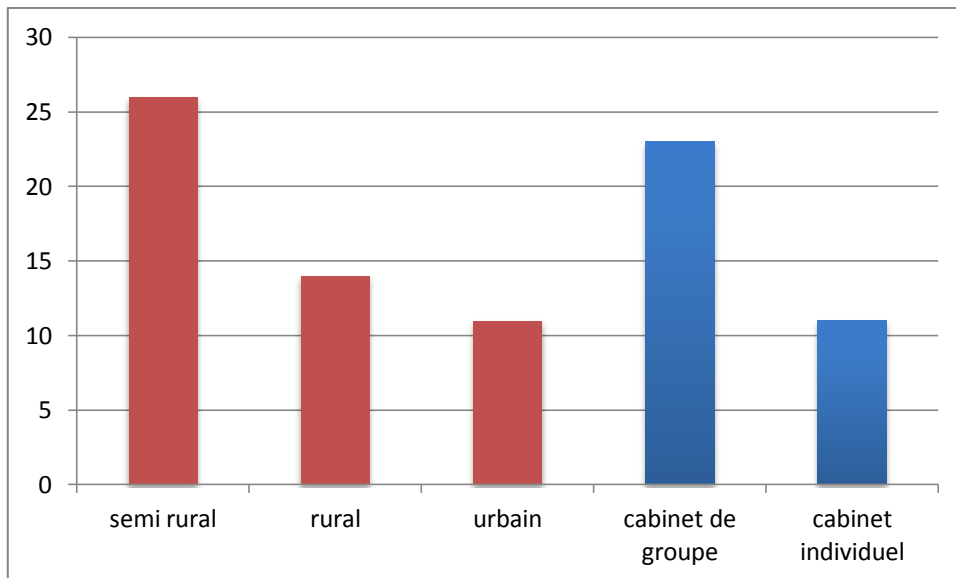


Figure 12 : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur mode d'exercice. En rouge répartition selon le lieu d'exercice, en bleu répartition selon le type de cabinet. 51% (n = 25) des médecins ont une activité semi rural, 27% (n = 14) ont une activité rural, 21% (n = 11) ont une activité urbaine . 45% des médecins exercent en cabinet de groupe.

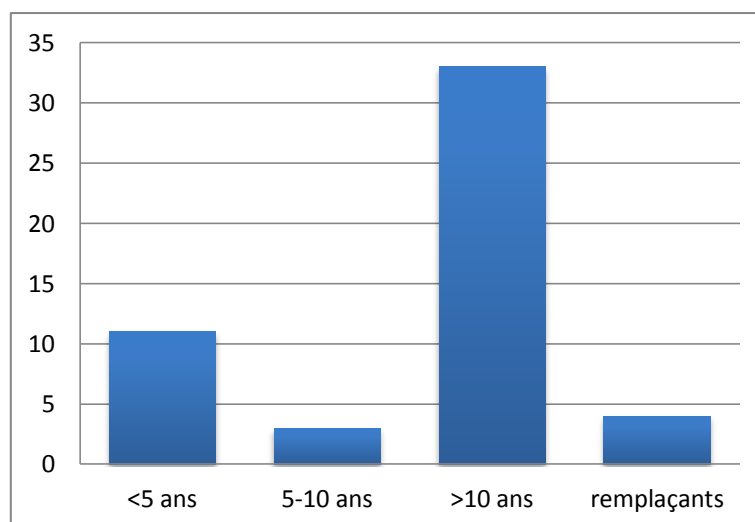


Figure 13 : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur nombre d'années d'exercice. 64.7% (n = 33) des médecins exercent depuis plus de 10 ans, 21% (n =11) depuis moins de 5 ans, 7 % (n = 4) sont remplaçants et 5 % (n = 3) ont entre 5 et 10 ans d'expérience.

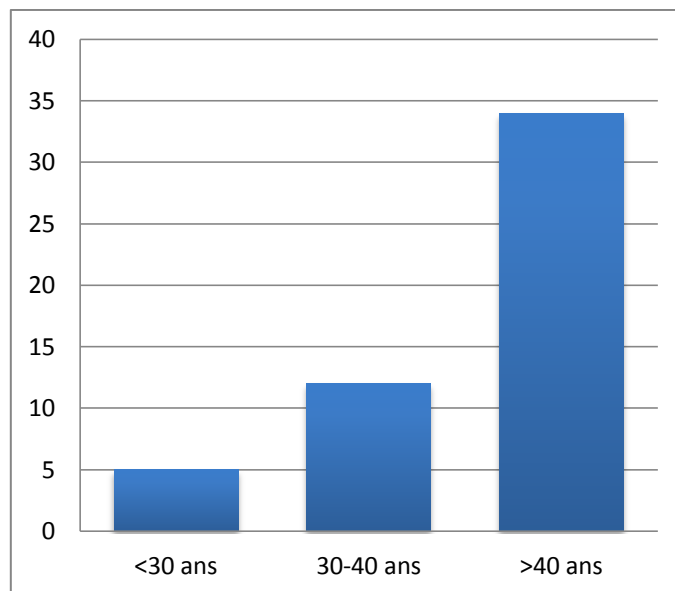


Figure 14 : Répartition du nombre de médecins interrogés selon leur âge.
 67% (n = 34) des médecins ont plus de 40 ans, 23% (n =12) ont entre 30 et 40 ans, 9% (n = 5) ont moins de 30 ans.

IV.2. Le cabinet et la maltraitance

IV.2.1. Les arguments influençant le signalement

29 (58 %) des médecins n'ont jamais fait de signalement d'enfants maltraités ou suspect de maltraitance.

Sur les 22 médecins ayant déjà fait un signalement, ce dernier reposait surtout sur des lésions physiques de maltraitance : 10 (52.55 %) médecins ont signalés un cas de maltraitance sur des lésions physiques, 6 (31 %) sur des négligences lourdes, 3 (22 %) sur des signes psychologiques.

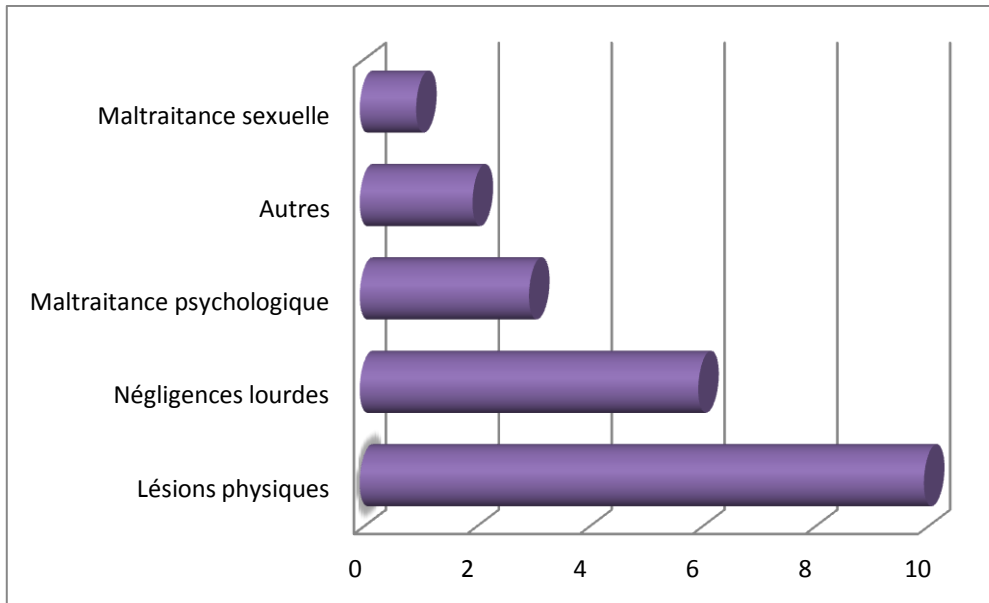


Figure 15 : Comparaison des différents arguments influençant le signalement par les médecins généralistes. 10 (52.55%) médecins ont signalé un cas de maltraitance sur des lésions physiques, 6 (31%) sur des négligences lourdes, 3 (22%) sur des signes psychologiques. Les maltraitements sexuelles n'ont été citées que par 1 médecin .

IV.2.2. Les conséquences psychologiques de la maltraitance

42 des médecins (82.35 %) rapportent avoir des patients adultes ayant été maltraités dans l'enfance.

Ils estiment dans 93.18 % des cas qu'il y a des répercussions psychologiques ou psychiatriques. A égalité, le syndrome dépressif (73.17 %) et l'anxiété sont les principales répercussions notées par les médecins, notifiées 30 fois chacune. Le syndrome de stress post traumatique n'a été noté que 3 fois.

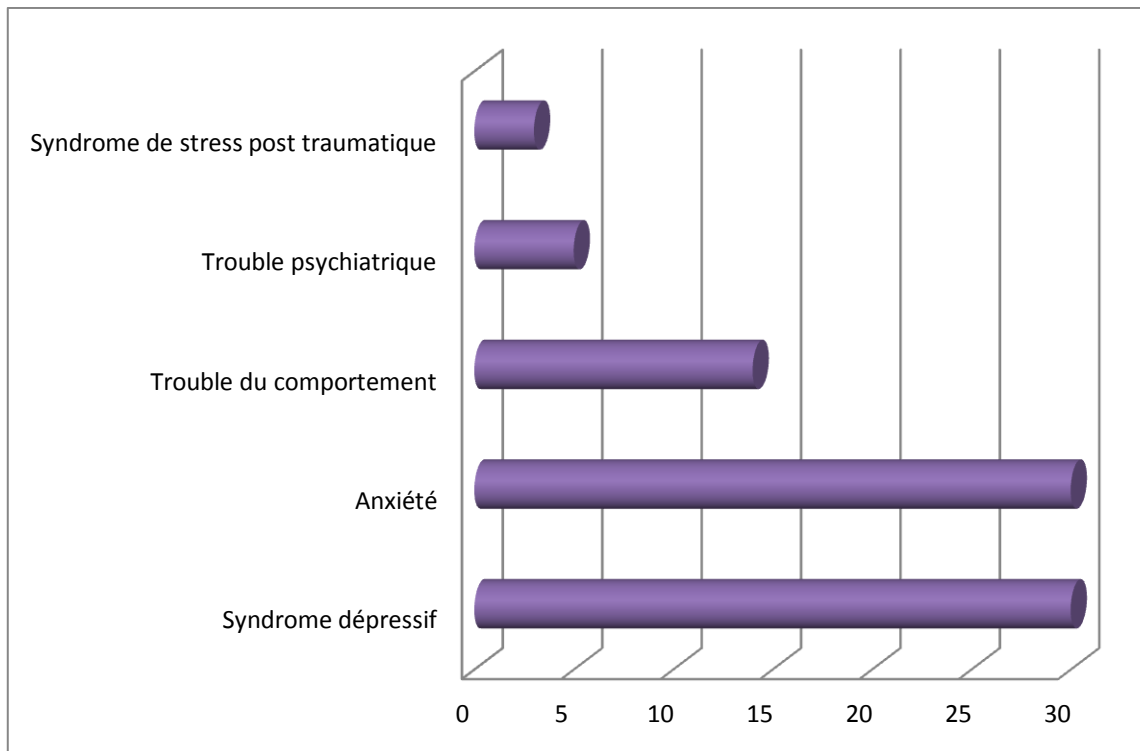


Figure 16: Comparaison des différentes répercussions psychologiques ou psychiatriques constatées en fonction des médecins généralistes. Le syndrome dépressif et l'anxiété ont été notifié 30 fois chacun. Les troubles du comportement ont été cités 13 fois. Les troubles psychiatriques sont cités 4 fois. Le syndrome de stress post traumatique n'a été noté que 3 fois.

IV.2.3. Le rôle du médecin généraliste

Trente-trois des médecins estiment qu'être le médecin de famille ne facilite pas le signalement d'enfants maltraités ou suspects de maltraitance.

Parmi les médecins ayant fait un signalement, 45.5 % pensent qu'être le médecin de famille facilite le signalement contre 27.6 % dans le groupe non signalant. Il n'y a pas de lien significatif retrouvé influençant le signalement ($p = 0.193$).

	Au moins 1 signalement	jamais signalé	p
Etre le médecin de famille facilite le signalement	45.5%	27.6%	0.193

Tableau 1. Comparaison de l'influence du statut de médecin de famille entre les groupes de médecins ayant déjà signalés et jamais signalés.

La crainte d'engager leur responsabilité professionnelle lorsqu'ils veulent effectuer un signalement est présente chez 23.53 % des médecins (n = 12), contre 76.47 % (n = 39) des médecins qui ne pensent pas engager leur responsabilité professionnelle en signalant.

Parmi les médecins ayant fait un signalement, 4.5 % ont peur d'engager leur responsabilité professionnelle contre 34.5 % dans le groupe non signalant. Il y a un lien significatif entre le fait de signaler et d'engager sa responsabilité professionnelle (**p = 0.009** avec un intervalle de confiance de [-0,522 ; - 0.077]).

	Au moins 1 signalement	jamais signalé	p
Peur d'engager leur responsabilité professionnelle	4.5%	34.5%	0.009 [-0,522 ; - 0.077]

Tableau 2 : Comparaison de l'influence du facteur d'engagement de la responsabilité professionnelle entre les groupes de médecin ayant déjà signalés et jamais signalés.

IV.2.4. La salle d'attente

90.2 % des médecins (n = 46) n'ont pas d'affiche sur la maltraitance infantile dans leur salle d'attente.

Parmi les 5 médecins ayant une affiche dans leur salle d'attente, toutes ont le numéro 119 affiché.

IV.2.5. L'origine ethnique des patients

82.35 % des médecins (n = 42) trouvent que l'origine ethnique n'influence pas la définition de la maltraitance alors que 17.65 % (n = 9) trouvent que cela influence la définition de maltraitance.

IV.3. Le signalement et les organismes

IV.3.1. Les organismes d'aide à l'enfance

62.75 % des médecins (n = 32) connaissent des organismes d'aide à l'enfance. Dix-neuf médecins ont répondu qu'ils n'en connaissaient pas (37.24 %).

Les deux organismes les plus cités par les médecins généralistes sont :

- la Protection Maternelle Infantile (PMI) citée 16 fois sur 32 médecins répondant à la question
- l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) citée 15 fois.

Les autres organismes sont moins sollicités par les médecins, le SNATED a été noté par 5 médecins, la CRIP 4 fois, l'hôpital 2 fois comme le conseil général, le CASA, le CAC, le CMP.

Certains organismes n'ont été cités qu'une fois par certains médecins généralistes notamment la Gendarmerie, le Procureur de la République, l'enfant bleu, le Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP), l'Enfance et Partage, la maison des adolescent, la Famille d'accueil EPIDE (figure 17).

Un seul des médecins a répondu qu'il avait la liste des organismes dans son bureau.

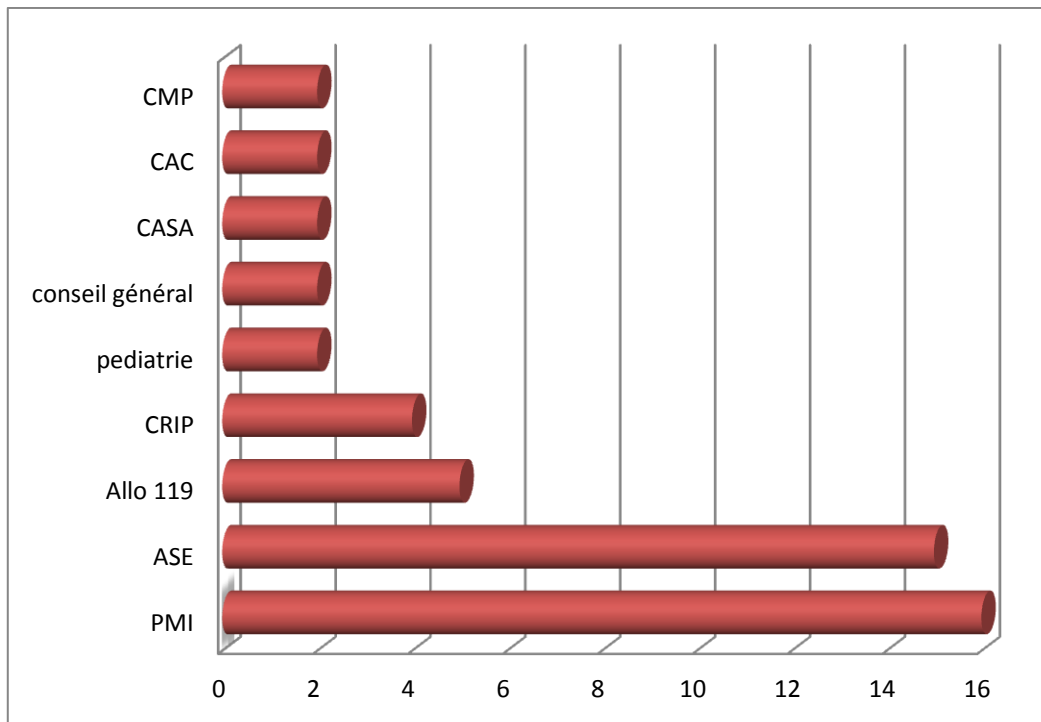


Figure 17: Comparaison des différents organismes d'aide à l'enfance connus par les médecins généralistes. La PMI a été citée 16 fois par les médecins, l'ASE a été citée 15 fois. Les autres organismes sont moins sollicités par les médecins, le SNATED a été noté par 5 médecins, la CRIP 4 fois, l'hôpital 2 fois comme le conseil général, le CASA, le CAC, le CMP.

Parmi les médecins ayant déjà signalé, 72.7 % connaissaient des organismes d'aide à l'enfance contre 55.2 % dans le groupe non signalant (tableau 3). Il n'y a pas de lien significatif entre le signalement et la connaissance d'organismes d'aide à l'enfance ($p = 0.207$).

	Au moins 1 signalement	jamais signalé	P
Connaissance d'organismes d'aide à l'enfance	72.7%	51.7%	0.207

Tableau 3 : Comparaison de l'influence du facteur de connaître des organismes d'aide à l'enfance entre les groupes de médecins ayant déjà signalé et jamais signalé.

Treize médecins trouvent qu'ils sollicitent facilement les organismes. Six médecins ont ignoré cette question.

Parmi les plus facilement sollicités, on retrouve la PMI pour 5 d'entre eux, la CRIP pour 2 des médecins. L'ASE, le CAC, une maison d'accueil (dont le médecin généraliste est le médecin référent) sont cités une fois.

Parmi les raisons pour lesquelles les médecins ne sollicitent pas les organismes, le temps limité des consultations est un argument majeur (26.47 %), cité par 9 médecins. Six médecins trouvent que les coordonnées sont difficiles à trouver et qu'il est difficile de les joindre. Deux médecins disent ne pas obtenir de renseignements lorsqu'ils les contactent.

Enfin, la majorité des médecins (20) ont d'autres raisons à la non sollicitation des organismes que celles citées ci-dessus (figure 18).

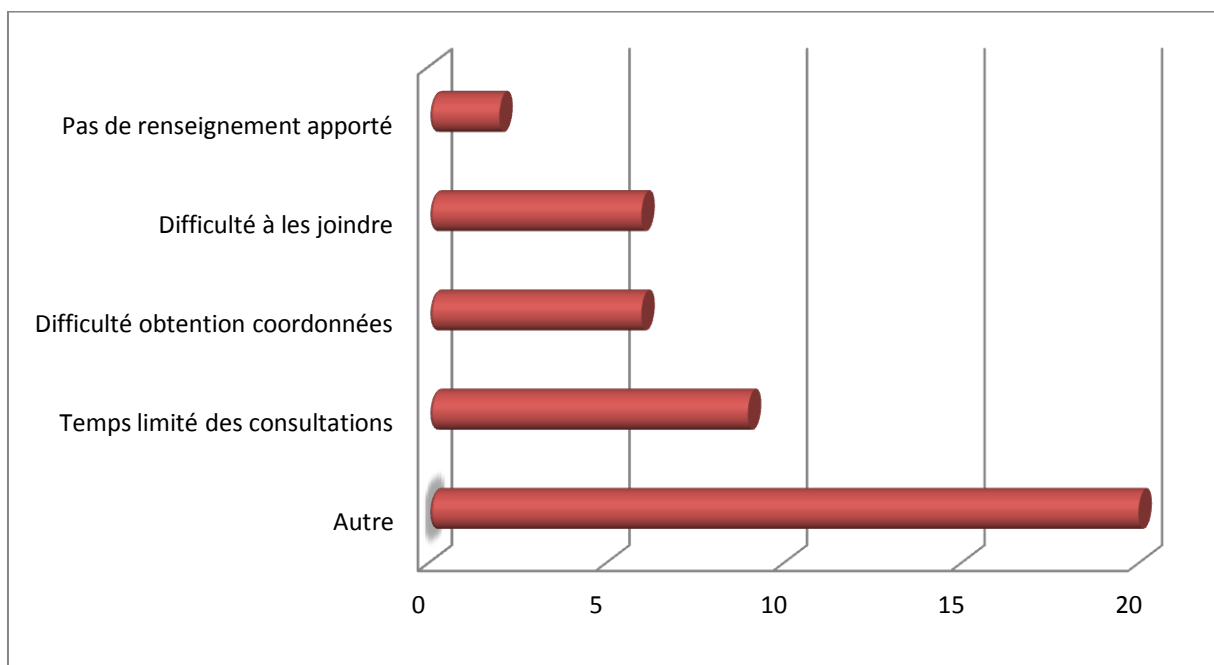


Figure 18 : Comparaison des raisons de non sollicitation des organismes d'aide à l'enfance connus en fonction des médecins généralistes. La majorité des médecins (20) ont mis autres comme raison à la non sollicitation des organismes. 9 d'entre eux trouvent que le temps des consultations est limité, 6 d'entre eux trouvent que les coordonnées sont difficile à trouver et qu'il est difficile de les joindre. Pour 2 d'entre eux ils n'obtiennent pas de renseignements lorsqu'ils les contactent.

IV.3.2. La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

66.67% des médecins (n = 34) ne connaissent pas la CRIP.

Parmi les médecins ayant fait un signalement, 36.4% connaissent la CRIP contre 31% dans le groupe non signalant. Il n'y a pas de lien significatif entre le signalement et la connaissance de la CRIP ($p = 0.696$).

	Au moins 1 signalement	Jamais signalé	p
Connaissance de la CRIP	36.4%	31%	0.696

Tableau 4 : Comparaison de l'influence du facteur de connaître la CRIP parmi les médecins ayant déjà fait un signalement et jamais signalés.

IV.3.3. Retours des signalements émis

Sur les 36 réponses obtenues, 29 médecins n'ont jamais reçu de retour de leur signalement (80.56 %) et 7 médecins ont eu un retour. Cinq des vingt-deux médecins ayant fait un signalement ont reçu un retour du signalement soit 22.72 %.

Vingt médecins (60.61 %) pensent que s'ils étaient assurés de recevoir un retour de leur signalement cela les inciterait à faire un signalement. Parmi les médecins ayant signalé, 17 n'ont pas eu de retour (77 %) et 10 d'entre eux signaleraient plus s'ils avaient un retour (45.4 %).

Six organismes sont cités comme ayant déjà tenu informé le médecin du signalement effectué. Tous ces organismes n'ont été cités qu'une seule fois par les médecins :

- PMI

- L'Hôpital
- Les acteurs locaux
- La CRIP
- La Famille et l'école
- L'organisme Enfance et Partage

IV.3.4. Le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA)

62.75% des médecins (n = 32) ne connaissent pas le CASA.

Parmi les 19 médecins qui le connaissent, un seul a adressé un enfant maltraité ou à risque de l'être au CASA.

Parmi les raisons qui poussent les médecins de l'Eure à ne pas adresser d'enfant au CASA, le manque d'information sur ce centre a été énoncé par 12 médecins. Huit médecins n'y ont pas pensé, sept pensent qu'il y a pas d'indication pour les enfants et deux que ce n'est pas le rôle du CASA. Enfin, treize médecins évoquent d'autres raisons de ne pas adresser les enfants au CASA (figure 19).

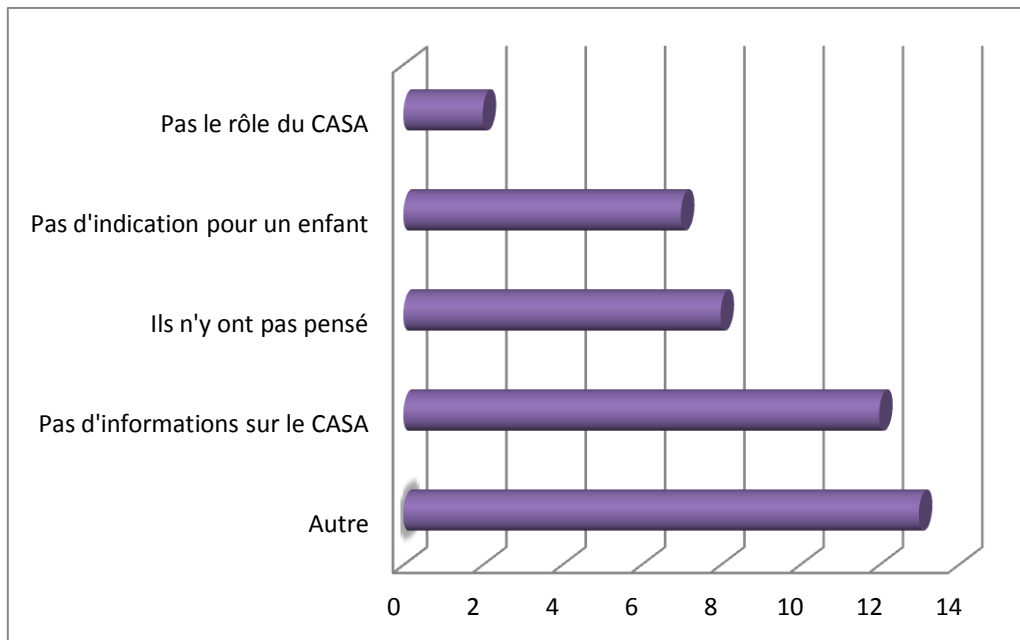


Figure 19: Comparaison des différentes raisons de ne pas adresser les enfants au CASA en fonction des médecins généralistes. 13 des médecins ont marqué autres comme raison de ne pas adresser les enfants au CASA. L'absence d'informations est noté par 12 médecins, 8 d'entre eux n'y ont pas pensé, et le reste des médecins trouvent qu'il n'y a pas d'indication pour les enfants (n=7) et que ce n'est pas le rôle du CASA (n=2).

Parmi les médecins ayant déjà fait un signalement, 27.3% connaissent le CASA contre 44.8% dans le groupe non signalant. Il n'y a pas de lien significatif entre le signalement et le fait de connaître le CASA ($p = 0.207$).

IV.3.5. L'Antenne Médico Judiciaire d'Evreux

78.43% des médecins ne connaissent pas l'AMJ d'Evreux (n = 40).

Parmi les médecins ayant déjà signalé, 22.7% connaissent l'AMJ contre 20.7% dans le groupe non signalé ($p = 0.864$). Il n'y a pas de lien significatif entre le fait de signaler et de connaître l'AMJ.

IV.3.6. Démarche de signalement en cabinet

Pour 34 médecins (70 %), les démarches ne sont pas claires et peu applicable en cabinet.

Parmi les médecins ayant fait un signalement, 22.7 % trouvent que les explications sont claires et applicables en cabinet contre 34.7% dans le groupe non signalant. Il n'y a pas de lien significatif entre le signalement et les explications claires et applicables en cabinet ($p = 0.372$) (tableau 5).

	Au moins 1 signalement	jamais signalé	p
Explications claires et applicables en cabinet	22.7%	34.5%	0.372

Tableau 5 : Comparaison de l'influence du facteur que les explications soient claires et applicables en cabinet entre le groupe ayant déjà signalé et jamais signalé.

IV.3.7. Modification du contenu des informations sur la maltraitance par les médecins

Nous avons obtenu 6 réponses de la part des médecins généralistes.

Un des médecins souhaiterait qu'on « facilite le contact avec un numéro d'un juriste ou d'un conseiller "d'astreinte" ». Il pense que « déclarer par mail peut paraître trop distant et déshumanisant ».

Un autre déclare que " le signalement devant tout doute est facilité par mail ou téléphone. Il est facilité par la confidentialité vis à vis de la famille. Quand le signalement déclenche une enquête on voudrait être sûr qu'il est sans risque de mise en cause en l'absence de fait s'il existe une réelle inquiétude."

Un des médecins émet l'hypothèse d'"un site WEB dédié (type gestaclic/pediadoc...)".

Un praticien aimerait « avoir une brochure avec des coordonnées de l'ensemble des intervenants et en tout premier 3 structures : CASA, AMJ, CRIP ». Il précise : « les

signalements que j'ai réalisé n'étaient pas une urgence vitale immédiate (donc pas d'indication CASA) mais une nécessité d'évaluation de la situation à domicile pour mettre en place des structures d'aide avant éventuel placement si nécessaire. »

Un médecin déclare : "compte tenu du manque de temps, de la charge de travail, mes 2 interlocuteurs sont les services sociaux et les infirmières scolaires".

Le dernier note qu'il n'a « malheureusement [...] pas assez de connaissances sur les démarches à suivre... ».

	Au moins un signalement		Jamais signalé		p
	n (22)	%	n (29)	%	
Femmes	10	45.5	15	51.7	0.665
Responsabilité professionnelle	1	4.5	10	34.5	0.009
Médecin de famille	10	45.5	8	27.6	0.193
Connaissance organismes	16	72.7	16	55.2	0.207
CRIP	8	36.4	9	31	0.696
Explications claires et applicables	5	22.7	10	34.7	0.372
CASA	6	27.3	13	44.8	0.207
UMJ	5	22.7	6	20.7	0.864

Tableau 6 : Récapitulatif des différents résultats statistiques. Ce tableau montre un lien significatif entre le fait de craindre un engagement de la responsabilité professionnelle et le fait de ne pas signaler une maltraitance. Il n'existe pas de différences significative dans le fait d'être une femme et de signaler. Le médecin de famille ne semble pas être un frein significatif au signalement. La connaissance des différents organismes globaux et ceux près de chez soi (CRIP, CASA, UMJ) n'est pas un facteur significatif pour ne pas signaler une maltraitance.

V. DISCUSSION

V.1. Le médecin et le signalement

Notre étude montre que la moitié des médecins n'a jamais fait de signalement. Ils ont dans leur patientèle des adultes victimes de maltraitance dans 82% des cas avec des conséquences psychologiques.

En Suède, seulement 10% des signalements de maltraitance provenaient des médecins généralistes. Dans les pays industrialisés y compris les pays de l'Est de l'Europe, où l'incidence de la maltraitance de l'enfant est plus élevée qu'en Suède, environ 10% des enfants vus par leur médecin généraliste ont été exposés aux abus les années précédentes. [36]

Dans une thèse sur l'étude des cas de maltraitance infantile au CASA en 2011, on note qu'un tiers des enfants victimes de maltraitance scolaire consulte auparavant leur médecin généraliste.

Dans notre étude, la majorité des médecins généralistes ne connaissent pas le CASA, et seul un des 19 médecins qui le connaissent a déjà envoyé un enfant pour avis. La plupart des médecins ne possèdent pas d'indication sur le CASA et ne trouvent pas que c'est un endroit adapté pour un enfant. En 2011, le CASA a vu 665 enfants victimes de violences scolaires, sur la voie publique et à domicile. [37]

Les freins au signalement sont assez similaires dans différentes études.

L'engagement de la responsabilité professionnelle des médecins

Dans une thèse réalisée en 2012 à Grenoble, sur le signalement des maltraitances par les médecins généralistes, on constate que 72% des médecins n'ont pas peur des poursuites judiciaires en signalant [38]. Cela rejoint le chiffre de 76.47% dans notre étude.

Dans une enquête sur la connaissance et place des médecins généralistes en Ille et Vilaine, seulement 9% des médecins avaient peur d'engager leur responsabilité surtout

professionnelle [39]. Paradoxalement en réalisant un test statistique, on retrouve dans notre étude un lien significatif entre le fait de signaler et la peur d'engager une responsabilité professionnelle ($p = 0.009$).

Le fait d'être le médecin de famille

Dans notre étude, 66% des praticiens trouvent qu'être le médecin de famille freine au signalement.

Dans une étude de 21 médecins généralistes de St Etienne, on note que sur les 11 enfants qui ont été signalés, 6 familles ont fait une rupture avec leur médecin de famille [40]. Les médecins craignent d'engager leur statut de professionnel de confiance et de créer une rupture avec la famille, ce qui peut entraîner un retard au signalement.

Le non-retour des signalements effectués.

Dans notre étude, 60% des médecins pensent que le retour des informations les influencerait pour effectuer des signalements.

Dans une enquête auprès de médecins généralistes de Saint Etienne en 2012, sur les 15 signalements ou informations préoccupantes transmises, un seul médecin avait reçu un accusé de réception du Conseil général. Le ressenti des médecins était une impuissance face à l'absence d'informations [40].

Dans l'étude sur la connaissance et place des médecins généralistes en Ille et Vilaine, l'absence de non-retour des prises en charge était évoquée comme un frein par 21.7 % des médecins [39].

En Suède, sur les 37 médecins qui ont signalés, seuls 17 ont reçu un retour de leur signalement du service de protection des enfants [36].

Le manque d'information

71% des médecins trouvent que les démarches pour signaler ne sont ni claires ni applicables en cabinet. On retrouve ce résultat dans l'étude suédoise où les problèmes de communication, d'information sur le fonctionnement des services de protection de l'enfance rendent le signalement moins facile par les médecins [36].

44% des médecins indiquent le besoin de soutien de la part des différents acteurs médicaux ou sociaux. [36]

Les modifications que les médecins apporteraient pour faciliter le signalement sont assez similaires dans les études. Ils aimeraient un contact téléphonique avec un interlocuteur tel qu'un juriste ou un conseiller d'astreinte.

Un circuit clair ou une brochure avec différentes coordonnées de l'ensemble des intervenants dans son département faciliterait le signalement. Ceci peut aussi s'apparenter à la question d'un site internet dédié évoqué dans notre étude. [38-39]

V.2. Les conséquences psychologiques de maltraitance

Dans notre étude les médecins généralistes affirment que parmi leurs patients adultes ayant été maltraités 93% d'entre eux ont des répercussions psychologiques et/ou psychiatriques.

C'est la notion de plasticité cérébrale, l'influence des facteurs environnementaux sur le fonctionnement de l'encéphale, qui explique ce chiffre. Le cerveau apparaît comme une structure plastique dont le développement postnatal se réalise principalement sous l'effet de stimuli extérieurs.

Les travaux de Kandel ont montré que les connexions synaptiques et l'expression de certains gènes se modifient en fonction des expériences vécues et des apprentissages réalisés. [41]

Quel que soit le type de maltraitance, les études s'entendent sur le fait qu'elle accroît significativement le risque de maladie psychiatrique à l'âge adulte (le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité type borderline, le syndrome dépressif, le trouble anxieux, la dépendance aux substances, les troubles psychotiques, le syndrome de stress post-traumatique). [42]

L'axe Hypothalamo-Hypophysaire est le système principal de régulation du stress. L'excès de glucocorticoïdes qui découlerait de cette hyperactivité de l'axe pourrait rendre compte des anomalies neuro-développementales observées chez les personnes victimes de maltraitements infantiles. [41]

Plusieurs études ont montré une réduction de la taille de l'hippocampe et un nombre moins important de neurones dans cette structure chez les sujets maltraités ou ayant vécu des événements de vie stressants dans l'enfance que chez des sujets non maltraités. [3]

Plus la maltraitance infantile est sévère, plus le gène NR3C1, dans sa région promotrice, sera méthylé et plus l'axe Hypothalamo hypophysaire sera activé secrétant ainsi plus de glucocorticoïdes.

Leur effet neurotoxique va perturber le développement du cerveau, ce qui va favoriser l'apparition de troubles psychiatriques à l'âge adulte . [3]

Les effets du stress chronique s'observent sur la mémoire, à travers une hyperactivité précoce, une analgésie à la douleur, une élévation du seuil de la vigilance, une suppression des défenses immunitaires et apparition de symptômes dissociatifs. La précocité du stress associée à un développement d'un PTSD a, alors, un impact très nocif sur le développement cérébral de l'enfant. [21]

La persistance du PTSD sera d'autant plus longue que la victime est directe, de sexe féminin et que le traumatisme ait eu lieu tôt dans sa vie.

Dans une étude réalisée par Ackerman sur des mineurs âgés de 7 à 13 ans ayant subi une agression physique : la prévalence du PTSD est de 26%, et passe à 55% si une agression sexuelle y est associée.

Ces données soulignent l'importance des traumatismes qui surgissent dans le début de la vie comme étant ceux dont les séquelles sont les plus persistantes dans le temps [41]

Dunn et al. travaillent sur le repérage de périodes sensibles pour que les effets de la maltraitance entraînent plus ou moins de conséquences psychopathologiques . [42]

Ils montrent dans leur étude que plusieurs publications sont contradictoires sur le fait de la survenue de symptômes en fonction de la période des violences. Certaines montrent que plus la violence est précoce, plus est associé plus tard un syndrome dépressif. [42]

D'autres études montrent que la violence dans l'adolescence est plus nocive que la violence précoce.

Leur étude réalisée sur des adolescents de 13 à 18 ans montrent que les filles ont plus souvent des répercussions à types d'anxiété, de dépression, et que les garçons ont des troubles du comportements et une consommation de substances illicites. Il existe une différence significative dans le fait que la violence soit exercée par une personne tierce de la famille ou l'exposition pendant l'adolescence soit à l'origine de trouble psychopathologique. L'étude n'a pas permis de trouver une tranche d'âge pendant l'adolescence qui provoquerait plus de troubles psychopathologiques. [42]

Dans notre étude le syndrome dépressif et l'anxiété sont les conséquences psychologiques les plus retrouvées par les médecins généralistes. Les troubles psychiatriques, les troubles du comportement et le syndrome de stress post traumatique sont peu évoqués par les médecins.

V.3. Les organismes

Dans notre étude, plus de la moitié des médecins connaissent des organismes d'aide à l'enfance : les plus rapportés sont la PMI, l'ASE.

Dans l'étude sur les médecins généralistes en Ille et Vilaine, l'hôpital et la PMI sont retrouvés comme étant deux interlocuteurs privilégiés. [39]

On retrouve ce résultat dans la thèse de 2012 à Grenoble sur la place des médecins généralistes face à la maltraitance. [38]

Ces 2 structures sont facilement accessibles, connues des patients et des médecins et l'on trouve leur coordonnées facilement. [39]

Le numéro 119 n'est cité que par 5 médecins dans notre étude. Et aucun des médecins ne pense à le solliciter. On retrouve ce résultat dans la thèse de 2012 où plus de la moitié des praticiens ne connaît pas le SNATED [38]. Pourtant le SNATED a un rôle premier d'écoute et de transmission des IP à la CRIP du département concerné.

Dans notre étude la CRIP n'est connue par les médecins généraliste que dans 33%.

Il existe un manque de connaissance et d'information des médecins par rapport aux organismes d'aide au signalement tels que le SNATED et la CRIP.

Dans l'étude des médecins en Ille et Vilaine, le procureur de la République était cité comme interlocuteur privilégié des médecins généralistes chez 48.3 % des médecins interrogés.

La définition de l'information préoccupante était ignorée dans 70% des médecins dans cette étude.

41.3 % n'avaient jamais entendu parler de la loi du 5 mars 2007. La différence entre IP et signalement judiciaire était inconnue dans 79.5% des cas. [39]

V.4. Limites et avantages

Le questionnaire a été envoyé par mail via un site aux différents médecins généralistes exerçant dans l'Eure. Le recueil des adresses mails s'est fait selon les différents stages effectués au cours de l'internat.

Les adresses des médecins exerçant à la faculté de médecine ont été plus faciles à trouver.

Les questions étaient fermées, à choix multiples, pour permettre d'y répondre en un temps restreint et, par ce biais, obtenir une participation plus importante des médecins. Le fait de réaliser un questionnaire à questions fermées et ouvertes induit un biais de formulation avec un risque de non compréhension des questions par les répondants.

Les médecins ont participé de façon volontaire au questionnaire, ceux qui ont choisi d'y répondre sont peut-être plus sensibles au problème de la maltraitance infantile. Cela induit un biais de sélection.

Il existe un biais de mémorisation où le participant cherche à se souvenir des réponses qu'il a fait auparavant pour les homogénéiser.

V.5. Perspectives et propositions

1. Favoriser la coordination avec les acteurs locaux

L'absence de retour des signalements sur le devenir de ce signalement et le devenir des enfants est un point important pour le praticien. Ne pas connaître le suivi et la conséquence de ses actes et des décisions difficiles à prendre est un frein considérable au signalement.

Les médecins désirent se sentir soutenus par les différents acteurs locaux. Ils voudraient pouvoir interagir avec eux lorsqu'ils ont des doutes, partager leur questionnement et avoir une aide sur les démarches à réaliser.

Une liste de tous ces acteurs locaux pourrait être mise à disposition pour tous les médecins ainsi que le numéro direct du Procureur de la République.

Ne faudrait-il pas organiser une réunion à la CRIP pour tous les professionnels de santé leur expliquant le fonctionnement ?

2. Favoriser la formation continue des médecins sur la maltraitance des enfants

Les signes de repérage de la maltraitance semblent plutôt bien acquis pour les médecins et n'influencent pas le fait de signaler.

Le manque de formation se situe plutôt sur l'absence de connaissance des acteurs locaux, des lois régissant la maltraitance et de la CRIP acteur phare dans le signalement. Une formation sur les différents types de signalement et leurs conséquences, qui sont pour la plupart du temps des mesures administratives, devrait être mise en place au cours des études médicales mais aussi de la formation continue.

Ils ressentent donc un certain isolement face à une suspicion de maltraitance.

Une formation sur le comportement du médecin face à un enfant alléguant des maltraitances ou des situations à risque de l'être pourrait être proposée. Comment croire l'enfant et s'assurer qu'il dise la vérité ?

La difficulté de signaler est de savoir si les dires de l'enfant sont réels ou influencés par un adulte (notamment dans le cas de séparation des parents). Les doutes concernant les révélations d'un enfant influencent le médecin à ne pas signaler.

Les médecins n'ont pas de formation pour recueillir la parole d'un enfant qui dévoile une maltraitance, comme on peut avoir des formations pendant les études sur l'annonce diagnostique.

À ce jour, le guide du NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) est le protocole d'entrevue ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherche, faisant référence dans de nombreux pays. Il guide l'examineur par une technique d'interrogatoire structuré, progressif et non suggestif, destinée à optimiser la fiabilité, la quantité et la qualité de l'information obtenue auprès d'un enfant. Il est applicable chez les enfants à partir de 3 ans et est centré sur l'emploi de questions dites ouvertes nommées "invitations" qui permettent d'interroger la mémoire de rappel des enfants pour apporter une information dont ils se souviennent. [43]

Il existe trois types d'invitations.

- L'invitation générale consiste à laisser l'enfant dire son discours et ne pas l'influencer sur un évènement précis. On pose comme question par exemple "dis-moi tout ce que tu sais".
- L'invitation avec indice consiste à revenir sur un élément important évoqué par l'enfant auparavant pour qu'il détaille ses dires.
- Enfin, l'invitation avec segmentation de temps consiste à se concentrer sur un moment particulier et précis qu'a évoqué l'enfant.

L'entretien se déroule en 3 phases.

- La phase pré-déclarative permet de faire connaissance avec l'enfant et lui expliquer les règles, s'assurer qu'il comprend bien les consignes. On lui explique qu'il peut dire qu'il ne connaît pas la réponse et s'assurer qu'il n'invente pas les réponses ou essaie de répondre à toutes les questions.
- La phase déclarative recueille les informations déclarées par l'enfant.

- La phase de clôture de l'entretien permet de remercier l'enfant pour son témoignage.
[43]

La durée des consultations d'un médecin généraliste ne permet pas forcément d'avoir un entretien détaillé comme avec la technique NICHD mais de connaître les grands principes et avoir des pistes pour le recueil de la parole de l'enfant pourrait les aider sur la véracité des dires d'un enfant.

VI. CONCLUSION

Le médecin généraliste est l'un des premiers acteurs à qui s'adressent les familles, les enfants lors d'un problème. Il est donc un maillon essentiel dans le repérage de possible maltraitance.

Notre étude a montré que la moitié des médecins généralistes n'a jamais fait de signalement. Il existe aussi un manque de connaissance sur les structures adaptées à la maltraitance notamment sur la CRIP dont le rôle est essentiel dans la transmission d'IP.

La solitude des médecins généralistes face à cette problématique pourrait être un frein à une action efficace. Pour contrer cela, il est indispensable de renforcer le réseau professionnel, notamment dans les domaines psycho-sociaux et juridiques. Une implication de ces corps de métiers dans les processus de formations paraît donc indispensable.

Il existe des structures voisines dans le département de l'Eure et de la Seine Maritime. Le CASA est un organisme de première ligne en Seine Maritime, les médecins généralistes peuvent adresser directement les enfants, ainsi que tout autre personne (y compris les victimes). Dans l'Eure c'est la CRIP qui centralise toute les informations et qui se situe en première ligne. L'AMJ se situe en seconde ligne, elle peut être sollicitée par le CRIP, les services de police ou gendarmerie. Un médecin ne peut envoyer directement un enfant à l'AMJ.

Les principaux freins au signalement que les médecins citent sont la peur de l'engagement professionnel, le fait d'être médecin de famille, le manque d'information et de formations sur les procédures de signalement.

La répercussion d'évènements stressants comme la maltraitance a un effet notable sur le développement neuronal, il est donc primordial de détecter de façon précoce des signes de maltraitance pour éviter les répercussions psychologiques à l'âge adulte.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Le quotidien du médecin. 12 octobre 2015. n°9440. p2
2. Loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé, parue au JORF n°0258 du 6 novembre 2015.
3. Perroud N. Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. L'information psychiatrique. 2014 ;90(9):733–739
4. La gazette de la Société Française d'Orthopédie Pédiatrique. 2010 octobre novembre (n°31)
5. Ordre National des médecins: la maltraitance, du phénomène de société au drame de santé publique. 4 avril 2002
<https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/maltraitance.pdf>
6. ONED, les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance
7. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, parue au JORF n°0063 du 15 mars 2016.
8. ONPE : protection de l'enfance, les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. 20160315_notedactu_loipe.pdf
9. Tursz A , Cheymol J. Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant. La revue du praticien. Vol 61. 2011 mai. 661-662 p.
10. OMS rapport adopté lors de la session du conseil national de l'OMS de février 2016
11. Guide pratique de Protection de l'enfance : Intervenir à domicile pour la protection de l'enfance. 19467_Guide_Interve.indd - guideintervention.pdf [Internet].
12. GIPED - Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger
<http://www.giped.gouv.fr/page/organisation>
13. ONPE-Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Le GIP enfance en danger
<http://www.onpe.gouv.fr/gip-enfance-en-danger>
14. ONPE-Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Le SNATED
<http://www.onpe.gouv.fr/snated>
15. SNATED- Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
<http://www.allo119.gouv.fr/>

16. ONPE-Observatoire National de la Protection de l'Enfance.
<http://www.onpe.gouv.fr>
17. ODAS-Observatoire national de l'Action Social
<http://odas.net>
- 18 Collège de la Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant. Repérage et conduite à tenir. 2014 mai.
maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
19. Tursz A. Facteurs de risque de maltraitance dans l'enfance. La revue du praticien. Vol 61. 2011 mai. 658-660 p
20. BLOCH, J., DENIS, P., JEZEWSKI-SERRA, D., et al. (2011). «Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans: Enquête nationale 2007-2009». INVS, 2011.
21. Govindama Y et al. Les conséquences des maltraitements physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant de 6 mois à 3 ans: émergence d'un syndrome pst traumatique. Psychologie Neurosciences Cognition Affectivité. mai 2016
22. TURSZA, A., SIMMAT-DURAND, L., GERBOUIN-REROLLE, P., VELLUT, N. et COOK, J. (2011). Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Rapport final, Paris: ONED
23. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Conférence de consensus. Maltraitance Conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitements sexuelles). Nantes 3 décembre 2014.
24. Tursz A, Vabres N et al. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. La revue du praticien. mai 2011. 653-657 p
25. Newton W A. Child maltreatment : a review of key literature in 2015. 2016, 28:395–399
26. Formathon Congrès de médecine générale. Repérage et signalement de maltraitance infantile. Dr Anne MATHEWS-GAULON. Pédiatriensociale Précarité. Hôpital de Flanche CHRU de Lille. 11.2013
27. STHENEUR C Repérage des situations de maltraitance psychologiques à l'adolescence, Archives de Pédiatrie, 2012 ; **19** : 213-214
28. Sibertin-Blanc D, Vidailhet C. Maltraitance et enfance en danger. Module 3. Maturation et vulnérabilité. Item 37. 108-109 p.
29. CIAVALDINI A, CHOQUET M. Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé? Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. 2003 novembre

30. Abdulaziz Alodhayani et al. Conséquences comportementales de la violence faite aux enfants. *Can Fam Physician*. 2013 Aug ; 59 (8) : e350-e356.
31. Bulletin annuel du SNATED n°4. Année 2015
32. Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2015
33. Ministère de l'éducation nationale (DGESCO). Politique éducative sociale et de la santé en faveur des élèves. QQ données chiffrées. Année 2011-2013. <http://eduscol.education.fr/2015>
34. Observatoire national de l'Enfance en Danger. Dixième rapport au gouvernement et au parlement. Mai 2015
35. schéma départemental enfance famille de l'Eure 2011 2015. [Schema-departemental-Eure.pdf](#)
36. TALSMA M ,BENGTSSON BOSTRÖM K, ÖSTBERG A-L. Facing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2015; 33: 21–26
37. Mokdad Benjamin. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineur. Faculté de médecine de Rouen. 2013
38. Hasna el Hanaoui-Atif. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
39. Amalia Arrieta. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Enquête prospective en Ille-et-Vilaine. [Rennes 1];2013.
40. Devevey J et al. Enfance en danger: pour mieux aider les familles en difficulté. Une enquête de pratique en médecine générale. *Vie professionnelle, recherche en soins primaires*. 2012 mai. p. 232-237
41. De Becker E, Leurquin F. L'impact des maltraitances physiques infantiles. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Elsevier*; 2010 . p. 746–751
42. Dunn E et al. Sensitive periods for the effect of childhood interpersonal violence on psychiatric disorder onset among adolescents. *The British Journal of Psychiatry*.
43. Morville A, Bénard M, Podlipski M-A, Larson M, Lopez G, Gerardin P. Recueillir la parole de l'enfant victime d'agression sexuelle selon le protocole du National Institute of Child Health and Human Development : enjeux, méthode et intérêts pour les intervenants du champ non judiciaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* . 2016 . 64(4):224–30.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 Coordonnées des différents acteurs sociaux

Parquet d'EVREUX : 02 32 29 55 55 (numéro ouvert 24h/24) Fax: 02 32 29 55 99

La CRIP d'EVREUX : 02 32 31 94 32 ou 02 32 31 96 10 – fax : 02 32 39 91 83 – E-mail : crip-27@cg27.fr.

le soir et le week end, permanence 24h/24 au standard du Conseil Général : 02 32 31 50 50

Liste des services sociaux de l'Eure

UTAS de Pont Audemer

1. Centre Médico Social de Beuzeville
297 rue Louis Pasteur
27210 Beuzeville
02 32 41 10 63
2. Centre Départemental de l'Aide Social et Centre Médico Social de Pont-Audemer
9 rue des Papetiers
27500 Pont-Audemer
02 32 41 11 57
3. Centre Médico Social de Brionne
petite rue Volais
27800 Brionne
02 32 44 84 70
4. Centre Départemental de l'Aide Social et Centre Médico Social de Bernay
733 rue Lobrot
27300 Bernay
02 32 43 26 18

UTAS de Louviers

1. Centre Médico Social de Bosc-Roger-en-Roumois
1 rue René Grouvel
27670 Bosc-Roger-en-Roumois
02 35 87 70 51
2. Centre Départemental d'Action Sociale et Centre Médico Social du Neubourg
2 rue de l'Hôpital (2ème étage)
27110 Le Neubourg
02 32 67 75 44
3. Centre Médico Social de Beaumont-le-Roger
14 rue Jules Ferry
27170 Beaumont-le-Roger
02 32 45 46 51
4. Centre Médico Social de Pont-de-l'Arche
45 rue du Général de Gaulle
27340 Pont-de-l'Arche
02 35 23 01 05
5. Centre Départemental d'Action Social et Centre Médico Social de Val-de-Reuil
28 avenue des Falaises
27100 Val-de-Reuil
02 32 59 16 82
6. Centre Départemental d'Action Sociale et Centre Médico Social de Louviers
26 rue Guy de Maupassant
27400 Louviers
02 32 09 46 56

UTAS de Vernon

1. Centre Médico Social de Fleury-sur-Andelle
rue du Général de Gaulle
12B-14A résidence de la Côte d'Or
27380 Fleury-sur-Andelle
02 32 49 52 21

2. Centre Départemental d'Action Social et Centre Médico Social des Andelys
rue Guynemer
27700 Les Andelys
02 32 54 19 81

3. Centre Médico Social de Gaillon
rue Paul Michel
27600 Gaillon
02 32 52 58 82

4. Centre Médico Social d'Etrépagne
7 rue Turgot 27150
Etrépagne
02 32 55 77 16

5. Centre Médico Social de Gisors
49 rue de Vienne
27140 Gisors
02 32 55 10 79

6. Centre Départemental d'Action Social de Vernon et CMS Vernon ville
rue de l'Industrie
27200 Vernon
02 32 71 24 72

7. Centre Médico Social de Vernon Les Valmeux
10 rue de la Renaissance
27200 Vernon
02 32 51 52 02

8. Centre Médico Social de Gasny
15 résidence Grenier à Grains
27620 Gasny
02 32 53 81 95

UTAS d'Evreux

1. Centre Médico Social de Pacy-sur-Eure
rue Albert Camus
27120 Pacy-sur-Eure
02 32 26 39 75

2. Centre Départemental de l'Action Social d'Evreux et Centre Médico Social d'Evreux Saint-Louis
19 rue Saint-Louis
27000 Evreux
02 32 39 86 71

3. Centre Médico Social d'Evreux Navarre
rue des Quinconces
27000 Evreux
02 32 38 12 13

4. Centre Médico Social d'Evreux Nétreville
12 rue Henri Dunant
collectif Corbières
27000 Evreux
02 32 39 57 53

5. Centre Départemental de l'Action Social et Centre Médico Social d'Evreux La Madeleine
11 rue Jean de la Bruyère
27000 Evreux
02 32 31 97 05

6. Centre Départemental de l'Action Social d'Evreux Campagne et Centre Médico Sociale de Saint-André-l'Eure
Maison du Département
5 rue Dubois
27220 Saint-André-de-l'Eure
02 32 37 31 14

7. Centre Médico Social de Damville
37 rue de Verneuil
27240 Damville
02 32 67 26 12

8. Centre Médico Social de Conches-en-Ouche
1 route de Sainte-Marguerite
27190 Conches-en-Ouche
02 32 30 10 76

9. Centre Médico Social de Breteuil-sur-Iton
177 rue Georges Clémenceau
27160 Breteuil-sur-Iton
02 32 29 71 12

10. CDAS de Verneuil-sur-Avre
197 rue au Lait
27130 Verneuil-sur-Avre
02 32 32 05 08

11. CMS de Nonancourt
rue de l'Appel du 18 juin 1940
27320 Nonancourt
02 32 58 14 90

ANNEXE 2 Questionnaire

Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure: état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure.

Caractéristiques des médecins

1. Quelle est votre pratique médicale?

- urbaine
- semi rural
- rural
- cabinet de groupe
- cabinet individuel

2. Depuis combien d'années êtes vous installé?

- < 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- >10 ans
- remplaçant (e)

3. Quelle est votre sexe?

- Homme
- Femme

4. Quelle est votre âge?

- moins de 30 ans
- entre 30 et 40 ans
- supérieur à 40 ans

Le cabinet et la maltraitance

5. Avez vous déjà signalé un cas de maltraitance suspecte ou avérée?

- oui

non

6. si oui sur quels arguments?

- maltraitance psychologique
- lésions physiques à type d'hématomes
- lésions physiques à type de maltraitance sexuelle
- négligences lourdes
- syndrome de bébé secoué
- autres

7. Avez vous des patients adultes ayant été maltraités dans l'enfance?

- oui
- non

8. si oui il y a t-il des répercussions psychologiques ou psychiatriques?

- oui
- non

9. si oui lesquelles?

- trouble du comportement
- syndrome dépressif
- anxiété
- syndrome de stress post traumatique
- troubles psychiatriques type bipolarité, schizophrénie

10. Trouvez vous qu'être le médecin de famille facilite le signalement?

- oui
- non

11. Craignez vous d'engager votre responsabilité professionnelle en faisant un signalement?

- oui
- non

12. Avez vous une affiche dans votre salle d'attente sur la maltraitance?

- oui
- non

13. si oui il y a t-il le numéro 119 écrit dessus?

- oui
- non

14. Trouvez vous que l'origine ethnique des patients influence la définition de maltraitance?

- oui
- non

Le signalement et les organismes

15. Connaissez vous des organismes d'aide à l'enfance?

- oui
- non

16. si oui lesquels connaissez vous?

- réponse libre

17. Sollicitez vous facilement ces organismes par téléphone ou rendez vous?

- oui
- non

18. si oui lesquels?

- réponse libre

19. si non pour quelle(s) raison(s)?

- difficulté à obtenir les coordonnées
- temps limité des consultations
- difficulté à les joindre

- pas de renseignements apportés lorsqu'on les appelle
- autres

20. Connaissez vous la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)?

- oui
- non

21. Avez vous des retours concernant les signalements que vous avez émis?

- oui
- non

22. si oui par qui?

- réponse libre

23. si non, cela vous inciterait d'avantage à signaler si vous en aviez?

- oui
- non

24. Connaissez vous le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (CASA) au CHU de Rouen?

- oui
- non

25. si oui avez vous déjà adressé des enfants pour qui vous suspectiez un danger ou de la maltraitance?

- oui
- non

26. si non, pour quelles raisons?

- ce n'est pas le rôle du CASA
- pas d'indication pour un enfant
- aucune information disponible sur le CASA

- vous n'y avez pas pensé
- refus des parents au vu du terme "agression" dans la signification du CASA
- autre

27. Connaissez vous l'Antenne médico judiciaire d'Evreux?

- oui
- non

28. Trouvez vous les explications sur les démarches de signalement en médecine générale claires et applicables en cabinet?

- oui
- non

29. Si vous deviez en modifier le contenu, que rajouteriez vous ou supprimeriez vous pour faciliter le signalement en cabinet?

- réponse libre

Annexe 3 modèle de signalement

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

Le mineur :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

»

- le mineur nous a dit que : «

»

Cachet du médecin

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

Oui
Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

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

-
-
-
-
-
-

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

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

Fait à _____, le
Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Résumé

Introduction : En France, en 2006, 98 000 signalements d'enfants en danger ont été recensés. Seuls 2 à 5 % des signalements proviennent du corps médical alors que le rôle du médecin est de repérer les situations à risque et les cas de maltraitance infantile.

Objectifs : L'objectif principal est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de l'Eure concernant la prise en charge de la maltraitance infantile. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les freins possibles au signalement et à sa transmission, la connaissance des structures aidantes au signalement, et les pistes d'amélioration envisagées par les médecins.

Matériel et Méthode : il s'agit d'une étude observationnelle, menée de mars 2017 à octobre 2017. Sur 165 envois, 51 médecins généralistes exerçant dans l'Eure ont participé à notre étude en répondant à un questionnaire. Ce dernier comprenait 29 questions afin de connaître les caractéristiques des médecins généralistes, leur connaissance sur le signalement des maltraitances et sur les organismes d'aide à l'enfance.

Résultats : 42 % des médecins n'ont jamais signalé de cas de maltraitance. 82.35 % des médecins ont des patients adultes ayant été maltraités dans l'enfance et ils estiment qu'il y a des répercussions psychologiques ou psychiatriques dans 93 % des cas. 66.67 % des médecins ne connaissent pas la CRIP. Les freins retrouvés au signalement dans notre étude sont le fait d'être le médecin de famille, le non retour des signalements, le manque de formation sur les organismes d'aide à l'enfance. On trouve un lien significatif ($p = 0.009$) entre le fait d'avoir peur des conséquences professionnelles et le fait de signaler. Les organismes les plus connus sont la PMI et l'ASE. Peu de médecins connaissent le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions et l'Antenne Médico Judiciaire l'Evreux.

Conclusion : les pistes pour améliorer le signalement peuvent être de proposer des formations avec les organismes d'aide à l'enfance tel que la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, ou par la formation continue, sur les procédures de signalement. Il serait intéressant de favoriser le retour des signalements, d'apporter un soutien aux médecins généralistes dans leur procédure de signalement.

Mots clés: maltraitance infantile, médecine générale, signalement, Eure.