



**HAL**  
open science

## Les connaissances et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la loi du 5 mars 2007

Bruno Serrano

► **To cite this version:**

Bruno Serrano. Les connaissances et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la loi du 5 mars 2007. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02418788

**HAL Id: dumas-02418788**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418788v1>**

Submitted on 19 Dec 2019

**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.

**Les connaissances et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de  
la loi du 5 mars 2007.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 23 Avril 2019**

**Par Monsieur Bruno SERRANO**

**Né le 14 mai 1989 à Marseille 12eme (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur CHABROL Brigitte**

**Président**

**Monsieur le Professeur POINSO François**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BERNARD Olivier**

**Assesseur**



# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Administrateur provisoire**: Georges LEONETTI

**Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs** :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

- 1990**  
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)
- 1991**  
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)
- 1992**  
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)
- 1994**  
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)
- 1995**  
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)
- 1997**  
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)
- 1998**  
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)
- 1999**  
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)
- 2000**  
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)
- 2001**  
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
- 2002**  
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)
- 2003**  
M. le Professeur T. MARRIE (Canada)  
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)
- 2004**  
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)
- 2005**  
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
- 2006**  
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
- 2007**  
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFUO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Sumombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

#### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

#### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>	<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section ) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>	<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
<b>BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301</b>	<b>CARDIOLOGIE 5102</b>
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
<b>BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604</b>	<b>CHIRURGIE DIGESTIVE 5202</b>
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	<b>CHIRURGIE GENERALE 5302</b>
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

GUERIN Carole (MCU PH)

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
 BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) *Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403****EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**IMMUNOLOGIE 4703****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)  
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)  
BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

**NUTRITION 4404****NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

<p align="center"><b>OPHTALMOLOGIE 5502</b></p> <p>DENIS Danièle (PU-PH)  HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i>  MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i></p>	<p align="center"><b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b></p> <p>DA FONSECA David (PU-PH)  POINSO François (PU-PH)</p>
<p align="center"><b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b></p> <p>DESSI Patrick (PU-PH)  FAKHRY Nicolas (PU-PH)  GIOVANNI Antoine (PU-PH)  LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  MICHEL Justin (PU-PH)  NICOLLAS Richard (PU-PH)  TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i>  REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)</p>	<p align="center"><b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b></p> <p>BLIN Olivier (PU-PH)  <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i>  MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  SIMON Nicolas (PU-PH)  BOULAMERY Audrey (MCU-PH)</p>
<p align="center"><b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b></p> <p>RANQUE Stéphane (PU-PH)</p> <p>CASSAGNE Carole (MCU-PH)  L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  MARY Charles (MCU-PH)  TOGA Isabelle (MCU-PH)</p>	<p align="center"><b>PHILOSOPHIE 17</b></p> <p>LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  MATHIEU Marion (MAST)</p>
<p align="center"><b>PEDIATRIE 5401</b></p> <p>ANDRE Nicolas (PU-PH)  CHAMBOST Hervé (PU-PH)  DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  MICHEL Gérard (PU-PH)  MILH Mathieu (PU-PH)  REYNAUD Rachel (PU-PH)  SARLES Jacques (PU-PH)  TSIMARATOS Michel (PU-PH)</p> <p>COZE Carole (MCU-PH)  FABRE Alexandre (MCU-PH)  OVAERT Caroline (MCU-PH)  TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)</p>	<p align="center"><b>PHYSIOLOGIE 4402</b></p> <p>BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  BREGEON Fabienne (PU-PH)  GABORIT Bénédicte (PU-PH)  MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)</p> <p>BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  BONINI Francesca (MCU-PH)  BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i>  DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  REY Marc (MCU-PH)</p> <p>RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)</p>
<p align="center"><b>PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</b></p> <p>BAILLY Daniel (PU-PH)  LANCON Christophe (PU-PH)  NAUDIN Jean (PU-PH)</p>	
<p align="center"><b>PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16</b></p> <p>AGHABABIAN Valérie (PR)</p>	
<p align="center"><b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</b></p> <p>BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  GIRARD Nadine (PU-PH)  GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  JACQUIER Alexis (PU-PH)  MOULIN Guy (PU-PH)  PANUEL Michel (PU-PH)  PETIT Philippe (PU-PH)  VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  VIDAL Vincent (PU-PH)</p>	<p align="center"><b>PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</b></p> <p>ASTOUL Philippe (PU-PH)  BARLESI Fabrice (PU-PH)  CHANEZ Pascal (PU-PH)  <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i>  GREILLIER Laurent (PU-PH)  REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)</p> <p>MASCAUX Céline (MCU-PH)  TOMASINI Pascale (MCU-PH)</p>
<p align="center"><b>REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</b></p> <p>GAINNIER Marc (PU-PH)  GERBEAUX Patrick (PU-PH)  PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  ROCH Antoine (PU-PH)</p> <p>HRAIECH Sami (MCU-PH)</p>	<p align="center"><b>THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</b></p> <p>AMBROSI Pierre (PU-PH)  VILLANI Patrick (PU-PH)</p> <p>DAUMAS Aurélie (MCU-PH)</p>
<p align="center"><b>RHUMATOLOGIE 5001</b></p> <p>GUIS Sandrine (PU-PH)  LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  PHAM Thao (PU-PH)  ROUDIER Jean (PU-PH)</p>	<p align="center"><b>UROLOGIE 5204</b></p> <p>BASTIDE Cyrille (PU-PH)  KARSENTY Gilles (PU-PH)  LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  ROSSI Dominique (PU-PH)</p>

# REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Chabrol,

*Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.*

A Monsieur le Professeur Poinso,

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer a ce jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.*

*A Monsieur le Professeur Bartoli,*

Je vous remercie de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être juge de ce travail, ainsi que pour les enseignements dont j'ai pu bénéficier a l'UHSI

*A Monsieur le Docteur Bernard,*

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ces travaux durant toute cette période et de votre soutien. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude, vous avez été d'une aide précieuse.

Merci à tous mes professeurs qui m'ont transmis leurs connaissances durant toute ces années.

*A ma famille,*

A mon père, merci de m'avoir appris la valeur du travail et ton soutien en tout moment,

A ma mère, pour tes paroles réconfortantes et ton courage que tu m'as transmis

A mes frères pour les allers-retours à Marseille, pour avoir toujours cru en moi et soutenu

A Laurent pour m'avoir fait comprendre l'importance de ce travail

A ma grand-mère,

Au reste de ma famille pour la part de folie que vous faites ressortir en moi

*A mes proches*

A Caroline pour ton aide à me motiver et m'organiser

A mes amis de la faculté

A mes amis du lycée

Aux équipes infirmières et médecins avec qui j'ai travaillé pendant tout ce temps et qui ont fait de moi le médecin que je suis

# SOMMAIRE

---

<b>SOMMAIRE</b>	<b>1</b>
<b>1 Introduction générale</b>	<b>3</b>
<b>2 Évolution de la loi sur la protection de l'enfance</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Évolution des textes de loi de 1793 à 1935</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Évolution des textes de loi de 1945 à 1989</b>	<b>6</b>
<b>2.3 La loi du 5 mars 2007</b>	<b>7</b>
2.3.1 Introduction	7
2.3.2 Enjeux de la loi de mars 2007	7
<b>2.4 La loi Meunier-Dini, 14 Mars 2016</b>	<b>10</b>
2.4.1 Mieux prendre en compte les besoins de l'enfant	11
2.4.2 Améliorer la gouvernance nationale et locale de protection de l'enfance	11
<b>3 Secret professionnel et obligation de signalement</b>	<b>13</b>
<b>3.1 D'un point de vue historique</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Texte applicable de nos jours</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Dérogations au secret médical</b>	<b>15</b>
3.3.1 Les obligations des médecins dans la protection de l'enfance	15
3.3.2 Code pénal	15
3.3.3 Code de déontologie médicale	16
3.3.4 Conduites à tenir	17
<b>4 Informations préoccupantes</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Généralités</b>	<b>19</b>
<b>4.2 La rédaction d'une information préoccupante</b>	<b>19</b>

<b>4.3</b>	<b><i>Cadre législatif, cellule de recueil d'information préoccupante</i></b>	<b>20</b>
4.3.1	D'un point de vue législatif	20
4.3.2	Procédure d'une Information Préoccupante	22
<b>4.4</b>	<b><i>Etat des lieux actuels</i></b>	<b>24</b>
4.4.1	Au niveau national	24
4.4.2	Au niveau départemental des Bouches-du-Rhône	26
<b>5</b>	<b><i>Enquête quantitative concernant les connaissances et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des informations préoccupantes</i></b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b><i>Introduction</i></b>	<b>30</b>
<b>5.2</b>	<b><i>Matériel et méthode</i></b>	<b>31</b>
5.2.1	Schéma de l'étude	31
5.2.2	Questionnaire (Annexe1)	31
5.2.3	Résultats au questionnaire	32
5.2.4	Exploitation des résultats	32
<b>5.3</b>	<b><i>RESULTATS</i></b>	<b>32</b>
<b>5.4</b>	<b><i>Discussion</i></b>	<b>40</b>
<b>5.5</b>	<b><i>Conclusion</i></b>	<b>48</b>
<b>5.6</b>	<b><i>Bibliographie</i></b>	<b>50</b>
<b>5.7</b>	<b><i>Annexe</i></b>	<b>52</b>

# 1 INTRODUCTION GENERALE

---

La protection de l'enfance est actuellement au cœur des débats médico-sociaux dans notre société moderne et subit de nombreuses améliorations et réformes. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de ses patients est essentielle et pourtant ambiguë. Il est très souvent le confident de la famille, mais justement cette relation de confiance peut être en conflit avec le devoir de protection. En cas d'intervention, le praticien peut également avoir un sentiment de trahison envers son patient. Bien que le rôle protecteur des enfants ne fasse pas partie du quotidien des médecins, la société place ce dernier et les Centres de Protection maternelle et Infantile (PMI) au centre du dispositif.

Enfants maltraités, enfants en danger, enfants à risque de maltraitance : il existe différentes catégories d'importance, comme il existe différents types de maltraitance. Depuis 2007, un nouveau concept apparaît avec l'introduction de la notion « d'information préoccupante » qui a un rôle préventif et administratif. Cependant, selon le dernier sondage réalisé par l'ONED, moins de 2 % des informations préoccupantes recensées en 2012 proviennent de médecins libéraux. L'analyse des lois, des organismes, ainsi que des devoirs et obligations des médecins me semblent importante au vu de ce faible pourcentage. Plusieurs questions se posent pour essayer de comprendre ce dernier. Quels sont les textes actuels sur la protection de l'enfance ? Que peut-on divulguer sans rompre le secret médical ? Qu'est-ce qu'une information préoccupante ?

Pour pouvoir répondre à ces questions il semble important de comprendre le cheminement intellectuel qui a permis l'élaboration des lois actuelles sur la protection de l'enfance ainsi que celles intéressant la notion de secret médical. Dans un premier temps, nous allons aborder l'évolution de la loi sur la protection de l'enfance, puis dans un second temps, nous étudierons la place du secret médical dans la protection de l'enfance. Nous verrons également la définition et la prise en charge d'une information préoccupante ainsi que ses suites. Nous finirons avec une étude rétrospective quantitative sur la difficulté pouvant être rencontrée par les médecins lors de la réalisation d'une information préoccupante.

## 2 ÉVOLUTION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

---

### 2.1 ÉVOLUTION DES TEXTES DE LOI DE 1793 A 1935

La protection de l'enfance, sujet important de la société actuelle, n'a pas toujours été au cœur des préoccupations des sociétés modernes.

Durant une longue période, du Moyen-Age au XVIIIe siècle, l'enfant est nié juridiquement, n'existant pas comme une personne en tant que telle, mais comme appartenant à son père jusqu'à la majorité de celui-ci (25 ans à l'époque).

L'un des **tous premiers textes** de loi concernant la protection de l'enfance a été établi en **1793** avec la rédaction d'un décret relatif à l'organisation des secours accordés annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents [1]. Même si cette loi ne reconnaît pas encore les enfants comme des individus à part entière, il s'agit de la première démarche sociale, pierre angulaire des lois futures.

Il a fallu attendre **1811**, sous le règne de Napoléon, pour obtenir la toute première loi concernant les enfants orphelins et trouvés avec la création d'hospices destinés à les recevoir [2]. La loi de l'époque, en plus d'assurer la **protection et la tutelle** de ces enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, leur garantissait un apprentissage au champ et une rente jusqu'à leurs 12 ans. Par la suite, les apprentis pouvaient bénéficier d'une protection de leur maître jusqu'à un âge maximum de 25 ans révolus, sans rémunération obligatoire durant toute cette période. La loi prévoyait également pour les enfants estropiés ou infirmes des ateliers dans les hospices afin d'assurer leur avenir.

La loi du 8 janvier 1875, dite « **Loi Roussel** », est révélatrice de l'inquiétude du législateur sur la question de la protection de la santé et du devenir des enfants confiés aux nourrices [3]. En effet, il est indiqué, dans le premier et le deuxième article, que chaque enfant de moins de deux ans placés sous l'autorité d'une nourrice est sous la surveillance de l'autorité publique, déléguée aux commissions départementales. Ces dernières ont l'obligation de faire intervenir dans les commissions locales au moins deux mères de famille afin **d'évaluer les bonnes pratiques** et gestes des nourrices ainsi que le bien-être de l'enfant.

Il existe avec l'introduction de l'article 3, une obligation pour chaque **commission départementale d'établir des rapports annuels** en ce qui concerne le nombre d'enfants sous la protection de l'état ainsi que leur mortalité [4]. Une autre nouveauté de cet article est l'obligation de déclarer à la mairie le placement d'un enfant chez une nourrice.

Pour conclure, cette loi a apporté énormément pour la protection de l'enfance, elle témoigne d'un changement de vision des autorités publiques avec un **intérêt concret de la santé des enfants** placés sous la responsabilité du législateur.

Les situations qui constituent un danger pour l'enfant ont été formalisées avec la loi établie le 24 juillet 1889. Elle est divisée en deux grandes parties [5].

La première instaure un concept nouveau et révolutionnaire dans la protection de l'enfance avec la capacité accordée au Législateur de **déchoir l'autorité paternelle** en cas d'infractions soumises selon l'article 2. Celles-ci peuvent être principalement un emprisonnement du père, une déclaration de maltraitance avérée ou une ivrognerie habituelle du père. Un jugement est prononcé par le procureur afin de déchoir l'autorité paternelle qui est :

- soit redistribuée à la mère ;
- soit en cas d'incapacité à assurer l'autorité paternelle par l'un des deux parents, un placement sous tutelle est réalisé.

Le deuxième volet de cette loi concerne la protection des enfants placés et le droit conservé par les parents, ainsi les parents conservent un **droit de visite** des enfants placés.

Cette loi, qui intègre pour la première fois la **notion de maltraitance physique**, reste cependant floue et difficilement réalisable. Les parents déchus de l'autorité paternelle ne peuvent entreprendre une action pour la restitution de leurs droits que 3 ans après le jour du jugement initial et après avoir été réhabilités dans la société.

Il a fallu réellement attendre la loi du 19 avril 1898 rédigée en grande partie par **René Bérenger** pour qu'apparaisse clairement dans la loi **le concept d'enfant victime**, avec une **condamnation ferme sur tout acte de cruauté et attentats commis envers des enfants** [6]. Ce texte est d'autant plus important qu'il est également issu d'une enquête diligentée par le Ministère de la Justice auprès de tribunaux français.

La loi promulguée en 1904 est marquée par deux points essentiels : le recul de l'âge de la majorité civile à 21 ans, et surtout **l'introduction de la notion d'enfant coupable** qui entraîne une **confusion** et une **difficulté de jugement**, car un enfant n'est plus seulement victime mais aussi coupable [7]. La conséquence de cette confusion est la généralisation des écoles professionnelles dans un but correctionnel dès lors que l'enfant ne peut être par son insoumission accueillie en famille nourricière.

Malgré cela, cette loi fût quand même le point d'orgue de plus d'un siècle d'élaboration d'une législation organisant le statut de l'enfant assisté et proposant un dispositif de protection de l'enfance dont on retrouve encore les grandes lignes aujourd'hui. En effet, elle présente la définition des termes bénéficiaires, conditions d'attribution des aides aux mères veuves, divorcées ou abandonnées par leur mari, régime tutélaire pour le pupille, cadre budgétaire...

Les lois établies par la suite jusqu'en 1945 ne sont que des compléments de la loi de 1904 dont la possibilité de la déchéance partielle de la puissance paternelle, la suppression de l'incarcération des mineurs par mesure de correction paternelle.

## 2.2 ÉVOLUTION DES TEXTES DE LOI DE 1945 A 1989

L'ordonnance du 2 février 1945 révèle la volonté de l'état d'**uniformiser** les démarches et les jugements en ce qui concerne **la protection de l'enfance** [8]. Pour la première fois des **visites médicales obligatoires** au niveau national pour chaque enfant sont rendues obligatoires, mission qui était à la charge de l'éducation nationale afin d'assurer une **cohérence nationale** qui n'existait pas antérieurement. Il en va de même pour la **création d'un juge pour enfants** pouvant examiner ainsi toute action commise à l'encontre de ces derniers.

Il apparaît également un rôle de protection sanitaire et sociale des femmes enceintes, des mères et de tous les enfants du premier âge et du second âge, réalisé par un médecin et organisé par le conseil général. Il s'agit du texte fondamental fondateur des services sociaux qui a abouti à la création des services de Protection Maternelle Infantile (PMI).

La loi du **7 janvier 1959** fût établie en raison d'une augmentation importante de saisine de juge des enfants, contrairement aux prévisions faites, avec notamment une augmentation du nombre de mineurs en danger très supérieur aux estimations [9-10]. Ce qui est particulièrement novateur dans cette ordonnance de 1959 est l'avènement de la **notion de protection de l'enfance en danger**, modifiant par là même les fonctions du juge, qui devient non plus seulement celui qui sanctionne un acte répréhensible, mais aussi celui qui intervient au civil pour instaurer une **mesure d'aide** à partir de cette notion de danger encouru par l'enfant. Cette nouveauté est introduite par le fameux **article 375** en particulier dans l'extrait suivant :

*« Les mineurs de vingt et un ans dont la santé, la moralité ou l'éducation sont compromises peuvent faire l'objet de mesure d'assistance éducative dans les conditions prévues aux articles 375-1 à 382 ».* [9]

C'est ainsi que **l'assistance éducative est légitimée**. Pour autant, cette reconnaissance légale ne saurait suffire à asseoir la crédibilité de cette intervention, à la rendre lisible, caractéristique, différente de toute autre pratique.

Depuis la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, aucune réforme n'était venue modifier le dispositif français de Protection de l'Enfance. Depuis le début des années 2000, de nombreux rapports émanant d'affaires dramatiques révèlent des défauts de coordination et des faiblesses dans l'évaluation des situations. **L'appel des 100**, a largement contribué à l'émergence du projet de loi [11]. Il s'agit d'un texte rédigé par 100 personnalités professionnelles de santé, d'élus ou d'associations pour lancer un **débat national** visant à améliorer la protection de l'enfance. **De ce débat émane la loi 5 mars 2007.**

## 2.3 LA LOI DU 5 MARS 2007

### 2.3.1 Introduction

Ce projet gouvernemental est le fruit d'une large concertation menée tant au niveau national que local, les présidents de conseils généraux ayant été invités par le ministre chargé de la famille à organiser des débats avec l'ensemble des acteurs. Cette nouvelle loi réforme la protection de l'enfance et confie au conseil général la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger [12]. Elle fait de la prévention un des axes majeurs du dispositif de protection de l'enfance. Elle aménage le secret professionnel et instaure la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire.

### 2.3.2 Enjeux de la loi de mars 2007

La loi établie en mars 2007 a trois objectifs principaux qui sont :

- mieux prévenir ;
- mieux repérer ;
- mieux prendre en charge.

Pour répondre à ces enjeux, la loi propose de clarifier les missions : l'amélioration de la prévention des sévices, une meilleure organisation des signalements et la revalorisation de l'enfant au cœur du dispositif.

#### Clarification des enjeux

La loi homogénéise le vocabulaire utilisé ; à la notion d'enfants « victimes de mauvais traitements » introduite par la loi du 10 juillet 1989 se substitue celle d'enfants « **en danger ou risque de l'être** ». Ainsi, le rôle de prévention est plus étendu et est plus dans l'aide que la sanction.

Les parents restent les premiers acteurs de la protection de l'enfance, mais en cas de défaillance de leur part, la protection de l'enfance donne la priorité aux mesures sociales, la protection judiciaire n'intervenant qu'en cas d'impossibilité pour les services sociaux de remédier à la situation. Cela vient positionner le Président du Conseil Général en tant qu'acteur primordial de la protection de l'enfance.

#### Prévention des sévices

La loi développe le rôle médico-social de la PMI, en confiant l'organisation des missions de la PMI au Président du Conseil Général. Alors que la PMI ne relevait que

du code de la santé publique, la loi du 5 mars 2007 l'inscrit dans le Code de l'action sociale et des familles.

Elle donne une base légale à certaines actions de **prévention primaire** destinées à toute la population (entretien prénatal individuel du 4ème mois de grossesse systématique, organisation du suivi des parents dans la période post-natale par les services de Protection Maternelle Infantile, systématiser le bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans à l'école maternelle).

Le **repérage précoce** des sévices, physiques ou psychiques, est le point clef des Informations préoccupantes. Il permet de prendre en charge des situations avant l'exposition au danger de l'enfant.

### Organisation des signalements et informations préoccupantes

Le traitement et l'**évaluation des informations préoccupantes** sont gérés par des **cellules départementales de recueil**. La création de ces cellules permet de clarifier le mode d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, en créant un parcours unique des informations préoccupantes et en évitant aux professionnels d'avoir à décider seuls, de l'autorité à saisir. L'organisation des signalements et informations préoccupantes est clairement définie par l'Article L. 226 – 3 du CASF comme précisé ci-dessous :

*« Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être ... en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations. Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire [...] Les informations [...] sont transmises sous forme anonyme à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance [...] et à l'Observatoire national de l'enfance en danger [...] » [13]*

Le terme de **signalement** est réservé à la saisie du **Procureur de la République**.

Deux alinéas sont également importants dans la modification du rapport de la protection de l'enfance. La loi, par l'article L. 226-2-2 du CASF, organise le **partage d'informations à caractère secret** dans l'intérêt de l'enfant et dans le but de protéger les mineurs. Ces informations ne sont transmises qu'aux personnes soumises au secret professionnel et concernent uniquement les données relatives à la situation.

**La transmission d'informations ne peut se faire qu'après autorisation du représentant légal de l'enfant, sauf si ceci est contraire à l'intérêt de l'enfant.**

- L'article L. 226-4 du CASF réorganise le mode de saisie du Procureur de la République. Il maintient la possibilité de l'avertir directement des sévices à mineurs en cas d'importante gravité des faits constatés. Dans ce cas, une copie du signalement doit également être adressée au Président du Conseil Général, et dans un souci

d'amélioration du suivi et de la prise en charge de l'enfant, le Procureur doit en retour transmettre ces données au Président du Conseil Général et à l'auteur du signalement.

L'article prévoit donc une gradation dans le recours au Parquet qui ne sera averti qu'en second lieu, si la protection administrative n'a pas permis de remédier à la situation. Le signalement peut être saisi de manière initiale en cas de situation urgente ou en cas d'échec de la protection administrative.

L'observatoire national de l'enfance en Danger

L'observatoire départemental, travaillant en liaison avec **l'Observatoire National de l'Enfance en Danger** (O.N.E.D) est présent dans chaque département. Placé sous l'autorité du président du conseil général, il regroupe, les services du conseil général et les représentants de l'autorité judiciaire, tous les services de l'État concernés par la protection de l'enfance, des représentants des établissements et des associations de protection de l'enfance.

L'O.N.E.D est chargé notamment de **recueillir, d'examiner et d'analyser** les données relatives à l'enfance en danger au regard des informations anonymes transmises par les cellules et de suivre la mise en œuvre la politique de la protection de l'enfance dans le département.

L'enfant est placé au cœur du dispositif

Au travers de l'article L. 112-4 du CASF, la loi définit trois axes qui doivent guider les décisions concernant l'enfant :

- **l'intérêt de l'enfant**,
- la prise en compte de ses **besoins fondamentaux** (physiques, intellectuels, sociaux et affectifs),
- le **respect de ses droits** (selon la Convention Internationale des Droits de l'Enfant [22]).

Pour faciliter la continuité du suivi et éviter de perdre de vue des enfants dont la famille aurait déménagé, la loi prévoit la possibilité pour le Président du Conseil Général du département d'origine de transmettre les informations concernant l'enfant en danger au Président du Conseil Général du département d'accueil (Article L. 226--3-2 du CASF).

Prise en charge adaptée et diversifiée

L'évaluation de la situation de l'enfant doit aboutir à la conception d'un document personnalisé appelé « **projet pour l'enfant** », qui doit permettre la continuité du suivi de l'enfant.

Le projet pour l'enfant a pour vocation de :

- **poser clairement l'ensemble des actions** qui vont être menées dans le but de protéger l'enfant,
- **répondre à ses besoins** et de favoriser son développement,
- **définir les objectifs de ces actions**, les personnes qui les assureront, leur délai de mise en œuvre, le rôle des parents...

Cette évaluation permet l'attribution d'éventuelles prestations.

La loi de 2007 met en place des nouvelles modalités :

- Possibilité d'accueil en urgence de mineurs pendant trois jours sans l'accord des parents mais sous réserve de les informer ou d'en informer le procureur de la République ;
  - Accueil de jour ;
  - Accueil périodique ou modulable, dans le cadre d'une mesure administrative d'accueil provisoire ; l'AEMO avec hébergement, dans des conditions très encadrées juridiquement ;
  - Continuité des liens entre l'enfant et ses deux parents, en organisant les droits de visite.

Renforcement de la formation des personnels concernés par la protection de l'enfance

L'article 25 de la loi du 5 mars 2007 (qui complète le code de l'éducation et le CASF) prévoit de renforcer la formation initiale et continue de tous les intervenants en protection de l'enfance (médecins, personnels médicaux et para médicaux, travailleurs sociaux, enseignants...).

## **2.4 LA LOI MEUNIER-DINI, 14 MARS 2016**

Contrairement à la loi de 2007 qui bouleverse le cadre du dispositif de la Protection de l'enfance, la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 a pour projet de **fiabiliser le dispositif** de protection de l'enfance et de **clarifier le rôle des différents acteurs** [14]. Cette modification est réalisée dans le but d'une **homogénéisation des informations préoccupantes en France**. Elle émane du bilan réalisé en 2013 par les sénatrices Muguette Dini et Michelle Meunier qui notent les avancées acquises dans le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes. Cependant, il existe des difficultés non négligeables à la mise en œuvre de la loi qui ont conduit à cette réforme.

Cette loi remplit deux objectifs :

1-Mieux **prendre en compte les besoins de l'enfant**

2-**Améliorer la gouvernance nationale et locale de protection** de l'enfance

#### **2.4.1 Mieux prendre en compte les besoins de l'enfant**

La loi du 14 mars 2016 relative à la Protection de l'Enfant concrétise l'**attention portée à l'enfant** au travers de trois actions :

1-Développer la **prévention à tous les âges** de l'enfant

2-Améliorer le **repérage et le suivi des situations de danger** pour pouvoir mieux y répondre

3-Garantir plus de **cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants** en protection de l'enfance

Le texte revoit et précise la définition du « **projet pour l'enfant** », instauré par la loi du 5 mars 2007. Il est obligatoire pour toute prise en charge autre que les aides financières (article 21). Si le contenu de ce document est désormais beaucoup plus détaillé - d'autant plus qu'un référentiel défini par décret viendra encore en préciser l'élaboration -, il n'est en revanche plus prévue qu'il soit co-signé par le président du conseil départemental et le représentant légal de l'enfant (le plus souvent les parents). Il est désormais simplement établi "en concertation" avec les parents et remis à ces derniers ainsi qu'au mineur.

#### **2.4.2 Améliorer la gouvernance nationale et locale de protection de l'enfance**

À la fois interministérielle et décentralisée, le pilotage de la politique de protection de l'enfance doit être renforcé en **décloisonnant les interventions**.

Pour développer la recherche et adapter ainsi la politique de protection de l'enfance à la réalité des situations et soutenir les professionnels dans leur pratique, la loi relative à la Protection de l'enfant vient **renforcer les missions des observatoires** : l'Observatoire national de protection de l'enfance et les observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE).

Une autre novation de la loi est la désignation, dans chaque département, d'un **médecin référent "protection de l'enfance"** (article 7.). Ce praticien est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les **coordinations** nécessaires entre les services. Il assure une articulation entre les différents acteurs, d'une part les services départementaux (notamment le service de Protection maternelle et infantile) et la cellule de recueil, traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'autre part entre les services départementaux et les médecins libéraux et hospitaliers Il

représente l'interlocuteur privilégié dans chaque département afin d'assurer un suivi plus uniforme.

De plus, il doit contribuer au repérage d'enfant en danger ou à risque de l'être et à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre ces différents acteurs.

## 3 SECRET PROFESSIONNEL ET OBLIGATION DE SIGNALEMENT

---

Lors du vote de la Loi du 5 mars 2007, le secret médical a été au cœur de nombreux débats. L'apparente ambiguïté des textes législatifs et certaines condamnations ont jeté le trouble chez les médecins, ballottés entre la nécessité de préserver les secrets qui leur étaient confiés dans l'exercice de leur métier et la crainte d'être poursuivis pour ne pas avoir empêché ou interrompu des agissements répréhensibles. Il semble licite de revoir dans un premier temps, pour mieux cerner le secret médical, son évolution dans le temps et les dérogations notamment dans le cadre de la protection de l'enfance.

### 3.1 D'UN POINT DE VUE HISTORIQUE

Le secret médical est une notion aussi vieille que celle de la médecine, avec un perpétuel balancement entre ce qui est du domaine privé et public.

Par la **notion d'ordre public**, on entend la nécessaire **confiance que doit avoir tout malade envers son médecin**. Il s'agit là de protéger la réputation de la profession pour que les patients puissent sans crainte consulter tel ou tel praticien. Le secret médical devient garant d'une certaine accessibilité aux soins.

Par la notion **d'ordre privé**, on entend la relation particulière du malade avec son médecin. Cette relation est scellée par un contrat, le plus souvent tacite, qui énonce les obligations des deux parties, dont le respect du secret médical par le médecin. Le patient est souvent considéré comme propriétaire des informations à caractère secret alors que le médecin n'en est que le dépositaire.

L'histoire du secret médical débute dans l'antiquité au Ve siècle avant J.-C, avec la célèbre confrérie de Kos dont dépend Hippocrate. La nouveauté majeure instaurée à cette époque est la pratique de l'observation du patient par les soignants plutôt que l'interprétation de signes divins [15]. Durant le Moyen-Age apparaissent les **premières entorses au secret médical** : de nombreux édits contraignent les médecins à dénoncer les blessés [16].

Il apparaît lors de la renaissance un aspect plus laïc du secret médical. En effet, le premier texte de loi concernant le secret médical est édité en 1810 dans le code pénal. Ainsi, avec l'article 378, le législateur considère qu'une violation du secret médical est un délit grave assurant ainsi la discrétion des médecins afin que chaque individu n'hésite pas à recevoir les soins nécessaires.

La conception absolue du secret qui allie médecine et droit s'est rapidement heurtée à l'intérêt général. Pour mettre en œuvre des mesures d'action sanitaire et sociale, très salutaires pour la communauté, il convient de modifier le secret médical pour que le médecin puisse donner des renseignements.

En 1892 paraît une loi sur la **déclaration obligatoire des maladies épidémiques**. Avec l'apparition de la notion de protection de l'enfance, plusieurs questions et difficultés ont été rencontrées, qu'est ce qui relève du secret médical dans ce contexte, quelles informations le médecin peut divulguer sans craindre de représailles.

### 3.2 TEXTE APPLICABLE DE NOS JOURS

De nos jours, le secret professionnel est soumis à l'article 226-13 du code pénal [17]. Il donne donc l'autorisation de révéler certaines informations à une autorité sans pour autant obliger le professionnel à le faire. Il donne donc aussi l'autorisation de ne pas informer une autorité. Cet article ne « **lève pas le secret médical** », mais empêche la sanction en cas de révélation. Malgré les nombreuses modifications :

- Il ne dit pas que le malade puisse autoriser le médecin à dévoiler le secret qu'il lui a confié.
- Il ne dit pas que le secret disparaît après la mort du patient.
- Et surtout il ne définit pas ce qu'est le secret médical.

Avant la création du Code pénal, le secret médical résidait essentiellement dans une obligation à caractère moral. Le Législateur a pris cette obligation professionnelle telle que les praticiens la comprenaient à l'époque et s'est limité à en garantir l'inexécution par une peine [18]. Mais le législateur n'a pas défini le concept de secret médical en termes de conflit de droit ou de devoir au profit du patient ou du médecin.

La **loi du 4 mars 2002** apporte de nombreux changements dans l'évolution du secret médical [19]. Tout d'abord, il s'agit de la première fois que le patient est considéré avec des droits propres concernant son secret médical. Il apparaît également dans cette loi la notion de secret partagé définie par la loi. Ainsi deux professionnels de santé peuvent échanger leurs données concernant un patient en commun, hormis si le patient l'a refusé de manière explicite avant.

### 3.3 DEROGATIONS AU SECRET MEDICAL

De nos jours, la notion de secret médical est de plus en plus réglementée et surveillée. Cependant la loi autorise des dérogations indispensables dans l'intérêt du patient [20]. De plus depuis 2007, la rédaction d'une information préoccupante rentre parmi ces exceptions. Ainsi le médecin peut déclarer des cas de maltraitance. Mais quelles sont ses obligations ? Car même si d'un point de vue moral celle-ci semble licite, la loi peut ponctuer leur contenu.

#### 3.3.1 Les obligations des médecins dans la protection de l'enfance

En ce qui concerne la protection de l'enfance, tout citoyen est tenu d'informer les autorités de mauvais traitement infligé à un mineur [21]. Conformément à l'article 434-3 du Code pénal, l'absence de signalement est considérée comme un délit et est puni de 3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende. L'article 62 de ce même code pénal sanctionne la non-assistance à personne en péril. Cela devient de ce fait un acte obligatoire.

Le médecin a une **place particulière** dans la protection de l'enfance. Il est le **témoin privilégié** pour observer les cas de sévices et de maltraitance durant son activité. Il se doit cependant d'avoir une **discrétion** sur ce que ses patients lui ont confié, mais également sur ce qu'il a entendu voire compris, comme le souligne l'article 4 du Code de déontologie médicale

Ainsi la problématique du signalement et de l'information préoccupante prend tout son sens : **le médecin peut-il concilier le respect du secret médical et la nécessité de signaler aux autorités un cas suspect ? Peut-il encourir des sanctions en cas de dénonciation ?**

L'étude du **code pénal** et du **code de déontologie médicale** pourrait nous permettre de répondre à ces questions.

#### 3.3.2 Code pénal

La Loi du 15 juillet 1971 a levé la contradiction qui existait précédemment [22]. En effet, elle **autorise les exceptions au secret médical** en autorisant la dénonciation « sévices ou privations sur la personne mineure de moins de quinze ans », « aux autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales ».

Enfin, la loi du 2 février 1981 vient compléter l'obligation de dénonciation en modifiant l'article 62 pour que les dénonciations soient faites directement aux autorités administratives ou judiciaires compétentes.

Ainsi le médecin pouvait directement s'adresser au Procureur de la République ou au juge pour enfants. Les modifications qui ont suivi jusqu'à la réforme sur l'information préoccupante n'ont été que pour faciliter et renforcer l'obligation de signalement.

La loi relative aux informations préoccupantes de 2007 introduit le concept de partage de l'information entre professionnel médical et non médical dans le cadre de la protection de l'enfance [12].

Depuis la **loi du 6 novembre 2015** tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé [23], les articles 226-13 et 226-14 ont été modifiés par cette dernière. Jusqu'à lors une révélation dans une situation de maltraitance ne pouvait faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. Cette nouvelle loi renforce cette protection en instituant désormais **une irresponsabilité civile et pénale en plus de la responsabilité disciplinaire** des personnes à l'origine des signalements de situation dangereuse. La loi précise par ailleurs que **le médecin, « ou tout autre professionnel de santé »**, pourra signaler ces actes de maltraitance auprès du procureur de la République ou, désormais, **auprès de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP)** relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

### **3.3.3 Code de déontologie médicale**

Le code de déontologie médicale avec l'article 44 sous-entend qu'il y a une obligation déontologique de signaler aux autorités des sévices ou privations [24]. Cependant, le médecin peut se déroger à ce devoir dans des situations particulières.

*« .. Il **doit** mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection., sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »*

Il y a donc une obligation de signaler dans le cadre déontologique. Cependant, il n'est pas précisé s'il s'agit d'une dérogation du secret médical dans ce contexte. Ce manque de précision est résolu par l'article 226-14 du code pénal.

*« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

*1) à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;*

2) *Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire »*

Ainsi, très clairement, un médecin en rédigeant une information préoccupante ne **commet pas une infraction pénale**. Il n'y a **pas de violation du secret médical** dans le cas où il signalerait un acte de maltraitance sur un mineur. Le caractère impératif du secret professionnel est appelé à s'effacer devant une nécessité plus impérieuse : celle pour toute personne, y compris les médecins, de porter secours aux enfants victimes de maltraitance.

### **3.3.4 Conduites à tenir**

Comme nous l'avons vu précédemment, il n'y a pas réellement une obligation au niveau du code pénal même s'il est fortement conseillé. De plus d'un point de vue déontologique, il y a une obligation à signaler un cas d'enfant en danger. Cependant le Code de déontologie (Article 44) enjoint au médecin à se comporter avec « *prudence et circonspection* ». Il se doit cependant de protéger l'enfant (article 43). Le médecin, notamment de famille, pour prendre sa décision (« *qu'il apprécie en conscience* », article 44), se trouve souvent confronté à un difficile dilemme.

Les dernières recommandations de la haute autorité de santé de juillet 2017 sont claires et ne laissent pas de doute sur le devoir du médecin [25] :

*« Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant, et la non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). Il n'y a ici aucune exception, professionnels et non professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT la signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République » (annexe 2)*

De plus, elles rappellent au médecin qu'il s'agit d'un de ses **devoirs**, et que si la rédaction est faite dans les règles de l'art, aucune sanction ne pourra être envisagée envers eux.

**« ..Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles... »**

Enfin il est également précisé que le médecin qui n'a pas déclaré une information préoccupante peut, lui, être soumis à une sanction.

## 4 INFORMATIONS PREOCCUPANTES

---

### 4.1 GENERALITES

Les informations préoccupantes ont été introduites en 2007 avec la loi du mars du 5 mars 2007, sans toutefois avoir une définition précise [12]. Il a fallu attendre 2013 pour qu'elles soient parfaitement définies [26] :

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

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier »

Les modifications apportées par la loi de mai 2016 (la Loi Meunier-Dini) permettent une homogénéisation au niveau national du traitement des informations préoccupantes qui est indispensable à une meilleure prise en charge et traitement de celle-ci.

### 4.2 LA REDACTION D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE

Comme le cite clairement le texte de loi, une information préoccupante peut provenir de tout individu remarquant une situation décrite comme ci-dessus. Elle n'est pas réservée au professionnel de santé. Elles peuvent émaner des particuliers eux-mêmes, du numéro vert de la protection de l'enfance 119, des services sociaux, des tribunaux, de l'éducation nationale, des maisons de santé ou d'autres services.

Depuis mai 2016, les informations préoccupantes sont recueillies uniquement par la **commission de recueil d'informations préoccupantes** (C.R.I.P).

En ce qui concerne les médecins, ils ne sont pas enquêteurs et apportent à la C.R.I.P seulement leurs appréhensions. Il peut téléphoner à la cellule afin de demander conseil sans donner le nom du patient, ou adresser **un courrier** au médecin de la cellule sous pli confidentiel. L'accord des parents n'est pas obligatoire à recueillir. Il y a cependant une obligation de les tenir informés de la mesure en leur présentant cette mesure comme une aide que les intervenants de la cellule pourront mettre en place.

La seule dérogation est d'accepter de ne pas tenir informés les parents si l'information de ceux-ci est contraire à l'intérêt de l'enfant. Il doit faire apparaître clairement, avec la plus grande objectivité et dans la mesure du possible :

- des renseignements relatifs au professionnel à l'origine de l'écrit avec nom et date et signature

- des renseignements relatifs à la famille :

- nom, prénom de l'enfant
- date et lieu de naissance
- adresse
- composition des membres du foyer
- nom du titulaire de l'autorité parentale, prénom, date et lieu de naissance, adresse du domicile
- la présence d'autre enfant au domicile
- motif de l'intervention du ou des professionnels à l'origine de l'écrit
- description et analyse les plus précises possibles des éléments préoccupants à l'égard du mineur, en citant, le cas échéant, les propos de l'enfant, **sans aucune interprétation**
- préciser si une intervention a été envisagée ou s'est révélée inefficace et la réaction des détenteurs de l'autorité parentale informés de la transmission (sauf intérêt contraire à l'enfant)

C'est l'ensemble des informations recueillies sur un enfant qui permettra de mieux évaluer sa situation et de prendre les mesures nécessaires pour le protéger.

### **4.3 CADRE LEGISLATIF, CELLULE DE RECUEIL D'INFORMATION PREOCCUPANTE**

#### **4.3.1 D'un point de vue législatif**

L'introduction de la notion d'informations préoccupantes a eu des conséquences très importantes sur l'ensemble de la prise en charge de la protection infantile. Les nombreuses modifications de cette loi ont permis d'améliorer la compréhension et d'harmoniser le dispositif de cette loi, la dernière modification en date et la Loi Meunier-Dini.

En particulier, depuis 2007, il existe une différence entre la notion d'enfant maltraité et d'enfant en danger.

Selon les définitions de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), le terme d'enfance en danger regroupe les enfants maltraités et les enfants en risque [27].

**-L'enfant maltraité** est un enfant **victime** de violences physiques, sexuelles, psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

**-L'enfant en risque de danger** est celui qui connaît des **conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé**, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Le code de déontologie médicale, comme précisé antérieurement, stipule que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

Conformément à la loi du 5 mars 2007, l'état impose à chaque département de mettre en place une cellule de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes (C.R.I.P) chargée de recueillir et d'analyser toutes les informations dont elle est destinataire [11]. La C.R.I.P répartit ensuite l'Information Préoccupante en fonction du lieu de vie des enfants aux différentes Maisons Départementales de la Solidarité (MDS) du département. Elles sont par la suite réévaluées par la commission d'évaluation des informations préoccupantes au sein des MDS.

**Dans le département des Bouches-du-Rhône, la Commission d'évaluation des informations préoccupantes est présente dans la plupart des MDS. Elle est composée de** trois membres permanents :

- L'adjoint santé de la MDS qui est un médecin ;
- L'adjoint enfance-famille qui est un travailleur social ;
- Un psychologue.

Pour le besoin de l'évaluation de l'IP, peuvent se joindre à ces membres tous les professionnels gravitant autour de l'enfant et concourant à sa protection.

### **4.3.2 Procédure d'une Information Préoccupante**

En pratique, le médecin n'est pas un enquêteur. Il doit transmettre à la C.R.I.P les informations qui sont de nature à lui faire craindre qu'un enfant soit en danger ou qu'il existe un danger potentiel pour cet enfant. En cas d'urgence, un signalement doit être réalisé et adressé au Procureur de la République.

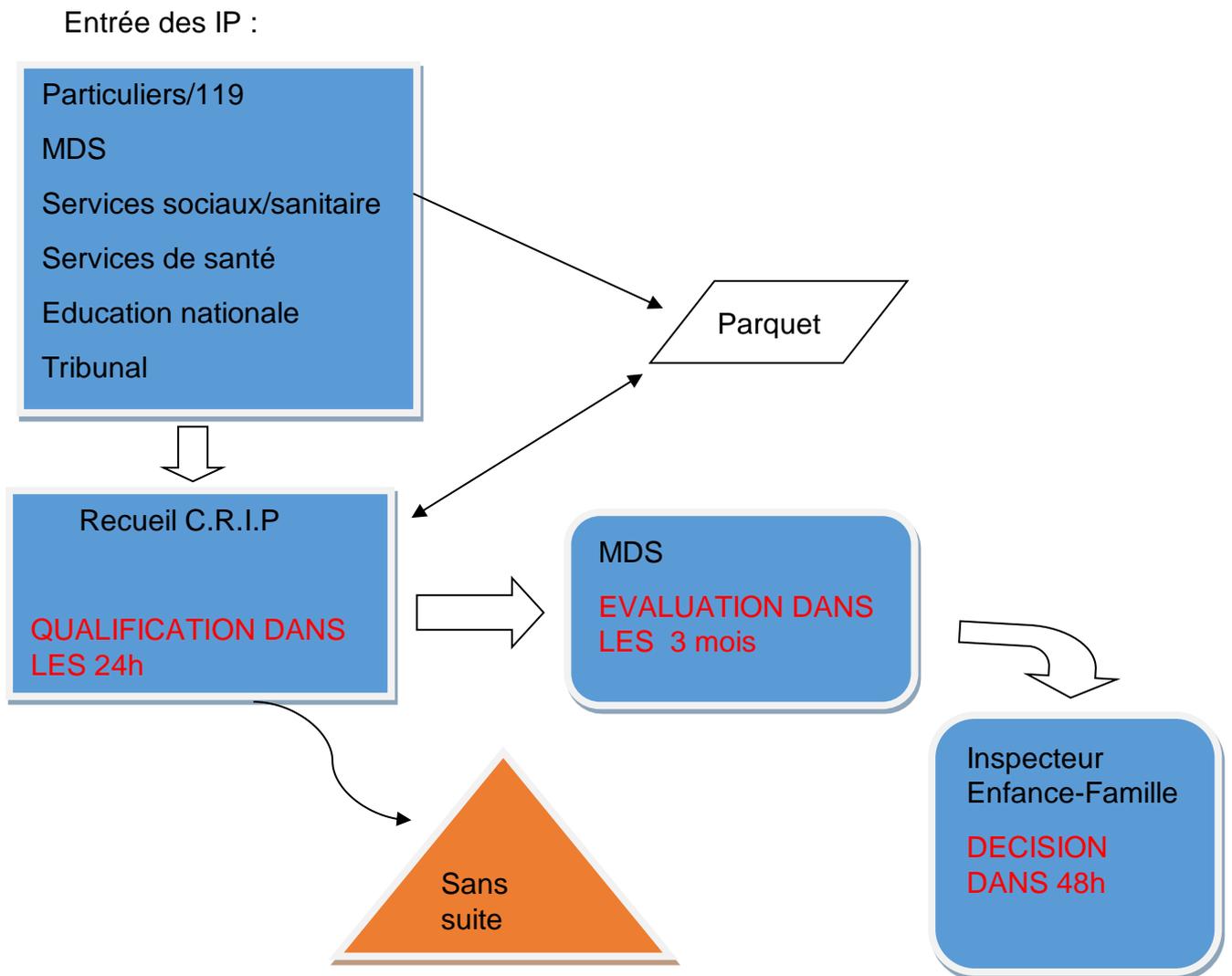
Concrètement, le médecin prend contact avec la C.R.I.P, ou éventuellement avec le médecin si la cellule en est dotée, soit par téléphone, soit par courrier. Si la cellule est contactée par téléphone, une confirmation écrite peut être également transmise. L'information préoccupante comme le signalement n'est pas un certificat médical, le médecin doit être "**observateur**", il doit **retranscrire** les faits qu'il a pu constater, **sans interprétation**, sans désigner d'auteur supposé. Si, pour un enfant ayant déjà fait l'objet d'une information préoccupante de nouveaux éléments de danger sont constatés par le médecin après que l'IP soit évaluée ou classée sans suite, le médecin peut faire un complément d'information pouvant conduire à la réévaluation de l'IP ou adapter les procédures.

Dans le cas des médecins libéraux, qui ne peuvent donc bénéficier d'une réflexion partagée, il est recommandé de faire appel aux professionnels de la C.R.I.P de leur département, qui pourront déterminer avec eux si la situation de l'enfant relève de l'information préoccupante.

Le recueil de demande d'informations préoccupantes se fait par la C.R.I.P, qui a un délai entre 24h et 48h pour décider d'une qualification d'une information préoccupante, ou pas. Elle peut également la transférer directement en **signalement** et la rediriger vers le Parquet [28].

La C.R.I.P délègue l'évaluation de l'IP à la Maison De La Solidarité responsable du secteur du domicile de l'enfant. L'évaluation doit être terminée dans les 3 mois suivant la déclaration après une évaluation médico-sociale et éducative, une visite à domicile et une évaluation du danger ou risque pour l'enfant. Une fois l'évaluation réalisée, elle est transférée à l'inspecteur Enfance-famille qui doit prendre une décision finale dans les 48h.

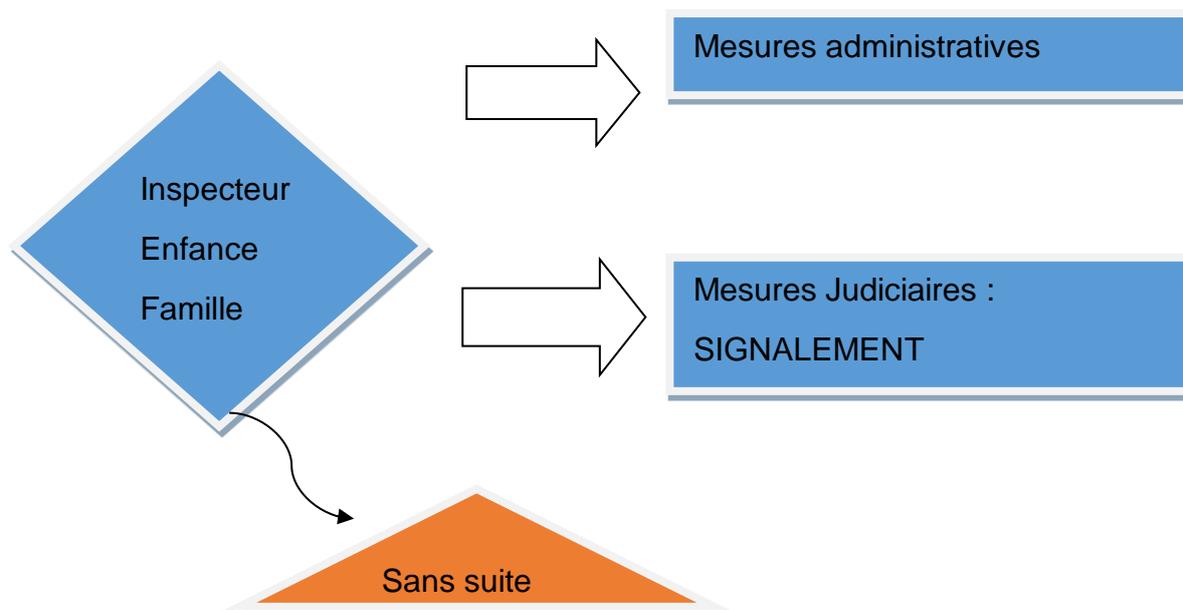
La prise en charge d'une information préoccupante est résumée par le tableau suivant :



**Tableau 1 :** Prise en charge des informations préoccupantes de la rédaction jusqu'à l'inspecteur Enfance-famille

Au terme de la décision de l'inspecteur Enfance-Famille, trois options (tableau 2) sont possibles :

- Un classement sans suite ;
- Un accompagnement médico-social ou une mesure administrative, avec comme possibilités : intervenant éducatif à domicile, un placement administratif, un accueil parent-enfant ;
- Une demande de Protection judiciaire (signalement au Procureur).



**Tableau 2:** Prise en charge des informations préoccupantes ; traitement des informations préoccupantes par l'inspecteur Enfance-famille

## 4.4 ETAT DES LIEUX ACTUELS

### 4.4.1 Au niveau national

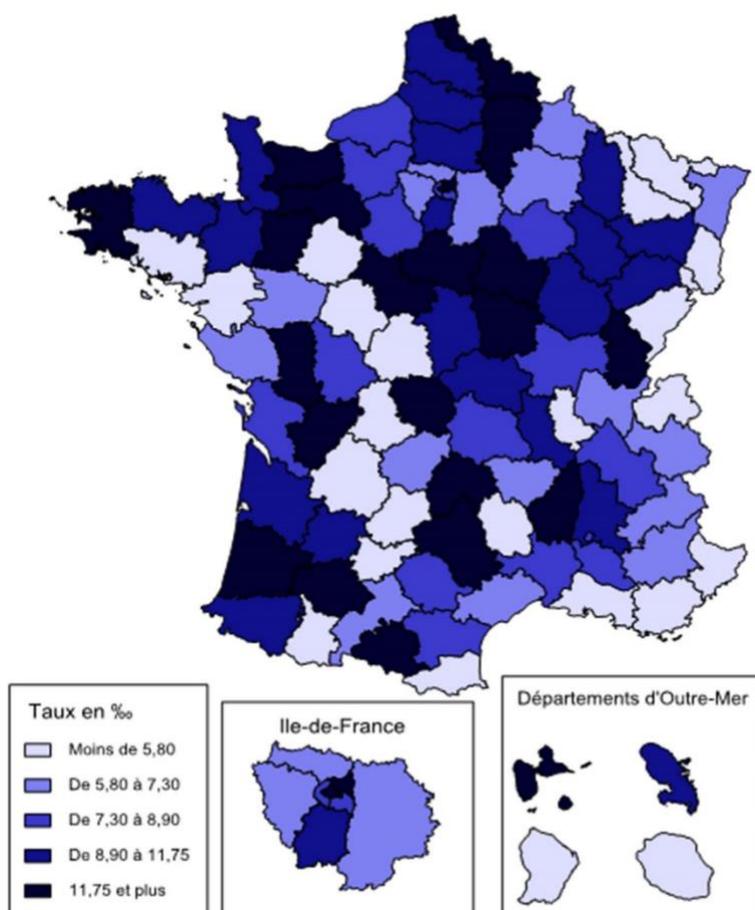
Selon l'étude de l'ONED 2013, 273.000 mineurs en France bénéficiant de mesures de protections administratives ou judiciaires, soit 19 ‰. Une forte disparité interdépartementale était mise en évidence dans ce rapport [29].

Parmi ce chiffre, la part de mineurs ayant bénéficié d'une information préoccupante reste difficile à être recensée. En effet, la mise en place de la loi concernant les informations préoccupantes est récente et les données au niveau national sont difficilement groupables du fait de la disparité de traitement d'information. Seulement 5 départements ont retransmis leur rapport du nombre d'informations préoccupantes à l'ONED en 2012, avec une majoration en 2013, 11 départements et en 2014, 21 départements sur les 101 actuels, ce qui rend difficile l'interprétation au niveau national.

Sur l'ensemble de ces territoires, 35 168 enfants ont été l'objet d'une information préoccupante. Dans 6 cas sur 10 il a fallu instaurer une aide administrative ou judiciaire à la famille. Dans la majorité des départements l'éducation nationale est la principale pourvoyeuse. Seulement 5% proviennent des médecins. Les

Professionnels de santé qui exercent en milieu hospitalier déclarent plus que les libéraux. [29]

On observe déjà une disparité, entre départements, à la mise en place de décisions judiciaires lorsqu'une information préoccupante est qualifiée (par exemple 48 % des IP bénéficient de mesure judiciaire dans le Finistère contre au 88 % dans le Val d'Oise). Il existe également une inhomogénéité importante quant au nombre d'informations préoccupantes déclarées entre départements : environ 7,9‰ mineurs en Savoie au minima et 24,9‰ en Haute-Saône au maximum (Bouches-du-Rhône 9,2 ‰). Le manque d'éléments et de standardisation des données ne nous permet pas de pouvoir analyser la cause de ces variations, un tableau des tendances a été réalisé comme le montre la carte 1 issue du dixième rapport de l'ONED.



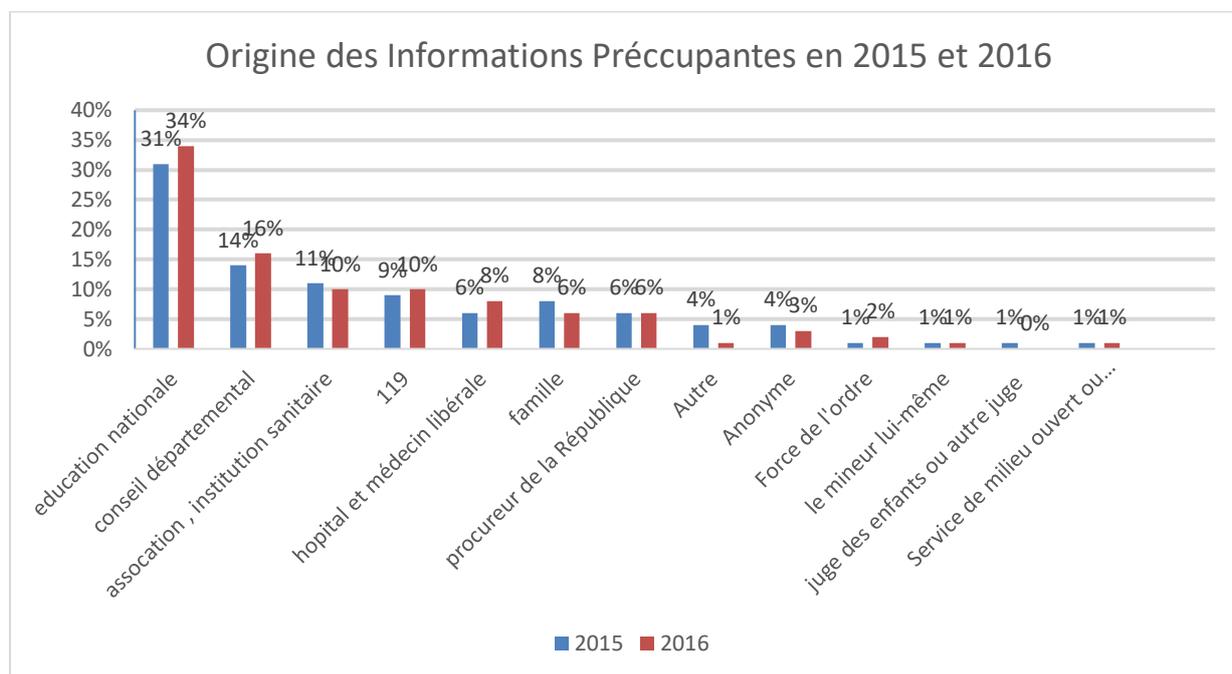
**Carte 1 :** Part des moins de 18ans bénéficiant d'au moins une mesure en protection de l'enfance au 31 décembre 2012 (‰) [29]

#### 4.4.2 Au niveau départemental des Bouches-du-Rhône

Un recueil de données a été réalisé par les services de protection infantile au niveau du département des Bouches-du-Rhône dont le but était d'évaluer le nombre d'IP ainsi que leur provenance et leur devenir [29-30].

Durant l'année 2016, 5093 informations entrantes ont été reçues. Parmi celle-ci 3341 ont été qualifiées d'Informations Préoccupantes, représentant un chiffre de 4% de moins en comparaison de l'année 2015 pour un chiffre d'Informations entrantes quasiment similaires (5075). 1746 informations entrantes n'ont pas été qualifiées pour l'année 2016.

On peut remarquer que la répartition de leur provenance est différente de celle observée au niveau national [29-30]. En comparant les deux enquêtes, se déroulant sur la même période, **l'éducation nationale** qui a déclarée 34% des informations préoccupantes est **la première pourvoyeuse d'information Préoccupante** dans notre département [30]. L'entourage ne représente que 6 % des IP. On observe une augmentation de la provenance des informations entrantes provenant des professionnels de Santé et de l'Education Nationale. (Tableau 3)

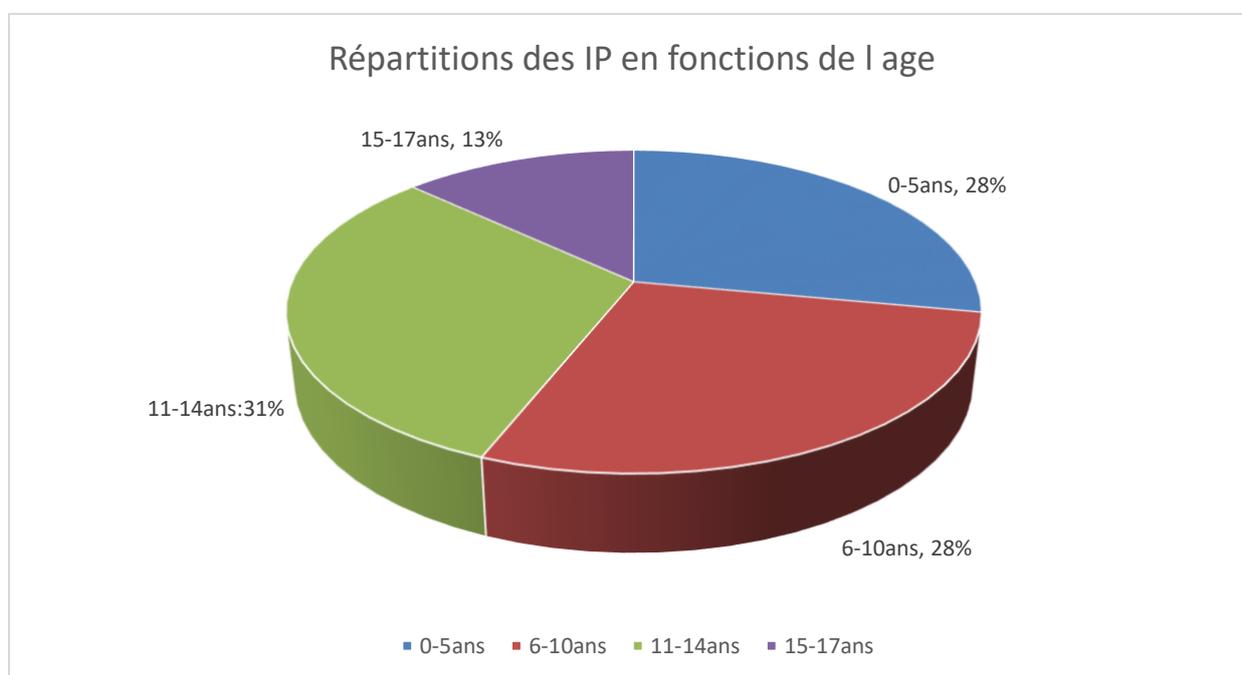


**Tableau 3 :** Tableau comparatif des modes d'entrées des Informations Préoccupantes entre l'année 2015 et l'année 2016 [30]

Parmi la totalité de ces Informations Préoccupantes en 2016, il existe des disparités en fonction de nombreux facteurs intrinsèques à l'information préoccupante d'une part, et géographique d'autre part :

#### a) Disparité en fonction de l'Information Préoccupante

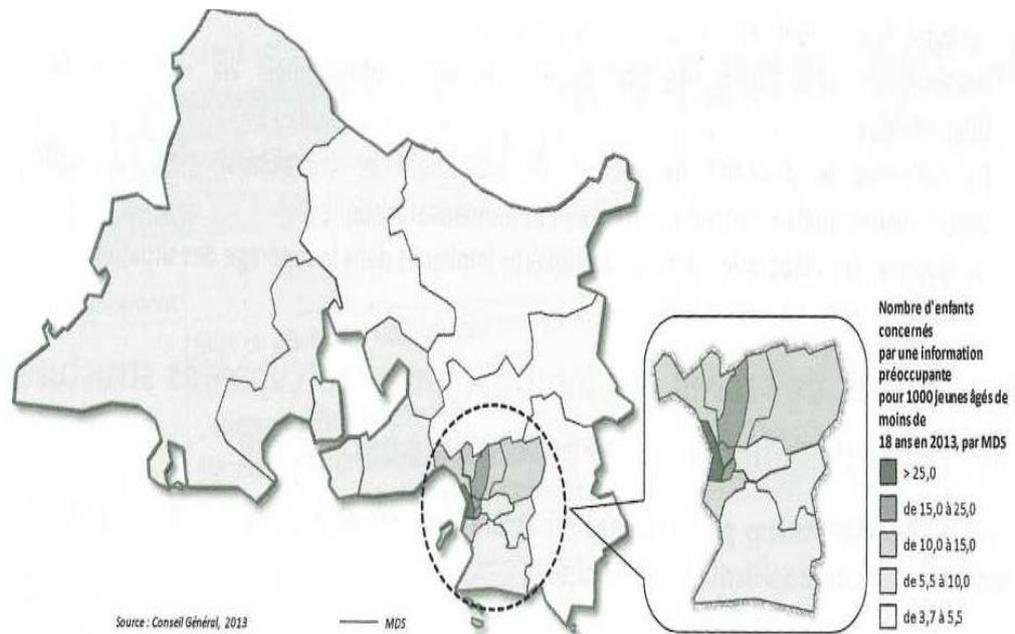
On remarque que le nombre d'informations préoccupantes établies est plus important lorsqu'il s'agit de parents isolés (1301 soit 37,6% des IP). Il existe également une différence en fonction de l'âge et du sexe des mineurs concernés. Les enfants de 11 à 14 ans représentent à eux seuls 31% des IP (graphique 1).



**Graphique 1 :** ratio des informations préoccupantes en fonction de l'âge

#### b) Disparité en fonction de la localisation géographique :

On observe une forte disparité au sein même du département en ce qui concerne le nombre d'informations préoccupantes, avec une prédominance nette d'informations entrantes pour les enfants au sein de Marseille avec un pourcentage de 54.4% (tableau 6) [28] Cependant, cette corrélation vulnérabilité et majoration des IP n'est pas systématisée au niveau du département (carte 2).



**Carte 2 :** Variation des IP en fonction de la localisation départementale selon le recueil de données établi par le conseil général de la protection de l'enfance durant l'année 2014[30]

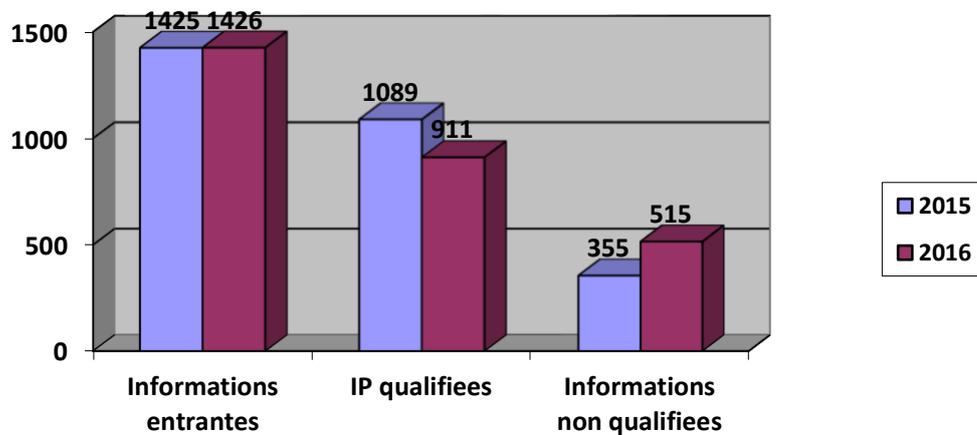
Dans les Bouches-du-Rhône, ont récence 2 006 069 habitants en 2014, les mineurs représentent 18.2% de cette population. La ville de Marseille durant la même année représente 858120 habitants soient 42.7% de la population de la région. Malgré un nombre moindre de mineurs Marseille représente plus de la moitié des informations préoccupantes de la région. De plus, comme on peut l'observer dans la carte 2, le nombre d'enfants concerné par les informations préoccupantes varie en fonction de l'arrondissement de la ville, variant de plus de 25 pour 1000 mineurs à moins de 5.5.

### c) Standardisation du recueil

Depuis la loi Meunier-Dini, instaurée en 2016, et des changements organisationnels interne du Conseil départemental 13 il existe une standardisation du recueil d'informations qui facilite la traçabilité et l'homogénéisation). Ainsi, Sur la feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017, document établi par le conseil général des Bouches du Rhône, en comparant les mêmes périodes de début mai à fin aout 2015 et 2016, on peut observer qu'à chiffre quasiment identique d'informations, il existait préalablement une qualification plus importante des informations préoccupantes [28].

Il est possible que cette différence soit due à un manque de définition identique, une évaluation personnelle différente des situations. On observe ainsi, du fait de la nouvelle organisation du conseil départemental permettant une meilleure évaluation

des informations entrantes, une diminution de 16% de la qualification d'informations préoccupantes. (Tableau 4).



**Tableau 4 :** comparatif Informations reçues durant les périodes du 01/05/15-31/08/15 et 01/05/16-31/08/16 dans les territoires des Bouches-du-Rhône

# **5 ENQUETE QUANTITATIVE CONCERNANT LES CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES**

---

## **5.1 INTRODUCTION**

La protection de l'enfance a évolué à travers les temps. Elle est, de nos jours, au cœur de la politique actuelle avec de nombreuses modifications. Depuis la loi de 2007, modifiée en 2016, relative à ce sujet, une nouvelle mesure a été introduite, celle d'information préoccupante. Comme nous l'avons vu précédemment, le but d'une information préoccupante est d'apporter une aide à la famille si possible alors qu'un signalement à une action directement de sanction.

Une nouvelle modification de cette loi est apparue en Mars 2016 afin de faciliter et uniformiser le recueil ou traitement d'informations préoccupantes. Aujourd'hui, le thème de la maltraitance envers les enfants est de plus en plus évoqué dans les publications françaises. Longtemps ignoré la protection de l'enfance est un réel problème de santé publique. Qui plus est, les informations préoccupantes sont peu évoquées elles aussi dans les écrits concernant la maltraitance infantile. L'une des rares enquêtes réalisées à l'échelle d'un département en Ile-et-Vilaine montre également un faible taux de participation des médecins lors de la rédaction d'une Information préoccupante [34]. Mais cette enquête, réalisé en 2014, est précédente à la dernière mise à jour de la Loi Meunier-Dini. Dont l'un des objectifs est de faciliter les démarches pour les médecins.

Au niveau national, selon le recueil de données déclarées dans le dixième rapport de l'ONED, durant l'année 2013, 273 000 mineurs bénéficiaient de mesures de protections administratives ou judiciaires, soit 19% au niveau national avec une forte disparité interdépartementale. Les médecins généralistes occupent une place centrale dans le dispositif de repérage des enfants en situation à risque de maltraitance, puisqu'ils suivent régulièrement 88% des moins de 16 ans et sont en lien direct avec les familles [6]. Pourtant, ils ne seraient à l'origine que de 2% des signalements au niveau régional. Hors ils sont en principe en première ligne en ce qui concerne la protection infantile. L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en ce qui concerne les informations préoccupantes. Quels sont les freins rencontrés par les médecins à la rédaction d'informations préoccupantes, quels outils pourraient faciliter leur rédaction ?

Dans le territoire de la zone d'action de Salon de Provence, sur une période de plus de 6 mois, aucune information préoccupante n'émane des médecins généralistes libéraux, le but de mon enquête, pour donner suite à ce constat de stage, est d'évaluer

les freins rencontrés par les médecins généralistes libéraux à la rédaction d'une Information Préoccupante.

## **5.2 MATERIEL ET METHODE**

### **5.2.1 Schéma de l'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, par questionnaire anonyme, menée auprès de 88 médecins généralistes libéraux. Le territoire d'action de notre étude comprend Salon de Provence et les villages adjacents à la suite d'un constat pratique dans un centre de maison de santé de la ville. L'enquête a été préalablement distribuée à 3 médecins généralistes pour tester son intérêt, sa faisabilité et la compréhension des questions. La distribution des questionnaires en version papier a été réalisée par voie postale à l'ensemble des médecins généralistes du territoire salonais, adresse postale préalablement demandée au conseil de l'ordre des médecins, en janvier 2016. Une explication écrite accompagnait systématiquement le questionnaire. L'anonymat était garanti pour les médecins généralistes. Une enveloppe affranchie était jointe pour la réponse, le délai de réception des questionnaires était de 3 mois. Aucune relance n'a été faite. L'enquête a bien été accueillie par les médecins généralistes.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral installé, avec une activité uniquement libérale dans Salon de Provence, Lamanon, Pélissane la Fare-les-Oliviers, Saint-Cannat, Saint Chamas, Sénas et Mallemort. Les médecins spécialistes étaient exclus, ainsi que les médecins généralistes, angiologues et échographistes exclusifs, les médecins généralistes remplaçants, ou salariés, ou travaillant exclusivement en milieu hospitalier.

### **5.2.2 Questionnaire (Annexe1)**

Le questionnaire comporte 13 questions réparties en 5 parties distinctes. Il est composé de 10 questions à choix multiples, où les participants pouvaient mettre un commentaire libre à la fin. Ce questionnaire est issu de travaux de thèses préexistantes ayant un objectif comparable à notre thèse et de discussion avec le médecin responsable de la PMI de Salon de Provence et avec le médecin en chef des Bouches-du-Rhône [34].

- La première partie s'intéresse au profil des médecins généralistes (sexe, âge, formation sur les Informations préoccupantes, réalisation d'une information préoccupante dans les 12 derniers mois).

- La seconde partie est relative aux connaissances des médecins généralistes sur les éléments indispensables pouvant conduire à une information préoccupante et leurs connaissances sur la loi relative aux informations préoccupantes.
- La troisième partie évalue les connaissances des médecins généralistes du service de PMI.
- La quatrième partie correspond au frein pouvant être perçu par les médecins généralistes pour la rédaction d'une information préoccupante.
- La cinquième partie aborde les outils d'aide potentielle à la rédaction d'une information préoccupante.

### **5.2.3 Résultats au questionnaire**

Un score général a été calculé pour le questionnaire. Il regroupait les questions des deuxièmes et troisièmes parties. Chaque réponse a été comparée au tableau de réponses (annexe 2), établie à partir des travaux de thèses antérieures et aux recommandations de l'HAS sur le parcours d'une information préoccupante [25].

### **5.2.4 Exploitation des résultats**

Les réponses ont été retranscrites et analysées sur le logiciel « Microsoft Office Excel 2010 ». Les calculs ont été réalisés grâce au site de biostatistiques « BiostaTGV » destiné à l'épidémiologie clinique [8]. Pour comparer les données, le test du Chi deux de Pearson a été utilisé pour les variables qualitatives, ou test exact de Fisher en cas de petits échantillons,  $n < 5$ . Pour les variables quantitatives, le test t de Student a été employé, si elles suivaient une loi normale et le test de Mann et Whitney Wilcoxon si elles dérogeaient à une loi normale. Les tests étaient bilatéraux avec un risque d'erreur de première espèce « p » à 5 %. L'intervalle de confiance (IC) à 95% était calculé pour les variables quantitatives, comme un intervalle de valeurs à l'intérieur duquel nous étions certains à 95% de trouver la vraie valeur recherche résultat

## **5.3 RESULTATS**

Nous avons recueilli 42 questionnaires sur les 88 envoyés : la totalité sous format papier, avec un pourcentage de réponse de 47.7%. Ce taux de participation élevé sans relance témoigne en lui-même de l'importance accordée par les médecins généralistes sur le sujet. L'échantillon composé n'est pas statistiquement différent de la population des médecins exerçant dans les Bouches-du-Rhône, avec 16 femmes (38%) et 26

hommes (62 %). La moyenne d'âge était comprise entre 45 et 55 ans. Les caractéristiques de l'échantillon de médecins inclus étaient comparables en âge et en genre à la population des médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône (tableau 1) [33]. Sur les 5 médecins ayant eu une formation sur les informations préoccupantes, 4 avaient moins de 55 ans.

	Echantillon		Bouches du Rhône
	N=42	%	%
Sexe :			
Homme	26	62	60
Femme	16	38	40
Age :			
25-35ans	4	9	6
35-45ans	9	21	19
45-55ans	15	36	32
55-65ans	14	33	40
% ayant eu une formation sur les informations préoccupantes	5	12%	
Ayant réalisé une information préoccupante dans l'année en cours	1		

**Tableau 1** : caractéristique des médecins généraux inclus

Du fait du faible effectif de l'enquête, aucune corrélation n'est statistiquement significative entre le sexe, l'âge et le taux de réponses adaptées de la question 1 à 7 (tableau 2). Les femmes semblent plus sensibilisées que les hommes alors que les médecins âgés de plus de 65 ans ont un taux de bonnes réponses seulement de 62.5%

Parmi les médecins généralistes interrogés, 5 médecins (12%) avaient effectué une formation sur la loi du 5 mars 2007 concernant les informations préoccupantes, 37 (88%) n'en avaient jamais réalisées.

Tranches d'âge	25-35ans	35-45ans	45-55ans	55-65ans	65ans et +	Total général
<b>Taux de bonne réponse en % :</b>						
-Femme	75%	70%	76.6%	68%	63%	70.52%
-Homme	72%	73%	72%	70%	55%	68.46%
<b>Total général</b>	<b>71.65</b>	<b>68</b>	<b>74.3</b>	<b>71</b>	<b>62.5</b>	<b>69.49</b>

**Tableau 2** : tableau de corrélations entre l'âge et le sexe et le taux de bonnes réponses au questionnaire

### 1- Questionnaire : Partie connaissances sur les informations préoccupantes.

Le taux moyen de réponses adaptées sur cette partie est de 74%, avec notamment un taux important en ce qui concerne l'objectif d'une information préoccupante à 97%, ce qui témoigne d'une connaissance importante des médecins sur l'objectif des informations préoccupantes en général. Mais cependant, la différence entre information préoccupante et signalement est sujet à pas mal de confusions pour les médecins généralistes avec un taux moyen de réponses adaptées à 49% pour cette question. En effet seulement 15 (35.7%) des médecins interrogés sur 42 connaissent une différence de terme entre information préoccupante et signalement.

Parmi les médecins, 38(soit 90.4%) ont la notion qu'il s'agit d'un écrit d'une situation de danger ou de risque et 35 médecins (soit 83,3%) reconnaissent les informations préoccupantes comme une démarche administrative ne conduisant pas de manière systématique à une sanction juridique pour la famille. Cependant seulement 24 médecins (soit 57.1%) pensent que le milieu familial ne peut pas rédiger une information préoccupante.

La distinction entre information préoccupante et signalement reste confuse avec un taux de réponses faible en ce qui concerne les différences entre information préoccupante et signalement.

Questionnaire :	Réponse Positive n	Réponse Négative n
<b><u>1/Qu'est-ce qu'une Information préoccupante</u></b>		
Ecrit sur la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire	12	30
Ecrit sur la situation d'un enfant maltraité par des tiers, autre que la famille	17	24
Ecrit susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque	38	4
Démarche administrative qui ne conduit pas systématique à une sanction juridique	35	7
<b><u>2/Quels sont les éléments d'orientation d'une IP</u></b>		
Violence conjugale	35	7
Violence intrafamiliale	40	2
Trouble du comportement infantile ou difficulté scolaire	31	11
Violence sexuelle	2	40
Errance médicale	31	11
Absentéisme scolaire	34	8
<b><u>3/Quel est l'objectif d'une Information Préoccupante</u></b>		
Evaluer une situation familiale pour s'assurer du respect des besoins de base des enfants	41	1
Peut mettre en place une mesure d'accompagnement sociale et économique	41	1
<b><u>4/Quelle est la différence entre une IP et un Signalement</u></b>		
Aucune, seuls les termes ont changé	27	15
Signalement est une saisie des autorités judiciaires contrairement à l'IP qui est une saisie des autorités administratives	20	22
Signalement médico-légal contrairement à l'IP	27	15
Signalement est réservé aux faits graves nécessitant une mesure appropriée immédiate alors qu'une information préoccupante est dédiée au cas où l'enfant est considéré comme en danger ou à risque	20	22

**Tableau 3 :** Analyse comparative des connaissances sur la définition, les éléments d'orientation, l'objectif et la différence avec un signalement d'une information préoccupante

En ce qui concerne les éléments d'orientation d'une information préoccupante, l'élément majeur pouvant conduire à la rédaction d'information préoccupante sont les violences intrafamiliales avec une réponse adaptée de 40 médecins interrogés (soit 95.2%). Les médecins différencient bien avec les violences sexuelles, conduisant directement à un signalement, avec des réponses adaptées de 40 médecins interrogés

(soit 95.2%). Pour 34 (soit 80.9%) et 35 (soit 88%) des médecins interrogés respectivement, l'absentéisme scolaire et les violences conjugales peuvent être des éléments en faveur de rédaction. Puis parmi les médecins 34(soit 73%) ont une réponse adaptée en ce qui concerne l'errance médicale et le trouble du comportement infantile ou difficulté scolaire qui peut être un élément d'orientation d'information préoccupante.

L'objectif des informations préoccupantes, qui est d'évaluer une situation de danger et de permettre ainsi la mise en place de mesure d'accompagnement, est bien compris par les médecins généralistes avec une seule réponse inadaptée sur l'ensemble des médecins interrogés sur les deux questions à ce sujet.

## 2- Questionnaire : Partie connaissance des médecins concernant les services de Protection maternelle et Infantile.

En ce qui concerne la partie sur la connaissance des services sociaux, de manière générale, les médecins ont répondu à 70.49% de manière correcte, avec un taux de réponse le moins élevé pour la gestion des informations préoccupantes au sein des maisons départementales de la solidarité (66.75% de réponses adaptées de manière générale)

Pour le rôle du Conseil Départemental dans la protection de l'enfance le taux de bonne réponse est supérieur à 81% avec un maximum de réponses positives pour 37 des médecins interrogés (soit 88%) pour la question « *Mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs* ».

En ce qui concerne le rôle qu'a le Conseil Départemental dans la protection de l'enfance seulement 30 médecins (soit 71.4%) le connaissent.

Questionnaire :	Réponse Positive	Réponse Négative
<b><u>5/Quel est le Rôle du Conseil départemental dans la protection de l'enfance :</u></b>		
Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs	30	12
Mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs	37	5
Organiser le recueil d'informations relatives aux mineurs maltraités	33	9
Participer à la protection des mineurs	35	7

**Tableau 4 :** Analyse comparative des connaissances sur le rôle du conseil général, des maisons départementales de la Solidarité ainsi que de la gestion des informations préoccupantes au sein de cet organisme

En ce qui concerne le rôle des maisons départementales de la solidarité toutes les affirmations données étaient correctes. Les médecins connaissent peu le rôle d'écoute des problèmes conjugaux, seulement 18 médecins interrogés (soit 42.8%) ont répondu par l'affirmation. Par contre parmi les médecins 31 (soit 73.8%), 30 (soit 71.4%) et 39 (soit 69%) en ce qui concerne le rôle dans l'insertion sociale et l'aide administrative, l'accompagnement des futures mères et dans la protection de l'enfance respectivement.

La prévention médicale reste moyennement connue car 27 médecins (soit 64.2%) reconnaissent le rôle des maisons départementales de la solidarité dans celle-ci.

<b>6/Quels sont les rôles de la Maison Départementale de la Solidarité</b>	Réponse Positive	Réponse Négative
-Rôle dans l'insertion sociale, dans les démarches administratives ou dans la constitution de dossiers	31	11
-Rôle dans l'accompagnement des futures et jeunes mères	30	12
-Rôle dans la prévention médicale	27	15
-Rôle dans la protection de l'enfance	29	13
-Rôle d'écoute lors de problèmes conjugaux	18	24

**Tableau 5** : Analyse comparative des connaissances du rôle des maisons départementales de la Solidarité

La gestion des informations préoccupantes au sein même des MDS reste un point d'ombre des médecins, 40 (soit 95%) des médecins interrogés savent que les médecins, la plupart du temps, participe à l'évaluation des informations préoccupantes, cependant seulement 20 (soit 47.6%) et 19 (soit 45 %) respectivement connaissent le rôle des assistants sociaux et psychologues dans le traitement des informations préoccupantes.

<b>7/Qui participe à l'évaluation des IP au sein de la MDS</b>	Réponse Positive	Réponse Négative
-Le directeur de la MDS	35	7
-Un médecin de PMI	40	2
-L'Assistante sociale	20	22
-Le psychologue	19	23

**Tableau 6** : Analyse comparative des connaissances sur la gestion des informations préoccupantes au sein de cet organisme

### 3. Les freins à signaler

Les trois principaux freins des médecins généralistes à la rédaction d'une information préoccupante étaient, pour 27 des médecins interrogés (soit 64.2%), la « Méconnaissance des procédures et coordonnées téléphoniques de la CRIP » et le « Refus d'être impliqué, avec crainte de représailles ». Enfin, à moindre degré (pour 26 médecins interrogés, soit 61.9%), nous avons la « Méconnaissance du rôle exact des services pouvant intervenir dans ce cas ».

Les autres obstacles à transmettre une IP sont par ordre décroissant :

- « Peur des conséquences pour la famille » avec une réponse positive de 25 médecins (soit 59%)
- « Absence de retour sur la PEC » avec une réponse positive pour 24 médecins (soit 57%) contre 18 (soit 43 %) de réponse négative.
- « Loyauté des médecins envers les parents avec peur de rompre le lien » avec une réponse positive pour 23 médecins (soit 54.7%).
- « Méconnaissance de ce que doit contenir un écrit » et « Méconnaissance du cadre de vie de la famille » avec un taux de réponses affirmatives de la part de 21 médecins interrogés (soit 50%).

<b>Dans le cadre d'une situation à risque de maltraitance envers un mineur, quels sont vos freins à la rédaction d'un écrit</b>	Oui	Non
- A priori négatif sur les services sociaux	15	27
-A priori négatif du système judiciaire	8	34
-Confusion sur la définition ou le diagnostic	13	29
-Absence d'un interlocuteur médecin au niveau des services sociaux	17	25
-Ignorance des lois ou des procédures d'information préoccupante	19	23
-Méconnaissance du cadre de vie de la famille	21	21
-Méconnaissance des procédures et coordonnées téléphoniques de la CRIP	27	15
-Méconnaissance de ce que doit contenir un écrit	21	21
-Méconnaissance du rôle exact des services pouvant intervenir dans ce cas	26	17
-Peur des conséquences pour la famille	25	18
-Absence de retour sur la PEC	24	16
-Refus d'être impliqué, avec crainte de représailles	27	15
-Manque de temps	20	22
-Loyauté des médecins envers les parents avec peur de rompre le lien	23	19

**Tableau 7** : Analyse comparative des freins rencontrés par les médecins généralistes à la rédaction d'une information préoccupante

Les médecins interrogés n'avaient que peu d'a priori négatif sur les services sociaux ou judiciaires avec seulement 15 (35.7%) et 8 (19%) de réponses positives.

Parmi les médecins, la peur de se tromper de diagnostic représente un frein à la déclaration que pour 13 d'entre eux (soit 30.9%) contre 29 (soit 69.1%) des médecins assez sûrs d'eux. Cependant aux questions « Absence d'un interlocuteur médecin au niveau des services sociaux » et « Ignorance des lois ou des procédures d'information préoccupante » représentent respectivement 17 (soit 40.4%) et 19 (soit 45.2%) des médecins interrogés. Pour 20 (soit 47.6%) des médecins, la non-rédaction d'information préoccupante peut être également due à un manque de temps.

#### 4. Outils d'amélioration

Les médecins généralistes pensaient pour 38 (soit 90.4%) d'entre eux qu'un guide de bonne pratique serait bénéfique à l'aide à la rédaction d'une information préoccupante, 4 (soit 8.6%) ne le pensaient pas. A moindre degré, 28 (soit 66.6%) des médecins interrogés pensent qu'une formation en petit groupe sur la protection de l'enfance leur serait bénéfique, 32% ne le pensent pas.

Les médecins généralistes souhaitaient pour 35 (soit 83.3%) la réalisation d'un guide simple avec les coordonnées des organismes à contacter, 7 (16.6%) d'entre eux ne le réclamaient pas.

Parmi les médecins généralistes interrogés, 36 (soit 85.7%) sont d'accord pour dire qu'une meilleure liaison avec les médecins de la PMI et le médecin référent de la protection de l'enfance faciliterait la rédaction d'informations préoccupantes, 6 (soit 14.2%) ne le pensent pas.

L'avis des médecins sur la connaissance des dispositifs mis en place pour soutenir les familles est plus partagé avec 25 (soit 59.5%) des médecins interrogés qui seraient d'accord contre 17 (soit 40.5%) qui ne pensent pas que cela améliorerait la rédaction d'informations préoccupantes

<b>Outils d'amélioration</b>	Oui	Non
1/ Guide des bonnes pratiques avec aide aux données nécessaires pour une IP	38	4
2/ Guide numéro utile locorégionale sur la Protection Infantile	35	7
3/ Meilleures liaisons avec les PMI et le médecin référent d'IP	36	6
4/ Si connaissance des dispositifs administratifs pouvant être mis en place pour soutenir les familles	25	17
5/ Formation en petit groupe et conjointe avec les services de PMI	28	14

**Tableau 8** : Analyse des outils d'amélioration pour faciliter la rédaction d'une information préoccupante

## 5.4 DISCUSSION

### 1. Résultats Principaux

Notre étude a montré que, 10 ans après la promulgation de la loi de 2007 sur la protection de l'enfance, les connaissances des médecins sur le sujet restent insuffisantes. Comme le montre notre étude, seulement 35.7% des médecins interrogés reconnaissent une réelle différence entre signalement et information préoccupante. Cependant, les médecins de moins de 55 ans semblent être plus sensibilisés à la maltraitance infantile. Ils représentent 80% des médecins ayant eu une formation dans notre étude.

La population médicale à l'heure actuelle tend au vieillissement de celle-ci avec une augmentation de 75.1% des médecins retraités au niveau national [34] sur les neuf dernières années alors que le nombre d'actifs n'a augmenté que de 1.2%, avec une moyenne d'âge des médecins de 53 ans au niveau des Bouches du Rhône. Phénomène qui pourrait expliquer en partie la faible connaissance de cette récente loi.

Les médecins femmes et de moins de 55 ans semblent plus sensibilisées sur les informations préoccupantes que le reste des médecins sans que cela semble toutefois significatif. Dans notre pays comme aux États-Unis et Canada, les médecins ont un rôle principal dans la protection de l'enfance avec une détection précoce et prévention de la maltraitance infantile [35].

Notre enquête met en lumière les difficultés rencontrées par les médecins dans la distinction entre signalement judiciaire et information préoccupante. Des conclusions similaires ont déjà été révélées en 2010 durant les États Généraux de l'Enfance de 2010 [30] et d'un travail de thèse en médecine en 2013[36] avec des populations étudiées plus importantes qui révèlent de manière significative ce que notre étude ne fait que suspecter. Les médecins interrogés pensaient majoritairement qu'une formation sur le sujet de la protection de l'enfance leur serait bénéfique et les aiderait à mieux signaler. L'intérêt de cette conclusion est que ce dispositif facile à mettre en œuvre permettrait de plus d'établir un réseau entre les médecins et les acteurs de la protection infantile.

On peut cependant voir que les médecins sont très demandeurs d'aides telles que guide et numéro téléphonique pour faciliter la communication avec les services sociaux.

## 2. Intérêts et limites de ce travail

### a. Population étudiée

Notre objectif était d'analyser la population des médecins généralistes libéraux installés dans Salon de Provence et les communes avoisinantes. Nous nous sommes intéressés à la population des médecins généralistes en tant que médecins de famille, souvent les premiers interlocuteurs d'un parcours de soin.

L'échantillon des répondants était représentatif en âge et en genre de la population des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône (Tableau1). Il s'agit d'une petite étude avec seulement 42 réponses. Notre étude manque de puissance pour pouvoir analyser la différence de connaissances entre les différents sous-groupes de médecins. On ne peut pas exclure l'existence d'un biais de sélection même si le sujet de protection de l'enfance doit concerner tous les médecins. En effet, les médecins ayant répondu à notre questionnaire s'intéressaient probablement plus au sujet de la protection de l'enfance.

Les questionnaires étant anonymes nous ne pouvons pas connaître la répartition géographique et le milieu d'exercice des médecins ayant répondu.

L'échantillon de médecins était très hétérogène en ce qui concerne la formation reçue. Nous pourrions critiquer la représentativité de ce sous-groupe étant donné le faible effectif de l'échantillon de médecins formés sur l'I.P (Il n'existe pas à l'heure actuelle de données chiffrées sur les formations réalisées par les médecins dans les Bouches-du-Rhône. Nous ne pensons pas que ce pourcentage soit plus élevé dans la population des médecins.

On peut penser que les médecins ayant participé à cette enquête se sentaient déjà plus concernés par le sujet de l'enfance en danger.

En toute connaissance de cause, la faible quantité des travaux antérieurs sur ce sujet en fait un support pour une enquête plus exhaustive sur une population régionale voire nationale.

### b. Méthodologie

Un envoi postal, à tous les médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre, permet de réduire le biais de sélection initial au minimum. N'ayant pas pu avoir l'adresse mail des médecins aucune relance par mail n'a été associée à la voie postale. L'envoi a eu lieu en janvier, période de l'année où les consultations sont assez denses, de ce fait aucun rappel téléphonique n'a été réalisé.

Le taux de réponse à l'enquête postale était bon étant donné qu'il n'a pas été fait de renvoi secondaire. En effet, d'après Prairie Research Associates, « *le premier contact par le biais de l'envoi d'une lettre avec un questionnaire et une enveloppe préaffranchie a un taux de réponse d'environ 20 à 30% de l'envoi initial* » [37]. L'absence de relance à quelques jours du premier envoi a probablement diminué le taux de réponses. Un

questionnaire court avec des questions fermées a été privilégié pour maximiser le taux de réponse.

**Malgré cela, nos résultats ont permis de retirer des données utiles à l'amélioration des connaissances et des pratiques des médecins généralistes.**

Notre étude étant une enquête de pratique et de connaissance un **biais déclaratif** ne peut être exclu dans les dernières questions, avec la rédaction de réponse entendu hypothétiquement plutôt que celles représentatives de leurs pratiques et a priori. Cependant le questionnaire étant anonyme, ils n'avaient pas d'intérêt personnel à modérer leurs réponses.

En ce qui concerne l'étude en elle-même, l'étude épidémiologique est celle de référence pour caractériser une population.

Le fait d'avoir calculé un score pour les réponses de la deuxième et troisième partie permettait d'avoir une vue d'ensemble des connaissances des médecins généralistes sur la protection de l'enfance. Une analyse des réponses indépendamment était néanmoins nécessaire.

### **c. Freins à signaler**

Nous avons mis en évidence qu'il existe une difficulté de rédaction et du repérage du destinataire des informations préoccupantes pouvant être un frein important à la rédaction de celle-ci. Depuis l'amélioration par la loi Meunier-Dini un référent unique est disponible pour les médecins, facilitant ainsi les traitements d'information préoccupantes

## **3. Les réticences des médecins à signaler**

Notre étude a démontré de nombreux points pouvant être des freins à la déclaration. Certains de ces points peuvent être facilement améliorés

### **a. Crainte de représailles, refus d'être impliqué et manque de temps**

Notre enquête a montré que 68% des médecins interrogés avaient cette crainte de représailles avec une peur d'être accusés de dénonciation calomnieuse.

Lors de la rédaction d'une information préoccupante, le refus d'être impliqué pour les médecins généralistes est important avec une notion de perte du lien et de la dégradation de la relation médecin malade. Comme cité plus haut, la rédaction d'une information préoccupante est l'une des exceptions au secret médical, et, la rédaction d'une information préoccupante doit être une obligation comme le précise l'article 44 du code de déontologie médicale. De plus la rédaction d'une information préoccupante de manière simplement descriptive ne peut pas être préjudiciable pour le médecin comme l'indique clairement la loi du 7 mars 2007.

La crainte des conséquences familiales d'une information préoccupante par le médecin est aussi un frein important à la rédaction. Cependant, le but d'une information préoccupante n'est pas obligatoirement la sanction. Quelques exemples synthétisés par l'AVPE [38] ont montré des retombées sur les médecins avec des sanctions levées le plus souvent en appel.

L'anxiété ressentie par les médecins est majorée par des expériences de médecins, ayant reçu des blâmes, interdiction d'exercer voire la radiation du tableau, pour faute professionnelle.

L'histoire la plus relatée est celle d'un psychiatre, qui a réalisé en 2012 une IP pour une mise en danger de l'état de santé d'un enfant, ayant reçu un avertissement. Cependant, dans le rapport, il faisait apparemment peser « implicitement » l'origine de celle-ci sur les séjours chez son père, dans un contexte de garde alternée, comme étant en partie responsables de ce danger. Après enquête sociale par la CRIP du département de l'Eure, il n'était apparu aucune situation de danger dans la prise en charge de l'enfant par son père. Celui-ci a porté plainte auprès de la chambre disciplinaire [39], pour avoir manqué à son devoir de « *prudence et de circonspection* » et de s'être « *immiscé sans raison professionnelle dans les affaires de famille* ». Un enseignement adapté pourrait lever cette crainte d'être accusé de dénonciation calomnieuse ou d'erreur lors de la rédaction d'information préoccupante.

La notion de manque de temps pour rédiger une information préoccupante est une gêne rencontrée par 47.6% des médecins interrogés. Il est nécessaire de rappeler que les médecins sont le garant de la protection infantile et que, comme tout citoyen, ne pas dénoncer une action de maltraitance est punissable selon le code pénal [5]. Cependant, le manque de temps peut exprimer aussi la difficulté des médecins à trouver les numéros nécessaires et les démarches à effectuer pour la réalisation d'une information préoccupante.

#### **b. Méconnaissance des procédures et des coordonnées téléphoniques de la CRIP**

Notre enquête a montré que les procédures et les coordonnées de la CRIP étaient un frein à la déclaration à 68% pour les médecins généralistes. Il est vrai que jusqu'à la loi de 2016 il n'y avait pas de standardisation des recueils. Une connaissance des services et des délais obligatoires de la qualification des informations préoccupantes pourrait diminuer cette appréhension. Ainsi le guide du ministère de la santé, accessible sur Internet, peut répondre au questionnement des médecins généralistes sur les services et délais obligatoires. En effet il déclare que « *la cellule doit veiller à ce que toutes les informations préoccupantes soient prises en compte dans un délai le plus court possible* »[40]. Soit un délai de 3 mois après la déclaration de l'information préoccupante.

Au niveau national, les procédures sont résumées dans de nombreux sites et dépliants tel que « La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. » pour

permettre à toute personne rédigeant une information préoccupante de connaître les finalités et suite.

Les coordonnées des CRIP restent disponibles sur de nombreux supports notamment le support rédigé par le département de l'Hérault [41]. Ce document regroupant la totalité des coordonnées des CRIP dans sa région est réservé uniquement aux professionnels en réintroduisant tous les principaux questionnements et freins rencontrés, avec un listing exhaustif des PMI.

Un formulaire distribué aux médecins de chaque région permettrait de diminuer ce frein, d'ailleurs comme le montre notre étude les médecins seraient en faveur à 83% de ce guide utilitaire. Une évaluation de la distribution de ces guides a été réalisée en 2014[42] montrant que plus de 90% des médecins étaient en faveur d'une distribution nationale de ces guides avec l'aspect annuaire et contacts qui était très sollicité.

Les recommandations HAS rappelle qu'une non-déclaration d'information préoccupantes est défini comme une non-assistance en personne en danger et propose des modèles de déclaration.[25]

### **c. Confusion sur la définition ou le diagnostic**

Le manque de formation et d'information sur les situations à risque de maltraitance est un des freins des médecins interrogés à hauteur de 31%. Des travaux similaires réalisés ont également montré la confusion des médecins entre information préoccupante et signalement. Dans ces travaux, de manière générale les jeunes médecins étaient mieux formés sur le sujet que les médecins de plus de 50ans. Le défaut de formation entrainerait une confusion entre information préoccupante et signalement. Il en va de même avec le terme « enfant en danger ». Lors des États Généraux de l'Enfance de 2010, il était soutenu que la formation sur l'I.P était un « *axe indispensable à l'amélioration du repérage du danger ou risque de danger* » [43].

L'Ordre des médecins consacre chaque année au moins un numéro de ses Bulletins au sujet de la maltraitance. Des modèles de signalement existent depuis quelques années, le dernier en date est celui rédigé dans un rapport à l'ordre des médecins en février 2016. Dans ce rapport qui mentionne également les informations préoccupantes, aucun modèle de celle-ci n'est proposé. Dans un communiqué de presse datant du 17/11/14 le Dr C. Grouchka précise bien la différence entre information préoccupante et signalement en s'appuyant sur une fiche mémo de l'HAS [25].

### **d. Le manque de collaboration entre médecins généralistes et services de la protection de l'enfance**

Le manque de collaboration des médecins généralistes avec les services de la protection de l'enfance reste un frein important, par l'absence de connaissance des procédures, des coordonnées de la CRIP ou d'un référent médecin unique.

Depuis la loi de décentralisation de 1986, chaque département a son propre mode de fonctionnement. Chacun utilise des dénominations différentes pour désigner des structures similaires, et organise différemment ses missions de protection de l'enfance ainsi que la répartition des rôles des différents acteurs. Cette situation rend les démarches des médecins généralistes difficiles. La loi Meunier-DINI du 14 mars 2016 a tendance à homogénéiser la gestion des informations préoccupantes, et ainsi faciliter les démarches des médecins généralistes

Selon une étude réalisée par le Dr M.A DEHARON [44], un faible pourcentage des médecins généralistes était contacté lors de l'analyse d'une information préoccupante. Cependant, ce chiffre montait à plus de 30%, lorsque l'information était qualifiée. Le retour d'information est indispensable pour le médecin généraliste, car avant d'avoir comme but l'aide ou la sanction de la famille, une information préoccupante témoigne d'une inquiétude du praticien.

#### **e. L'a priori négatif sur les services sociaux et la peur des conséquences d'une IP**

Notre enquête a révélé que les a priori négatifs sur les services sociaux étaient des obstacles à signaler pour 36% des médecins, ce qui va en adéquation avec le faible taux de retour de la prise en charge. Ces appréhensions semblent nationales voire internationales. En 2008 déjà, une étude parue dans la revue « Pediatrics » affirme que le silence des médecins est le résultat d'un manque de confiance en la capacité des services de protection de l'enfance à arrêter les sévices, et d'une peur que les enfants soient séparés de leurs parents par les services sociaux [45]. Cette étude est réalisée aux Etats-Unis d'Amérique, 535 médecins exerçant une activité de pédiatrie ont été interrogés lors d'entretiens. La majorité des médecins affirme que leur décision était différente lorsqu'ils connaissaient la famille et leur mode de vie, en privilégiant des méthodes alternatives pour protéger l'enfant. Toutefois, ils déclarent que leur point de vue a été modifié après une rencontre avec les services sociaux.

Cependant, laisser l'enfant dans un milieu où il est en danger est aberrant. Les médecins auraient probablement moins d'a priori avec de meilleurs retours de leur information préoccupante. La mise en place de formations avec des représentants des services sociaux réintroduisant le concept qu'une information préoccupante est avant tout une aide et non une sanction est nécessaire. La peur des conséquences d'une information préoccupante sur la famille ainsi que la peur de la perte de la confiance des familles étaient exprimées par 62% des médecins interrogés. Dans un de ses célèbres livres, « Les oubliés », le Dr Tursz [46] rappelle bien que le « signalement sanction » reste à l'esprit de beaucoup de médecins généralistes. En effet, elle a réalisé une enquête sur les morts suspects de nourrisson de moins de 1 an dans 3 régions de France en 2010. Il en est ressorti que dans de nombreux cas les médecins généralistes ou hospitaliers avaient repérés des signes précoces, mais que comme l'étude Américaine, les médecins avaient peur de la sanction pour la famille. Cette analyse pour elle est due à une « vision parcellaire des problèmes, à travers les cas qu'ils ont personnellement vécus...et d'un manque de formation car durant leurs études il n'y a qu'une heure ou deux de formation sur le sujet »

Une formation médicale avec les services de PMI serait bénéfique pour l'explication des tenants et aboutissants des informations préoccupantes. Ainsi les médecins se sentiraient plus rassurés et moins exposés au comportement des patients.

#### **f. Méconnaissance de la fonction des services de protection de l'enfance**

Notre étude a souligné la faible connaissance des médecins concernant la fonction exacte de chaque service de la protection de l'enfance. Cette lacune se répercute par une difficulté de collaboration avec les services. Cette méconnaissance est un frein pour 64% des médecins interrogés.

En pratique, la PMI reçoit des alertes d'anonymes, de médecins, d'hôpitaux, d'écoles ou de la cellule enfance en danger. Ces informations préoccupantes font l'objet d'une enquête avec des visites à domicile.

En cas de situation grave (absence d'adhésion de la famille, absence d'amélioration de la situation en dépit des mesures prescrites et gravité avérée), un signalement au Procureur est fait.

#### **g. Méconnaissance d'un interlocuteur médecin au niveau des services sociaux**

La méconnaissance d'un interlocuteur médecin, ou du moins un interlocuteur unique comme souligné par les médecins en rédaction libre en fin de questionnaire, est un frein également important. Les médecins ont-ils peur de dévoiler un secret d'ordre médical à une personne non professionnelle de santé ? La connaissance des textes de loi sur la protection de l'enfance permettrait de diminuer cette appréhension des médecins.

Les médecins appellent de manière préférentielle des contacts connus depuis longtemps comme le signale le Dr Tursz [46]. D'autres études sur le sujet ont également montré que l'interlocuteur privilégié dans ces cas était en premier lieu les hôpitaux avec une aisance particulière à partager des informations. Un interlocuteur, connu et médecin, est privilégié pour le caractère secret des informations.

Pour rappel depuis la loi de 2007, les PMI et les C.R.I.P doivent être le correspondant de référence en ce qui concerne les informations préoccupantes la loi de 2007 sur la maltraitance ajoute à la PMI le rôle de prévention de la maltraitance et de prise en charge des mineurs maltraités. Cette prévention du service de PMI vient compléter la mission de protection faite par l'ASE. C'est un rôle capital. En amont de toute maltraitance, la PMI doit repérer les facteurs de risque et prévenir l'émergence de cette maltraitance dans les familles exposées.

Depuis la loi du 14 mars 2016, le législateur a mis en place au niveau national un poste de médecin référent pouvant aider et aiguiller les médecins lors de la rédaction d'une information préoccupante, ceci devrait permettre au médecin généraliste une communication plus facile avec les services sociaux.

#### **h. Relation médecin-malade mise à mal**

Dans la relation « médecin-malade », l'alliance thérapeutique est indispensable. De la nature même de l'information préoccupante, la relation médecin malade est mise en porte à faux dans cette situation, avec souvent une adhésion à la prise en charge difficile à obtenir par l'entourage du patient. Comme nous l'avons vu précédemment, la maltraitance doit être considérée comme une maladie à part entière, et de ce fait doit être soignée et diagnostiquée par les médecins généralistes avec des risques encourus en cas de non-assistance à personne en danger.

De ce fait le diagnostic de maltraitance possible ou probable est aussi médical, il doit donc être pris en charge comme toute pathologie médicale grave et être documenté par des bilans complémentaires.

Conformément à la loi de 2002[17], relative aux droits des malades, les patients devraient être informés des mesures de protection réalisées. Une information claire, loyale et adaptée, de ce qui a conduit à la rédaction d'information préoccupante et du devenir, pourrait rétablir la notion de confiance mutuelle dans la relation médecin malade. Ainsi chacun pourrait expliquer ses craintes vis-à-vis de l'enfant

#### **i. Outils d'amélioration d'aide au dépistage des enfants en danger**

Les médecins généralistes sont très demandeurs d'aide au dépistage. Il paraît clair que des manques sont à combler afin de l'améliorer. Les états généraux de l'enfance [32], comme notre étude, révèlent la difficulté des médecins à identifier clairement un interlocuteur. La loi de Meunier-Dini va dans ce sens avec la centralisation des informations préoccupantes ainsi qu'un référent unique, médecin responsable, que les médecins généralistes pourraient joindre en cas de besoin.

Notre enquête a souligné le souhait des médecins d'avoir un guide de bonnes pratiques aidant ainsi à la rédaction et les démarches nécessaires lors d'une déclaration d'information préoccupante. De tels guides réservés aux professionnels existent dans d'autres départements tels que l'Hérault [47] : guides de l'information préoccupante au signalement de l'enfant en danger.

Notre enquête révèle également que les médecins généralistes souhaiteraient une meilleure liaison avec les PMI et les médecins référents. Ainsi des formations en petit groupe organisés par les PMI pourraient faciliter ces liaisons et pallier également le souhait de ceux-ci d'être formés sur les différentes nouveautés sur la protection de l'enfance.

L'objectif de ces interventions est d'abord d'améliorer le lien entre PMI et médecin généraliste afin de faciliter le dépistage et le traitement de ces situations. Pour que devant chaque inquiétude l'information préoccupante devienne un réflexe.

La formation des internes en médecine générale est également essentielle, à l'heure actuelle sur l'ensemble des items des épreuves classantes nationales, 1 seul parle de la maltraitance infantile au sens large du terme et s'axe principalement sur la maltraitance physique.

## 5.5 CONCLUSION

En France, selon les chiffres recueillis lors du onzième rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance en danger, près d'un million et demi d'enfants de moins de 18ans vivaient une maltraitance [29]. Malgré un éveil national du besoin d'agir et de simplifier les démarches, comme le témoigne la loi du 14 mars 2016, le dispositif reste mal connu des médecins en général.

Notre enquête montre que les connaissances des médecins généralistes de Salon de Provence et des villages avoisinants sur le rôle des informations préoccupantes et leur modalité restent faibles et doivent être améliorées. La loi Meunier-Dini qui tendrait à faciliter et standardiser les démarches pourrait faciliter le repérage par les médecins.

De nombreux freins à la réalisation d'une information préoccupante ont été mis en évidence. Les principaux à retenir sont :

- Méconnaissance des procédures et coordonnées téléphoniques de la CRIP
- Refus d'être impliqué, avec crainte de représailles
- Méconnaissance du rôle exact des services pouvant intervenir dans ce cas

Une meilleure connaissance des services sociaux pourrait aider les médecins à la rédaction d'informations préoccupantes. La rédaction d'une information préoccupante en elle-même pourrait être améliorée si les médecins étaient réassurés en ce qui concerne le secret médical et le devenir de l'information préoccupante. Comme le témoigne de nombreuses enquêtes, telles que celle du Dr Tursz, les médecins sont demandeurs de formation afin de connaître les services sociaux et les démarches exactes à réaliser.

Pour améliorer l'implication des médecins généralistes à la rédaction d'information préoccupante, de nombreuses solutions ont été validées par ceux-ci. Les principales sont :

- La rédaction d'un guide des bonnes pratiques
- La liste locorégionale des numéros utiles locorégionaux sur la protection infantile
- La présence d'un référent médecin unique pouvant être joint par les médecins

Un document allant dans ce sens a été transmis par le conseil départemental de l'ordre des médecins à la demande du conseil départemental des Bouches-du Rhône de la protection maternelle et infantile (Annexe 3). Il indique le nom et coordonnées du médecin référent, ainsi que les données devant figurer dans l'information préoccupante.

Les principaux obstacles rencontrés par les médecins généralistes peuvent être améliorés par une formation et un guide pratique, une plus grande sensibilisation des médecins généralistes au dépistage de situations à risques doit également faire partie de la stratégie. Le changement du point de vue de l'information préoccupante doit faire partie des objectifs prochains avec un arrêt de l'assimilation IP sanction mais plutôt comme une aide.

Des unités d'accueil médico-judiciaire pourraient marquer un tournant dans la protection de l'enfance.

Récemment, l'idée est reprise dans les feuilles de route de la protection de l'enfance réaffirmant ainsi la nécessité de création d'un pôle de référence hospitalier associé à des unités d'accueil médico-judiciaires [48]. En accord avec cette double spécialité permettant une complémentarité indissociable dans le contexte de maltraitance, il a été créé la société française de pédiatrie médicolégale en février 2016 dont l'un des buts principaux sera d'harmoniser les prises en charge sanitaires, sociales et judiciaires [49].

Afin d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge de maltraitances, certains CHU comme celui de Nantes, ont proposé une unité d'accueil des enfants en danger [44]. Il s'agit d'une équipe indépendante et autonome ayant une « *expertise clinique sur les situations de maltraitance et un savoir-faire sur le repérage, le diagnostic, l'annonce et le projet de soins* ». Ainsi depuis 2010, l'UAED de Nantes coordonne le parcours judiciaire des mineurs en 2015. Ce service, seul, comptabilise 631 évaluations pour suspicion de maltraitance avec une demande de 194 informations préoccupantes

Le plan Rossignol, lancé le 1 mars 2017, a pour but de mobiliser la société dans son ensemble familiale et professionnel afin de mieux lutter contre les violences faites aux enfants [50]. Il serait indispensable de poursuivre l'amélioration du recueil de données et de transmission à l'ONPE. La principale ambition de ce plan est de développer les connaissances sur les violences permettant ainsi un repérage plus précoce et de prévenir les sévices. Notamment les axes 2 et 3 mettent en œuvre la désignation dans chaque établissement un médecin référent organisant également les premières journées de formation au personnel.

Au total les médecins généralistes déclarent peu d'informations préoccupantes pour de multiples raisons citées ci-dessus. Il pourrait être intéressant de connaître le devenir de ces informations préoccupantes afin de comparer leur qualification en fonction des sources.

## 5.6 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Recueil général des lois, décrets, ordonnances, etc : depuis le mois de Juin 1789 jusqu'au mois d'Août 1830"
- [2] Décret impérial concernant les enfants trouvés ou abandonnés et les orphelins pauvres (P83-86) Titre I à IV
- [3] Journal Officiel du 8 janvier 1875, déclaration relative a la protection des enfants du premier âge, en particulier des nourrissons
- [4] Legifrance. Code de l'action sociale et des familles. *legifrance.gouv*. [En ligne] [Citation : 21 05 2014.]<http://www.histoiredubiberon.com/biberons/Documents/Loi%20Roussel.pdf>
- [5] Legifrance. Code de l'action sociale et des familles. *legifrance.gouv*. [En ligne] [Citation : 24 07 1989.]<https://criminocorpus.org/fr/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-la-monarchie-de-juillet-a-1/loi-du-24-juillet-1889/>, Loi du 24 Juillet 1889
- [6] Jacques Bourquin. René Bérenger et la loi du 19 avril 1898 sur les violences à enfants, Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », Hors-série 2007 p 141-150
- [7] Journal Officiel de la république française. numéro 175, 29 juin 1904
- [8] Metalnikov S. La lutte contre la mort, presses universitaires de France, p294-298, 1937
- [9] Legifrance. journal officiel du 8 janvier 1959. *legifrance.gouv*. [Citation : 8 01 1959.]
- [10] Bourquin J, Genèse de l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur l'enfance en danger, Hors-série 2007, P151-164
- [11] Appel des 100, Pour le renouveau de la protection de l'enfance, Conseil général de la seine-saint-denis, 2005
- [12] Legifrance. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
- [13] Legifrance. Code de l'action sociale et des familles, Article 226-3 du 6 mars 2007, relatif a la Protection des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes.
- [14] Legifrance. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 réformant la protection de l'enfance. 2016-297 mars 14, 2016.
- [15] Bery A, Odens'hal A. Le secret médical : au travers de l'histoire et du droit. Actualités odontostomatologies. 2000
- [16] Bem A. Violation du secret professionnel : sanctions pénales et disciplinaires, LegaVox
- [17] Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 réformant la protection de l'enfance. 2016-297 mars 14, 2016.
- [18] Jouanna J. Hippocrate, Paris, Fayard, 1992.
- [19] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- [20] Anesm. Le cadre juridique du secret professionnel dans le champ de la protection de l'enfance
- [21] Bem A. Violation du secret professionnel : sanctions pénales et disciplinaires ,LegaVox
- [22] Brouardel P. Le secret médical., Baillière, 1887
- [23] Kahn-Bensaude I Dr Faroudja J-M. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de février 2016, Signalement et information préoccupante
- [24] Conseil National de l'Ordre des médecins. Article 44 Service. 11/10/2012 (page consulté le 20/06/2016) <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-44-sevices-268>
- [25] HAS. Fiche memo : Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, [Internet]. 2017 jui. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)
- [26] Définition de l'information préoccupante et éléments de guidance ministère des affaires sociales et de la santé
- [27] Dekeuwer-Défossez F. Les droits de l'enfant: « Que sais-je ? » n° 852 .12-06-2010
- [28] Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – juin 2015. [http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route\\_protection\\_enfance\\_2015-2017-3](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_protection_enfance_2015-2017-3). Consulté le 8 janvier 2016.
- [29] ONED. Onzième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire national de l'enfance en danger. octobre 2017
- [30] Donnée du conseil général concernant l'information préoccupante sur l'année 2014
- [31] Elaboration du schéma départemental de l'enfance et de la famille 2015-2019 des bouches du Rhône.

- [32] ODPE 6 octobre 2016 la procédure du recueil et du traitement des informations préoccupantes des bouches du Rhône et analyse de la nouvelle organisation direction enfance famille
- [33] Le breton-Lérouvillois G. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION PROVENCE-ALPES CÔTE-D'AZUR Situation en 2013 [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins 2013. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf)
- [34] Labbé J. La maltraitance envers les enfants et vous. Paediatr Child Health. Octobre 2013 ; 18(8) : 403-5
- [35] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. États Généraux de l'Enfance - Atelier 1 : «Améliorer la transmission d'informations relatives aux enfants en danger ou en risque de danger entre les acteurs de la protection de l'enfance» Rapport. Paris ; 31 mai 2010: 4-25
- [36] Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007, Enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine ;20 déc 2013
- [37] Prairie Research Associates. Taux de réponse des enquêtes postales, fiche technique. In : Prairie Research Associates. De l'information à la stratégie [en ligne]. 2010: 1-3 [Consulté le 28/11/2013]. Disponible à l'adresse : [http://www.pra.ca/resources/pages/files/technotes/rates\\_f.pdf](http://www.pra.ca/resources/pages/files/technotes/rates_f.pdf)
- [38] Association de protection de l'enfance, l'information préoccupante : contribution de l'AVPE aux ETATS généraux [En ligne]. [Consulté le 28/06/2016]. Disponible à l'adresse : [http://www.protection-enfance.org/L\\_INFORMATIONPRECCUPANTE\\_contribution\\_de\\_l\\_AVPE\\_aux\\_ETATS\\_GENERAUX.php](http://www.protection-enfance.org/L_INFORMATIONPRECCUPANTE_contribution_de_l_AVPE_aux_ETATS_GENERAUX.php)
- [39] Conseil national de l'Ordre des médecins. Jurisprudence- Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins- Dossier n°11236. 21 juin 2012. [Consulté le 27/11/2015]. Disponible a l'adresse
- [40] Ministère de la Santé et des Solidarités. La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique- Protection de l'enfance. 2007 : 35p
- [41] Département de l'Hérault. Guide de l'information préoccupante au signalement des enfants en danger, à l'usage des professionnel(le)s [Consulté le 28/06/2016]. Disponible à l'adresse :<http://www.herault.fr/files/gcausse/EnfanceDanger.pdf>
- [42] Département Seine-Saint-Denis. Rapport n1portant sur le guide « enfance en danger ; que faire ? » évaluation des guides sur la protection de l'enfance.2014
- [43] Kahn-bensaude I. Conseil national de l'Ordre des médecins. Signalement et information préoccupante. Bulletin de l'Ordre des médecins. 02.2016 ;
- [44] Deharon M.A. Evaluation de l'enfance en danger en médecine générale, thèse faculté de médecine générale ; 19 12 2014
- [45] Jones R, Flaherty E, Binns H. et al. Clinicians Description of Factors Influencing Their Reporting of Suspected Child Abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. Pediatrics. 2008 Aug 1; 122 (2) : 259 -266
- [46] Tursz A. Les oubliés, enfants maltraités en France et par la France. Paris : Éditions du Seuil ; 2010
- [47] Département de l'Hérault. Guide de l'information préoccupante au signalement des enfants en danger, à l'usage des professionnel(le)s
- [48] Balencon M. Societe française de pédiatrie médico-légale, Société française de pédiatrie médicale égale (SFPML) : l'alliance de deux spécialités au service de l'enfant, ELSEVIER, 5oct 2016 p1222-1224
- [49] Vabres N. Archives de Pédiatrie 2016 Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialises en protection de l'enfance, ELSEVIER, 5oct 2016 p1219-1221
- [50] Ministère de Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, 1mars 2017

## 5.7 ANNEXE

### ANNEXE 1: Questionnaire de thèse

#### Lettre d'accompagnement

Mr Serrano Bruno

Objet : Questionnaire de recherche pour thèse.

Madame, Monsieur le Docteur en médecine générale,

Je suis actuellement interne en médecine générale et je réalise ma thèse sous la tutelle du Dr Olivier Bernard directeur de la protection maternelle infantile des Bouches du Rhône. Le sujet de ma recherche porte sur l'évaluation des difficultés rencontrées par le médecin généraliste à la rédaction d'une information préoccupante et les outils éventuels pouvant permettre l'amélioration de leurs rédactions. Dans ce cadre, je me permets de vous faire parvenir un questionnaire avec une dizaine de questions pour lequel vos réponses seront indispensables au bon déroulement de ma thèse et bien sûr anonymes.

J'ai décidé de réaliser ma thèse sur ce sujet car les Informations Préoccupantes selon les ressources de l'ONED en 2013 représentent seulement 5% du corps médical alors que nous sommes en première ligne en ce qui concerne la protection de l'enfance. Ce courrier s'adresse aux médecins du pourtour de Salon de Provence.

Ci-joint, vous trouverez le questionnaire ainsi qu'une enveloppe de retour affranchie dans laquelle vous pourrez m'adresser votre réponse jusqu'à fin Avril 2016. Si vous souhaitez avoir les résultats de ma recherche, je vous propose de joindre dans l'enveloppe votre adresse e-mail sur une feuille indépendante. Je vous la ferai ainsi parvenir une fois soutenue.

Je vous remercie du temps que vous accepterez me consacrer et vous prie de croire Madame, Monsieur en l'assurance de ma haute considération.

Mr Serrano Bruno

Interne en Médecine Générale

## Questionnaire

Age 25-35 ans/35-45/45-55/55-65/+65

Sexe Homme/ femme

Avez-vous déjà réalisé une Information Préoccupante ses 12 dernier mois ? o/n

Avez-vous déjà eut une formation sur les Informations Préoccupantes ?

### **Connaissances sur les informations préoccupantes:**

<b><u>1/Qu'est ce qu'une IP</u></b>	
-Ecrit sur la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire	Oui / Non
-Ecrit sur la situation d'un enfant maltraité par des tiers, autre que la famille	Oui / Non
-Ecrit susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque	Oui / Non
-Démarche administrative qui ne conduit pas systématique à une sanction juridique	Oui / Non
<b><u>2/Quels sont les éléments d'orientation d'une IP</u></b>	
-Violence conjugale	Oui / Non
-Violence intrafamiliale	Oui / Non
-Trouble du comportement infantile ou difficulté scolaire	Oui / Non
-Violence sexuelle	Oui / Non
-Errance médicale	Oui / Non
-Absentéisme scolaire	Oui / Non
<b><u>3/Quel est l'objectif d'une IP</u></b>	

-Evaluer une situation familiale pour s'assurer du respect des besoins de base des enfants	Oui / Non
-Peut mettre en place une mesure d'accompagnement sociale et économique	Oui / Non
<b><u>4/Quelle est la différence entre une IP et un Signalement</u></b>	
-Aucune, seuls les termes ont changé	Oui / Non
-Signalement est une saisie des autorités judiciaires contrairement à l'IP qui est une saisie des autorités administratives	Oui / Non
-Signalement médico-légal contrairement à l'IP	Oui / Non
-Signalement est réservé aux faits graves nécessitant une mesure appropriée immédiate alors qu'une information préoccupante est dédiée au cas où l'enfant est considéré comme en danger ou à risque	Oui / Non

## **Connaissances services sociaux de proximité et PMI**

<b><u>5/Quel est le Rôle du Conseil général dans la protection de l'enfance :</u></b>	
-Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs	Oui / Non
-Mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs	Oui / Non
-Organiser le recueil d'informations relatives aux mineurs maltraités	Oui / Non
-Participer à la protection des mineurs	Oui / Non
<b><u>6/Quels sont les rôles de la Maison Départementale de la Solidarité</u></b>	
-Rôle dans l'insertion sociale, dans les démarches administratives ou dans la constitution de dossiers	Oui / Non
-Rôle dans l'accompagnement des futures et jeunes mères	Oui / Non
-Rôle dans la prévention médicale	Oui / Non
-Rôle dans la protection de l'enfance	Oui / Non
-Rôle d'écoute lors de problèmes conjugaux	Oui / Non
<b><u>7/Qui est le correspondant privilégié concernant les IP au sein de la MDS</u></b>	
-Le directeur de la MDS	Oui / Non

-Un médecin responsable	Oui / Non
-L'Assistante sociale	Oui / Non
-Le psychologue	Oui / Non

## **Limites à la démarche d'une information préoccupante**

<b><u>8/Dans le cadre d'une situation à risque de maltraitance envers un mineur, quels sont vos freins à la rédaction d'un écrit</u></b>	
- A priori négatif sur les services sociaux	Oui / Non
-A priori négatif du système judiciaire	Oui / Non
-Confusion sur la définition ou le diagnostic	Oui / Non
-Absence d'un interlocuteur médecin au niveau des services sociaux	Oui / Non
-Ignorance des lois ou des procédures d'information préoccupante	Oui / Non
-Méconnaissance du cadre de vie de la famille	Oui / Non
-Méconnaissance des procédures et coordonnées téléphoniques de la CRIP	Oui / Non
-Méconnaissance de ce que doit contenir un écrit	Oui / Non
-Méconnaissance du rôle exact des services pouvant intervenir dans ce cas	Oui / Non
-Peur des conséquences pour la famille	Oui / Non
-Absence de retour sur la PEC	Oui / Non
-Refus d'être impliqué, avec crainte de représailles	Oui / Non
-Manque de temps	Oui / Non
-Loyauté des médecins envers les parents avec peur de rompre le lien	Oui / Non
-Autre : (précisez)	Oui / Non

## **Outils d'amélioration**

1/Guide des bonnes pratiques avec aide aux données nécessaires pour une IP	Oui / Non
2/Guide numéro utile locorégionales sur la Protection Infantile	Oui / Non
3/ Meilleures liaison avec les PMI et le médecin référent d'IP	Oui / Non
4/ Si connaissance des dispositifs administratifs pouvant être mis en place pour soutenir les familles	Oui / Non
5/ Formation en petit groupe et conjointe avec les services de PMI	Oui / Non
6/ Autre idée de votre part (précisez)	Oui / Non

## ANNEXE 2: Questionnaire de réponses

### **Connaissances sur les informations préoccupantes:**

<b><u>1/Qu'est ce qu'une IP</u></b>	
-Ecrit sur la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire	Non
-Ecrit sur la situation d'un enfant maltraité par des tiers, autre que la famille	Non
-Ecrit susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque	Oui
-Démarche administrative qui ne conduit pas systématique à une sanction juridique	Oui
<b><u>2/Quels sont les éléments d'orientation d'une IP</u></b>	
-Violence conjugale	Oui
-Violence intrafamiliale	Oui
-Trouble du comportement infantile ou difficulté scolaire	Oui
-Violence sexuelle	Non
-Errance médicale	Oui
-Absentéisme scolaire	Oui
<b><u>3/Quel est l'objectif d'une IP</u></b>	
-Evaluer une situation familiale pour s'assurer du respect des besoins de base des enfants	Oui
-Peut mettre en place une mesure d'accompagnement sociale et économique	Oui
<b><u>4/Quelle est la différence entre une IP et un Signalement</u></b>	
-Aucune, seuls les termes ont changé	Oui / Non
-Signalement est une saisie des autorités judiciaires contrairement à l'IP qui est une saisie des autorités administratives	Oui / Non

-Signalement médico-légal contrairement à l'IP	Oui / Non
-Signalement est réservé aux faits graves nécessitant une mesure appropriée immédiate alors qu'une information préoccupante est dédiée au cas où l'enfant est considéré comme en danger ou à risque	Oui / Non

## **Connaissances services sociaux de proximité et PMI**

<b><u>5/Quel est le Rôle du Conseil général dans la protection de l'enfance :</u></b>	
-Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs	Oui / Non
-Mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs	Oui / Non
-Organiser le recueil d'informations relatives aux mineurs maltraités	Oui / Non
-Participer à la protection des mineurs	Oui / Non
<b><u>6/Quels sont les rôles de la Maison Départementale de la Solidarité</u></b>	
-Rôle dans l'insertion sociale, dans les démarches administratives ou dans la constitution de dossiers	Oui / Non
-Rôle dans l'accompagnement des futures et jeunes mères	Oui / Non
-Rôle dans la prévention médicale	Oui / Non
-Rôle dans la protection de l'enfance	Oui / Non
-Rôle d'écoute lors de problèmes conjugaux	Oui / Non
<b><u>7/Qui est le correspondant privilégié concernant les IP au sein de la MDS</u></b>	
-Le directeur de la MDS	Oui / Non
-Un médecin responsable	Oui / Non
-L'Assistante sociale	Oui / Non
-Le psychologue	Oui / Non

## **Limites à la démarche d'une information préoccupante**

<b><u>8/Dans le cadre d'une situation à risque de maltraitance envers un mineur, quels sont vos freins à la rédaction d'un écrit</u></b>	
- A priori négatif sur les services sociaux	Oui / Non

-A priori négatif du système judiciaire	Oui / Non
-Confusion sur la définition ou le diagnostic	Oui / Non
-Absence d'un interlocuteur médecin au niveau des services sociaux	Oui / Non
-Ignorance des lois ou des procédures d'information préoccupante	Oui / Non
-Méconnaissance du cadre de vie de la famille	Oui / Non
-Méconnaissance des procédures et coordonnées téléphoniques de la CRIP	Oui / Non
-Méconnaissance de ce que doit contenir un écrit	Oui / Non
-Méconnaissance du rôle exact des services pouvant intervenir dans ce cas	Oui / Non
-Peur des conséquences pour la famille	Oui / Non
-Absence de retour sur la PEC	Oui / Non
-Refus d'être impliqué, avec crainte de représailles	Oui / Non
-Manque de temps	Oui / Non
-Loyauté des médecins envers les parents avec peur de rompre le lien	Oui / Non
-Autre : (précisez)	Oui / Non

### **Outils d'amélioration**

1/Guide des bonnes pratiques avec aide aux données nécessaires pour une IP	Oui / Non
2/Guide numéro utile locorégionales sur la Protection Infantile	Oui / Non
3/ Meilleures liaison avec les PMI et le médecin référent d'IP	Oui / Non
4/ Si connaissance des dispositifs administratifs pouvant être mis en place pour soutenir les familles	Oui / Non
5/ Formation en petit groupe et conjointe avec les services de PMI	Oui / Non
6/ Autre idée de votre part (précisez)	Oui / Non

# Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

Octobre 2014  
Mise à jour Juillet 2017

## 6 MESSAGES CLES

- ▶ Y penser souvent :
  - la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
  - elle existe dans toutes les classes sociales ;
  - il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.
- ▶ Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.
- ▶ Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :
  - le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

## 7 PREAMBULE

La maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (cf. article 375 du Code civil, annexe 1.1). La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance).

La présente fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » concerne les enfants maltraités comme ceux en risque de l'être. Cette fiche est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé. Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une insistance plus particulière sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes ; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux.

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du professionnel, expliquent la nécessité de mettre à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Cette fiche se présente en trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les décisions qui lui font suite ;
- les documents déjà élaborés par la HAS relatifs à trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les maltraitements sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes : 1. les aspects législatifs et réglementaires ; 2. le modèle de signalement établi par l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

**Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?**

## 7.1 LA SITUATION

► Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

← chez l'enfant :

- la prématurité,
- des troubles du développement et/ou du comportement,
- le handicap ;

← chez les parents :

- tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du *post-partum*, etc.),
- des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
- des violences conjugales,
- des addictions,
- l'isolement social et surtout moral,
- des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

## 7.2 L'ANAMNESE

► Une maltraitance est à évoquer :

← chez le nourrisson : en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;

← à tout âge devant :

- des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
- une lésion pour laquelle :
  - il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
  - l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
- un retard de recours aux soins,
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
- des antécédents d'accidents domestiques répétés,
- une ou plusieurs tentatives de suicide,
- des fugues et conduites à risque,

- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
- des faits de maltraitance dans la fratrie.

## 7.3 DES SIGNES PHYSIQUES

### 7.3.1 Ecchymoses

► Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

## 7.4 DES SIGNES PHYSIQUES (SUITE)

### 7.4.1 Brûlures

► Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ; • brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ; • lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

### 7.4.2 Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée. **Fractures**

► Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

← **chez un nourrisson** :

- toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;
- **à tout âge** :
  - les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques

particulières à l'imagerie (cf. infra). **Lésions viscérales**

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

**L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).**

## 7.5 DES SIGNES DE NEGLIGENCES LOURDES

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

## 7.6 DES SIGNES DE MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE

- **chez le nourrisson** : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- **à tout âge** : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

## 7.7 DES SIGNES COMPORTEMENTAUX DE L'ENFANT

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

## 7.8 DES SIGNES COMPORTEMENTAUX DE L'ENTOURAGE

- **vis-à-vis de l'enfant** :
  - parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant,
  - ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
  - parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant,
  - parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;
- **vis-à-vis des intervenants** :
  - minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant,
  - dénigrement ou accusation de l'enfant,
  - refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable,
  - ou attitude d'hyper recours aux soins,
  - attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

**Que rechercher et comment ?**

## 7.9 À L'EXAMEN CLINIQUE

- Il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant dévêtu comprenant :

- la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ;
- l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités ;
- un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps ;
- un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses ;
- une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...) ;
- une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

### 7.10 AU COURS DE L'ENTRETIEN AVEC L'ENTOURAGE DE L'ENFANT

- Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant :
  - les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
  - les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant ;
  - le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit ;
  - l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents) ;
  - la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente).

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

### 7.11 AU COURS DE L'ENTRETIEN AVEC L'ENFANT

- Il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :
  - débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains) ;
  - laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelle discordances entre les lésions observées et les explications données.

**Que rechercher et comment (suite) ?**

### 7.12 À L'IMAGERIE REALISEE EN MILIEU HOSPITALIER

- Sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :
  - ← chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :
    - fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué),
    - fractures des extrémités (orteils, doigts : par torsion) ; ← à tout âge :
    - fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion,
    - fractures complexes du crâne (avec d'éventuels dégâts cérébraux),
    - décollements épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur),
    - réactions périostées (par torsion),

- fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde).

## 8 NOTES DANS LE DOSSIER DU PATIENT ET LE CARNET DE SANTE

Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle. Les diverses lésions peuvent être retranscrites sur un schéma. Elles devraient être, dans la mesure du possible, photographiées.

Dans le carnet de santé (outil de liaison entre les différents professionnels de santé) ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée.

## 9 DECISIONS POSSIBLES POUR PROTEGER L'ENFANT

### 9.1 QUELQUES REGLES DE BASE

- ▶ Le médecin est tenu de protéger l'enfant (art. 43 et 44 du Code de déontologie médicale [[annexe 1.2](#)]).
  - ← Il existe des situations où l'hospitalisation immédiate est nécessaire :
    - lorsque l'enfant est un nourrisson ;
    - lorsqu'il existe un risque médical important, voire vital ;
    - lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire.
- ▶ Le médecin peut être amené à rédiger un certificat médical initial (ITT) qui ouvrira des droits à réparation.

### 9.2 DECISIONS POSSIBLES

#### 9.2.1 En situation d'urgence

- ▶ En cas d'urgence vitale, appel du SAMU centre 15 pour transfert de l'enfant à l'hôpital qui doit faire le signalement.
- ▶ En cas de danger important, nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant (forte suspicion de maltraitance avec auteur présumé au domicile de l'enfant), il faut :
  - hospitaliser sans délai : prévenir le senior des urgences et s'assurer de la venue effective de l'enfant ;
  - informer le procureur de la République par téléphone et adresser le signalement par fax et courrier en gardant une copie ([annexe 2](#)). Le signalement est réalisé, après concertation, soit par le médecin qui adresse l'enfant, soit par l'hôpital.

### 10.1 EN DEHORS DES SITUATIONS D'URGENCE

- ▶ Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger et en risque de danger, les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI.
- ▶ Ces situations relèvent de la compétence du conseil général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » transmise à la cellule départementale de recueil d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par téléphone et fax et/ou courrier.
- ▶ La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant.

**Quel que soit le degré d'urgence, informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.**

### 10.2 EN AMONT DU DANGER

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective) (cf. [RBP Préparation à la naissance et à la parentalité – HAS 2005](#)), et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé existantes (PMI, CAMSP, CMPP, CMP, services sociaux).

## 11 OBLIGATIONS ET RISQUES POUR LE MEDECIN

---

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant, et la non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). Il n'y a ici aucune exception, professionnels et non-professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT la signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République ([voir annexe 1.2](#)).

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité ([voir le modèle de certificat de signalement présenté en annexe 2](#)).

## 12 CAS PARTICULIERS

---

### 12.1 MORT INATTENDUE DU NOURRISSON (MIN)

Les décès par homicide, tout particulièrement ceux de la première année de vie (infanticides), sont, selon la littérature internationale, fortement sous-estimés dans tous les pays. Il n'est pas rare que,

lors de la certification des décès, il y ait des confusions entre homicide, accident, et MIN, ce dernier diagnostic recouvrant des réalités très polymorphes.

### 12.1.1 **Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille**

- ▶ En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant inanimé n'ont pas directement alerté le centre 15 :
  - il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15.

## 13 CAS PARTICULIERS (SUITE)

### 13.1 CONDUITE A TENIR PAR LE PREMIER INTERVENANT SUR PLACE

- ▶ Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :
  - de procéder à un examen complet de l'enfant dénudé (noter les lésions cutanéomuqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.) ;
  - de s'entretenir avec chacune des personnes présentes (entretien si possible mené par le même intervenant et recherchant d'éventuelles discordances ou incohérences) ;
  - de procéder à un examen détaillé du lieu du décès ;
  - d'organiser une prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents ;
  - de remplir une fiche d'intervention (lien RBP HAS Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)) afin de recueillir tous les éléments d'information notés sur place ;
  - d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents ;
  - de recueillir le carnet de santé et les ordonnances récentes de l'enfant.

#### Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.).

Certains signes (ecchymoses multiples ou d'âge différent, morsures, brûlures de cigarette, maigreur extrême) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République).

Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations médicales (dont l'autopsie).

### 13.2 ÉTABLISSEMENT DU CERTIFICAT DE DECES

Dans ce contexte particulier, il faut établir le certificat de décès en deux étapes.

- ▶ Lors de la constatation du décès, compléter un certificat de décès à transmettre à l'état civil :
  - **partie administrative** : si décès non suspect cocher la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal » (article 81 du Code civil) ;
  - **partie médicale** : mentionner la cause la plus probable du décès.
- ▶ Un certificat médical de décès complémentaire sera rempli à l'issue des explorations diagnostiques.

## 14 SYNDROME DU BEBE SECOUE

---

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

### 14.1 SIGNES ORIENTANT VERS UNE ATTEINTE NEUROLOGIQUE

- malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, hypotonie, grande pâleur, plafonnement du regard, évoquant une atteinte grave avec hypertension intracrânienne aiguë, voire un engagement ;
- autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

## 15 SYNDROME DU BEBE SECOUE (SUITE)

---

### 15.1 SIGNES NON SPECIFIQUES D'ATTEINTE NEUROLOGIQUE

- modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, sans fièvre, sans diarrhée, souvent catalogués à tort de gastro-entérite, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

### 15.2 EXAMEN CLINIQUE

*(complet, sur un nourrisson dévêtu, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'intérieur de la bouche, le cou, les creux axillaires).*

- Intérêt majeur de l'association de certains signes, par exemple :
  - association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
  - association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ;
  - tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien.

### 15.3 ANAMNESE

- absence d'intervalle libre : le secouement entraîne immédiatement des symptômes ; mais il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation ;
- retard de recours aux soins ;
- absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes ;
- histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
- consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- histoire de mort(s) dans la fratrie.

## 15.4 CONDUITE A TENIR EN URGENCE

- faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant ;
- poser l'indication d'une hospitalisation en urgence pour que des examens soient réalisés ;
- se mettre en contact avec l'équipe hospitalière avant d'y adresser l'enfant ;
- s'assurer que le bébé est amené à l'hôpital par ses parents ;
- à l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP.

## 16 MALTRAITANCE SEXUELLE INTRAFAMILIALE

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement.

### Le dévoilement du mineur

- Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.
- Il peut s'agir d'un dévoilement fortuit, ou à l'occasion d'un besoin de se confier à un tiers ou d'une révélation délibérée.
- Le dévoilement est parfois fluctuant (le mineur peut se rétracter ou varier dans ses propos), d'où l'importance d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte de révélation. **Signes d'appel**
- Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, ils se répètent, ils s'inscrivent dans la durée, ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.
- **Signes généraux** : manifestations très variées non spécifiques de ce type de maltraitance, par exemple : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.).

## 17 MALTRAITANCE SEXUELLE INTRAFAMILIALE (SUITE)

- **Signes au niveau de la sphère génito-anale** ← Certains signes peuvent être évocateurs : s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ; si aucune cause médicale n'est retrouvée ; ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ; d'autant plus, s'ils sont répétés.
  - ← Les signes les plus évocateurs sont : les saignements, les pertes génitales ; les irritations ou les prurits génitaux ; les douleurs génitales ou anales ; les troubles mictionnels ; les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.
- **Comportement du mineur** : il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle.
- **Comportement de l'entourage** : être attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux.

## 17.1 EXAMEN PSYCHIQUE

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

- un syndrome psychotraumatique :
  - des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en *flashback* spontané ou provoqué par des événements, etc.),

- des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
- des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;
- et aussi : un état dépressif ; des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ; des troubles des conduites ; une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

## 17.2 EXAMEN PHYSIQUE

- Est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il est aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.
- L'absence de signe à l'examen physique n'élimine pas une agression à caractère sexuel même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires du mineur.
- L'examen génital et anal est à faire si le médecin le juge utile. Un examen génital et anal normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle (les lésions très suspectes sont très rares, les infections sexuellement transmissibles sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations).
- Les situations justifiant un examen en urgence sont :
  - **médico-judiciaires** : si agression depuis moins de 72 heures, avec notion de pénétration : pour rechercher des lésions récentes ;
  - **médico-chirurgicales** : signes somatiques ou psychiques sévères (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë, etc.).

**En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent ou fréquent avec l'agresseur : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement avec ou sans hospitalisation).**

## 18 ANNEXE 1. ASPECTS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

### 18.1 ANNEXE 1.1. ARTICLE 375 DU CODE CIVIL

« **Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé** sont en danger, ou si les conditions de son **éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social** sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil général, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du Code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. »

### 18.2 ANNEXE 1.2. CADRE JURIDIQUE DU SIGNALEMENT PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE DE MALTRAITANCE A ENFANT

La violation du secret professionnel est punie par l'article 226-13 du Code pénal. Toutefois, des dérogations à cet article permettent à des professionnels de santé de signaler les privations et sévices qu'ils ont constatés.

- **L'article 226-14 du code pénal** permet la révélation d'une information à caractère secret :
  - « 1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

- 2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »
- L'article L. 226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que : « [...] les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code [...] ».

Cette information transmise doit être strictement limitée « à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...] » article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

En vertu de l'article 226-14 du Code pénal, un professionnel de santé n'encourt d'ailleurs aucune sanction pénale disciplinaire, sur le fondement de la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article.

- Par ailleurs, les articles 43 et 44 du code de déontologie médicale prévoient que :
  - le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage (art. 43) ;
  - lorsqu'un médecin constate qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, « il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » (art. 44).

Enfin, un professionnel de santé a une obligation de porter assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal).

## 19 ANNEXE 2. MODELE TYPE DE SIGNALEMENT

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

**Cachet  
du médecin**

### **SIGNALEMENT**

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

← L'enfant :

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

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

- la personne accompagnatrice a dit que : « \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

- l'enfant a dit que : « \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »



## 20 EN SAVOIR PLUS

- ▶ Maltraitance chez l'enfant : repérage et mesures de protection. Rapport d'élaboration, HAS 2014.
- ▶ Protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide pratique, 2011.
- ▶ Agir contre la maltraitance. Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Enfance et Partage, 2014.

## 21 LISTE DES RECOMMANDATIONS

- ▶ Syndrome du bébé secoué. Recommandation de bonne pratique, HAS 2017.
- ▶ Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandation de bonne pratique, HAS, 2011.
- ▶ Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandation de bonne pratique, HAS, 2007.
- ▶ *When to suspect child maltreatment - Clinical Guideline. National Institute for Health and Care Excellence, 2013.*



Toutes les publications de la HAS sont  
téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## 1. Annexe 3 : Fiche MEMO du conseil départemental des Bouches-du-Rhône



### CONSEIL DEPARTEMENTAL DES BOUCHES-DU-RHONE DE L'ORDRE DES MEDECINS

---

Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins vous informe de la désignation dans le département d'un médecin référent Protection de l'Enfance.

Ce médecin peut être joint au niveau de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Conseil Départemental des BDR (CRIP) pour échanger autour de situations d'enfants en danger ou en risque de l'être (conseil, éclairage, conduite à tenir...) :

Tel CRIP13 : 04 13 31 93 11  
Mail : [crip13@departement13.fr](mailto:crip13@departement13.fr)

>

Un document rédigé à l'usage des professionnels de santé, concernant le recueil et le traitement des informations préoccupantes dans le département, visant à améliorer le partenariat entre les médecins et la CRIP est accessible via le lien suivant :

[http://img-view.mailpro.com/clients/2015/09/13/100330/IP\\_BDR\\_2017.pdf](http://img-view.mailpro.com/clients/2015/09/13/100330/IP_BDR_2017.pdf)

>  
Vous trouverez en pièce jointe une plaquette d'informations concernant les conduites à tenir cas d'IP et de signalement

<http://img-view.mailpro.com/clients/2015/09/13/100330/SIGNALEMENT-INFORMATION%20PREOCCUPANTE.pdf>

Enfants maltraités

Enfants en risque de danger

## ENFANCE EN DANGER

*Un enfant est en danger dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.*

### Rôle du médecin

Repérer, Transmettre, Protéger

**Situation de danger**  
**Risque de danger**  
**Parents non protecteurs**

*Liens possibles  
Médecin référent  
protection enfance CRIP  
Médecins référents  
hospitaliers*

**Urgence, extrême gravité**  
**Nécessité de protection immédiate**  
**Nécessité d'enquête**

*± Hospitalisation*

**Information**  
**Préoccupante**  
**Conseil départemental**

**Signalement**  
**Parquet**

**CRIP**  
courriel: [crip13@departement13.fr](mailto:crip13@departement13.fr)  
Tel: 04.13.31.93.11  
Fax : 04.13.31.93.72  
Courrier :  
*« Mme la Présidente du Conseil Départemental,  
à l'attention du responsable de la Cellule de recueil des  
informations préoccupantes »*  
Département des Bouches-du-Rhône  
DGAS – CRIP  
4, quai d'ARENIC  
CS 70095 – 13304 Marseille cedex 02

**Procureur de la République**  
TGI Marseille Fax:04.91.15.50.94  
TGI Aix-en-Provence Fax: 04.42.33.84.68  
TGI Tarascon Fax: 04.90.91.10.66  
*+ Copie à la CRIP*



Dr Einaudi MA, médecin référent PMI-CRIP

## ABREVIATIONS

PMI : protection maternelle infantile

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

CASF : Code de l'action social et des familles

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

ODPE : Observatoire départemental de la protection de l'enfance

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

ODAS : Observatoire national des actions social

MDS : Maison de la solidarité

IP : Information préoccupante

PEC : Prise en charge

AVPE : Association de protection de l'enfance

HAS : Haute autorité de santé

UAED : Unité d'accueil des enfants en danger

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé (e) si j'y manque.





## RESUME

Introduction : La protection de l'enfance a évolué à travers les temps. Le but d'une information préoccupante est d'apporter une aide à la famille. 273 000 mineurs bénéficiaient de mesures de protections. L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en ce qui concerne les informations préoccupantes

Matériel et méthode : Étude épidémiologique descriptive, par questionnaire anonyme, menée auprès de 88 médecins généralistes libéraux. Le questionnaire comporte 13 questions réparties en 5 parties distinctes

Résultats : Nous avons recueilli 42 questionnaires sur les 88 envoyés, L'échantillon composé n'est pas statistiquement différent de la population des médecins exerçant. 38 (soit 90,4%) ont la notion qu'il s'agit d'un écrit d'une situation de danger ou de risque et 35 médecins (soit 83,3%) reconnaissent les informations préoccupantes comme une démarche administrative. La distinction entre information préoccupante et signalement reste confuse. *Pour 80,9% et 88% des médecins interrogés, l'absentéisme scolaire et violences conjugales sont de éléments en faveur de rédaction.* La gestion des informations préoccupantes au sein même des MDS reste un point d'ombre des médecins. Les deux principaux freins à signaler sont la méconnaissance des procédures, un refus d'implications. 83,3% souhaite un guide simple.

Conclusion : Notre enquête montre que les connaissances des médecins généralistes de Salon de Provence et des villages avoisinants sur le rôle des informations préoccupantes et leur modalité restent faibles et doivent être améliorées. De nombreux freins à la réalisation d'une information préoccupante ont été mis en évidence. Une meilleure connaissance des services sociaux pourrait aider les médecins à la rédaction d'informations préoccupantes.

Mots clefs : Informations préoccupantes, médecins généralistes, Protection de l'enfance, maltraitance infantile