



Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime

Laure Bontil

► To cite this version:

Laure Bontil. Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03016393

HAL Id: dumas-03016393

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016393>

Submitted on 20 Nov 2020

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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2020

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

BONTIL Laure

Née le 28 avril 1989 à Rouen (Seine-Maritime)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 OCTOBRE 2020

**Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de
maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le
département de Seine-Maritime.**

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Benoit VEBER

DIRECTRICE DE THESE :

Madame le Docteur Nathalie DEMARQUE

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Nicolas DACHER

Madame le Docteur Laëtitia BOURDON

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESSEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>sumombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les HerbiersMédecine Physique et de Réadaptation	
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)
905)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Benoit Veber,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour votre humanité que je ne pourrais oublier. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Nathalie Demarque,

Pour avoir accepté de me suivre dans l'aventure de ma thèse. Merci pour tous ces moments partagés à nuancer mes propos. Merci de m'avoir fait découvrir l'univers pédiatrique.

A Monsieur le Professeur Nicolas Dacher,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail de thèse. Je garde le souvenir de votre bienveillance lors de mes études. Acceptez l'expression de mes sentiments respectueux.

A Madame le Docteur Laëtitia Bourdon,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour ta vision humaine de la médecine que je partage entièrement. Sois assurée de ma sincère considération.

A tous les médecins généralistes qui ont participé à ma thèse,
Merci pour vos témoignages authentiques.

A mes amies, Natacha, Magali, Margaux, Anaïs,
Pour toute l'amitié que vous me témoignez et le bonheur que vous me procurez.

A la dream team des urgences DEVE,
Pour m'avoir fait vivre le premier et meilleur semestre de l'internat.

A ma famille, mes grands-parents, mes parents et ma sœur,
Pour votre présence, j'espère que vous serez fiers de mon travail.
Toutes mes affectueuses pensées.

A la big family,
Pour votre soutien infaillible tout au long de cette année. Merci pour tous vos précieux conseils et pour la relecture.

A mon Chou d'Amour, l'Amour de ma vie,
Pour m'avoir soutenue et portée tout au long de ce travail de thèse,
Pour m'apporter tout ce dont j'ai besoin et me rendre heureuse.
Avec tout mon amour, à la folie de l'infini, S'Agapo.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	12
ABREVIATIONS	17
<u>I. INTRODUCTION</u>	18
I.1. NOTIONS INTRODUCTIVES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE	18
I.1.1. <u>Définition et transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante</u>	18
I.1.2. <u>Présentation des organismes intervenant en protection de l'enfance pouvant accompagner les médecins généralistes</u>	18
I.1.3. <u>L'épidémiologie en protection de l'enfance et données des derniers chiffres départementaux et nationaux</u>	20
I.1.4. <u>La stratégie départementale et nationale pour les années à venir</u>	21
I.1.5. <u>L'intérêt sociétal et médiatique de la maltraitance infantile</u>	23
I.1.6. <u>L'impact de la pandémie COVID 19</u>	23
I.1.7. <u>Définition générale de la maltraitance de l'enfant</u>	24
I.2. L'ENFANT EN DANGER : DEFINITIONS ET REPERAGE	25
I.2.1. <u>Concepts théoriques expliquant l'importance du repérage précoce</u>	25
I.2.1.1. La plasticité cérébrale	25
I.2.1.2. La théorie de l'attachement	26
I.2.1.3. Les besoins fondamentaux de l'enfant	27
I.2.2. <u>Les facteurs de risque de la maltraitance infantile</u>	29
I.2.2.1. L'approche écosystémique d'Urie Bronfenbrenner	29
I.2.2.2. Les dimensions de la démarche évaluative révélant les facteurs de risque	30
I.2.3. <u>La maltraitance physique</u>	32
I.2.3.1. Définition et données chiffrées	32
I.2.3.2. Signes d'alerte et diagnostics différentiels	32
I.2.3.3. Examens complémentaires à réaliser	35
I.2.4. <u>La maltraitance sexuelle</u>	36
I.2.4.1. Définition et données chiffrées	36
I.2.4.2. Signes d'alerte et diagnostics différentiels	36
I.2.4.3. Examens complémentaires à réaliser	37
	14

I.2.5. <u>Les signes aspécifiques</u>	37
I.2.6. <u>Les allégations</u>	37
I.2.6.1. Définition et évaluation	37
I.2.6.2. Cas de jurisprudence	39
I.3. CADRE ET DISPOSITIF LEGISLATIF	40
I.3.1. <u>Le secret médical</u>	40
I.3.2. <u>Le dispositif législatif</u>	42
I.3.2.1. La loi du 10 juillet 1989	42
I.3.2.2. La loi du 5 mars 2007	42
I.3.2.3. La loi du 5 novembre 2015	43
I.3.2.4. La loi du 14 mars 2016	43
I.3.2.5. La loi du 10 juillet 2019	44
I.3.3. <u>Les organismes intervenant dans la protection de l'enfance</u>	44
I.3.3.1. Intervenants judiciaires	44
I.3.3.2. Intervenants mixtes (judiciaires et médico-psycho-sociaux)	45
I.3.3.3. Intervenants médico-psycho-sociaux	46
I.3.4. <u>Les mesures de protection</u>	47
I.3.4.1. Protection judiciaire	47
I.3.4.2. Protection administrative	47
I.3.4.3. Données chiffrées	48
<u>II. METHODE</u>	49
II.1. CHOIX DE L'ETUDE QUALITATIVE ET SES OBJECTIFS	49
II.2. METHODOLOGIE DE L'ANALYSE DE DONNEES DANS	50
 NOTRE RECHERCHE QUALITATIVE	
II.3. SELECTION DE L'ECHANTILLON ET REALISATION	50
 DES ENTRETIENS	
II.4. EXTRACTION ET ANALYSE DES DONNEES	52
II.5. PROCEDURES REGLEMENTAIRES	53
<u>III. RESULTATS</u>	54
III.1. REPERAGE DE LA MALTRAITANCE	54
III.1.1. <u>Signes d'alerte</u>	54
III.1.2. <u>L'intuition des médecins généralistes</u>	57
III.1.3. <u>Les facteurs de risque de maltraitance de l'enfant</u>	58

III.2. DIFFICULTES A POSER LE DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE	60
III.2.1. <u>Complexité diagnostique</u>	60
III.2.2. <u>Les difficultés du rôle de médecin généraliste</u>	61
III.2.3. <u>Eliminer un diagnostic différentiel</u>	62
III.3. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE	62
III.3.1. <u>La place centrale de l'enfant</u>	63
III.3.2. <u>Le rôle du médecin traitant</u>	64
III.3.3. <u>La transparence (ou non) et la levée du secret médical</u>	65
III.3.4. <u>L'organisation d'un écrit autour des différents acteurs participant à la prise en charge de la maltraitance infantile</u>	67
III.3.5. <u>L'information de la suite donnée à une procédure</u>	70
III.3.6. <u>La décision médicale partagée</u>	71
III.4. OBSTACLE AU SIGNALEMENT	72
III.4.1. <u>Les difficultés de la protection de l'enfance dans le cadre l'exercice de la médecine générale</u>	73
III.4.2. <u>Les craintes des médecins généralistes</u>	74
III.4.3. <u>La méconnaissance des procédures de signalement</u>	76
IV. <u>DISCUSSION</u>	76
IV.1. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	76
IV.1.1. <u>Les forces</u>	76
IV.1.2. <u>Les limites</u>	77
IV.2. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	78
IV.2.1. <u>Le repérage</u>	79
IV.2.2. <u>La prise en charge</u>	82
IV.3. PERSPECTIVES D'AMELIORATIONS ET PROPOSITIONS	83
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
ANNEXES	94
Le SERMENT D'HIPPOCRATE	99
RESUME	100

ABREVIATIONS

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Assistance Educative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BPM : Brigade de Protection des Mineurs

CASA : Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions

CASF : Code de l'Action Sociale et des familles

CED : Cellule Enfance en danger

CIDE : Convention Internationale des droits de l'enfant

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

COVID 19 : Coronavirus Disease 2019

CRIP : cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HSD : Hématome sous-dural

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médical

IP : Information préoccupante

NICE : National Institute for health and Care Excellence

NICHD : National Institute of Child Health and Human Development

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Plan Pour l'Enfant

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDEF : Schéma départemental de l'Enfance et de la famille

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

TISF : Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale

I. INTRODUCTION

La maltraitance de l'enfant est un sujet délicat. Une connaissance et une expérience minimale pourraient permettre d'obtenir une prévention optimale, un repérage et une transmission des informations aux services compétents. Néanmoins, savoir solliciter des confrères, une équipe spécialisée ou déléguer en cas de méconnaissance est primordial.

I.1. NOTIONS INTRODUCTIVES CONCERNANT LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE

I.1.1. Définition et transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante

Deux alternatives sont possibles, en fonction du degré d'urgence, pour alerter devant une situation de maltraitance infantile : l'information préoccupante (IP) ou le signalement.

Le signalement se fait au procureur de la république du tribunal de grande instance. Il intègre la notion d'urgence avec nécessité d'une protection immédiate de l'enfant.

Contrairement à celui-ci, l'information préoccupante ne comprend pas le critère de danger immédiat pour l'enfant. Elle est définie par l'article R226-2-2, suite à la loi du 5 mars 2007 et modifiée par le décret n° 2013-938 du 18 octobre 2013, comme étant « une information transmise à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) pour alerter le président du conseil départemental 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. » (1)

I.1.2. Présentation des organismes intervenant en protection de l'enfance pouvant accompagner les médecins généralistes

Au niveau local, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est gérée, comme la CRIP, par le département. Les centres de PMI ont un rôle de prévention, dépistage, évaluation et prise en charge des enfants et de leur famille. Au niveau préventif, ils proposent des consultations prénatales pour apporter des conseils aux familles, des vaccinations et consultations infantiles de 0 à 6 ans.

Au niveau dépistage, les médecins et infirmières-puéricultrices effectuent des consultations pour s'assurer du bon développement de l'enfant avec notamment son suivi staturo-pondéral et la surveillance de ses acquisitions. Ils interviennent également en milieu scolaire maternel pour dépister les troubles de l'audition, du langage, du développement et de la vision. Ces consultations sont essentielles pour s'assurer que l'enfant n'est pas en situation de danger ou à risque de l'être. (2) L'évaluation de l'environnement familial et social et de l'éducation familiale fait aussi partie des rôles de la PMI. La PMI prend en charge les situations d'enfants en danger. Leur action pluridisciplinaire avec le réseau professionnel du social et de la santé permet la mise en place d'aides financières ou de mesures de protection de l'enfant si nécessaire. Les centres de PMI accompagnent les familles et coopèrent avec les différents services de protection de l'enfance.

Dans la recherche d'une proximité optimale, pour le pilotage, il a été déployé dans notre département 5 UTAS (Unités territoriales de l'action sociale), qui sont en lien avec la Cellule Enfance en Danger.

Les UTAS sont des lieux d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement rassemblant plusieurs unités dans le cadre de l'action sociale : aide sociale à l'enfance, groupement de CMS, accompagnement social (insertion professionnelle...), autonomie (soutien aux personnes âgées ou fragilisées, handicapées). (3)

Carte des UTAS de Seine-Maritime :



- UTAS 1 :** Le Havre Pointe de Caux
- UTAS 2 :** Entre Seine-et-Mer
- UTAS 3 :** Boucles de Seine
- UTAS 4 :** Rouen
- UTAS 5 :** Dieppe-Neufchâtel-en-Bray

Au niveau départemental, la CRIP centralise toutes les informations préoccupantes du département, adressées par les différents acteurs en protection de l'enfance. Elle a aussi un rôle de conseiller technique, d'information et de formation des professionnels de santé.

En Seine-Maritime elle est nommée « Cellule Enfance en Danger » (CED). C'est une porte d'entrée, en charge de la protection de l'enfance dans le département.

Au niveau National, le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) est un organisme issu de la loi du 10 juillet 1989, relative à la prévention des mauvais traitements et protection des mineurs. Les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur lui. Pour accomplir ses missions d'écoute (aider au repérage) et d'orientation (faciliter la protection de mineurs en danger), le SNATED dispose d'un numéro national : le 119.

Il est gratuit, joignable 24/24h, invisible sur les relevés de téléphone, confidentiel afin de permettre le recueil optimal de situations de maltraitance infantile. L'affichage des coordonnées du service d'accueil téléphonique est d'ailleurs obligatoire dans tous les lieux publics recevant des mineurs (Article L 226-8 du code de l'action sociale et des familles). (4)

A noter que le SNATED gère également le numéro européen 116 111 mis en place depuis le 20/11/2017. (5)

Cet organisme a 3 possibilités de réponses aux appels traités : la transmission des informations préoccupantes aux CRIP, l'aide immédiate (conseils, soutien, orientations, renseignements) ou le signalement au procureur.

Enfin, il a une fonction épidémiologique importante pour optimiser les systèmes de prévention et de protection.

I.1.3. L'épidémiologie en protection de l'enfance et données des derniers chiffres départementaux et nationaux

En France, il existe différents dispositifs d'observations en plus du SNATED. Chacun a des missions clairement définies. Les 2 principaux acteurs en protection de l'enfance en termes de recherches et d'échanges des connaissances sont l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) à l'échelle de l'Etat et l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) à l'échelle départementale. (6)

L'ONPE a été créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004, relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. Il « recueille, analyse, étudie les données en provenance de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations œuvrant en ce domaine. » (7)

Son objectif est d'améliorer la connaissance des phénomènes de maltraitance en recensant les différentes pratiques jugées concluantes lors d'études. Il diffuse, lors d'un rapport public annuel au gouvernement et au parlement, les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance. Cela permet une mutualisation des connaissances et savoirs. Il a également un rôle de soutien des acteurs de la protection de l'enfance. (8)

Le 14^{ème} et dernier rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement dénombre, au 31 décembre 2018, 306 800 mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure de protection de l'enfant. Cela représente 21% des mineurs en France. (6)

Concernant notre département de Seine-Maritime, l'ODPE a été mis en place en 2014. Sa mission est de recueillir et d'examiner les données relatives à la protection de l'enfance dans le département. Chaque année l'ODPE publie un rapport d'observations. (9)

Le dernier rapport d'observations de l'ODPE a été publié en octobre 2019 et présente les données relatives de l'année 2018.

En 2018, la Seine-Maritime a enregistré 3384 IP soit une hausse de 2,16% par rapport à 2017. Cela représentait pour 2018 16,4 IP pour 1000 mineurs. Il est important d'observer que sur ces 3384 IP, seulement 18 étaient transmises par les professions libérales de santé soit 0,53%. Les transmetteurs d'IP au 1^{er} rang étaient les services médico-sociaux du département (32,68%) puis l'éducation nationale (21,14%), le parquet (10,58%), le SNATED (7,2%) et les Hôpitaux (5,5%).

Ces chiffres départementaux témoignent du faible taux de transmissions d'écrits par les médecins généralistes qui sont, le plus souvent, les médecins de famille. Ils reflètent la tendance nationale : seulement 5% des écrits sont transmis par les professions libérales. (10)

Le rapport de l'ODPE 2018 fait état d'une densité de médecins généralistes relativement importante comparativement aux autres spécialités. En effet, la Seine-Maritime comprend 36,5 médecins généralistes pour 10 000 jeunes de moins de 20 ans (pour un taux national de 36,7). Moins denses les pédiatres sont au nombre de 1,5 (1,7 niveau national), les psychiatres au nombre de 2,2 (3,9 niveau national) et les psychologues au nombre de 7,4 (13,2 niveau national).

I.1.4. La stratégie départementale et nationale pour les années à venir

Le département a un rôle déterminant dans la prévention et la protection de l'enfance. D'ailleurs, la gestion de l'alerte est une action essentielle du Schéma départemental en faveur de l'enfance et de sa famille 2016-2021 (SDEF 2016-2021). (2)

Ce 3^{ème} schéma Enfance-Famille a été adopté le 5 décembre 2016. Il met en œuvre la politique publique et est co-construit avec les partenaires du Département, institutions, administrations, associations œuvrant dans le domaine de l'enfance et de la famille.

Un des objectifs est d'améliorer le dispositif de repérage des situations des familles en difficultés éducatives et d'affirmer le positionnement de la CED. Ce soutien à l'enfance et à la parentalité permettra une meilleure prévention primaire.

Les indicateurs de vulnérabilité portent sur la composition familiale (famille monoparentale et/ou fratrie >3 enfants), le logement, la santé, la scolarité (> 1 an de retard) et le niveau de revenus. Le repérage de ces situations de vulnérabilité nécessite un lien essentiel entre les maternités et les centres de PMI. Ce lien est renforcé par le service de retour à domicile, PRADO, mis en place depuis 2010 par l'assurance maladie.

La communication entre PMI et médecins traitants et l'information des familles de ce lien possible sont aussi importantes. Une des actions de ce SDEF est d'ailleurs de promouvoir la transparence dans les échanges avec les parents pour soutenir les familles dans leur fonction parentale.

Le SDEF 2016-2021 met en lumière un point négatif de la situation actuelle : la multiplicité des acteurs (CED, UTAS, PMI...). Cela génère un risque de disparité de repérages et de réponses à l'échelle départementale. En effet, le repérage doit être le plus uniformisé possible pour aider les professions libérales de santé et, notamment les médecins généralistes, à repérer et alerter. Les échanges avec les différents acteurs sont donc essentiels. Le SDEF 2016-2021 a pour objectif de diffuser un guide départemental de l'alerte en protection de l'enfance.

Au niveau national, les violences faites aux enfants sont une des priorités politiques. Le 14 octobre 2019, la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance pour les années 2019-2022 a été présentée par le secrétaire d'Etat à la protection de l'Enfance, Adrien Taquet. À la suite de cette annonce, le Président de la République a déclaré « je veux en finir avec les violences, et vous ? » lors du 30ème anniversaire de la CIDE. (11)

Cette stratégie nationale est déclinée dans un contrat d'engagement mutuel entre l'Etat et les départements. L'un des objectifs est d'améliorer la prévention en protection de l'enfant. Parmi les mesures concrètes figurent la réalisation de 100% des bilans de santé en école maternelle d'ici 2022. Un deuxième objectif est l'accentuation de la pluridisciplinarité des CRIP.

Pour la première fois, la stratégie 2019-2022 a été élaborée en concertation avec les enfants pris en charge par l'ASE (l'Aide Sociale à l'Enfance). Ils ont mis en avant l'importance de la garantie de leurs droits fondamentaux (droits à la santé, à l'éducation et à leurs besoins affectifs) pour « être des enfants comme les autres » et modifier le regard de la société.

I.1.5. L'intérêt sociétal et médiatique de la maltraitance infantile

La maltraitance de l'enfant est un sujet grandissant au niveau sociétal et médiatique.

A l'image du succès de certains films, « les chatouilles », film autobiographique (sorti le 14 novembre 2018), Andréa Bescond dénonce les difficultés juridiques de la pédocriminalité et l'impact des violences sexuelles sur mineurs. En l'occurrence, il s'agit de l'histoire d'une petite fille de 8 ans abusée sexuellement par un ami de la famille.

Dans le même registre, « une affaire de famille » de Hirokazu Kore-Eda (Palme d'or du festival de Cannes 2018) révèle la maltraitance physique d'une enfant qui sera sauvée par ses voisins mais se terminera en drame familial. (6)

I.1.6. L'impact de la pandémie COVID 19

La pandémie COVID 19 a engendré un confinement durant lequel une communication renforcée à propos du 119 a été primordiale pour la prévention de la maltraitance de l'enfant.

Un formulaire a été mis en ligne le 2 avril 2020 : cette possibilité d'écrit via le 119, en plus des appels téléphoniques, a été également importante dans la lutte contre la maltraitance infantile. L'affiche de la campagne #119Enfance en danger a été réactualisée pour préciser cette alternative (**annexe 2**). (4)

Il a été observé, pour la période équivalente en 2019, du 18 mars au 10 mai 2020 une augmentation de 56,2% des appels entrants, c'est-à-dire tous les appels au 119 (+ 35 075 appels). Les appels traités correspondant aux appels qui relèvent des missions du SNATED et ayant abouti à une IP ou une aide immédiate (conseils, soutien, d'orientations, renseignements), ont accru de 17%. 55% des 6044 appels traités pendant le confinement ont donné lieu à une IP. Une hausse de 30,4% d'IP, adressées par le 119 aux services départementaux, a été observée (+ 774 IP).

Les recours directs aux services de police, gendarmerie ou SAMU ont, quant à eux, largement augmenté (+ 113,9% soit une hausse de 42 saisines de première urgence).

Pendant cette période de confinement, le nombre d'appels traités provenant de membres de la famille était similaire à 2019 mais les appels traités de mineurs pour leur propre situation ou ceux de voisins ont augmenté respectivement de 3,6% et 6,3%. Les mineurs, décrits comme en danger ou en risque de l'être lors des appels, avaient un âge moyen de 9 ans. Ceci correspond à ce qui est généralement observé au 119.

Les violences physiques étaient stables mais les informations de pleurs, cris, hurlements ont augmenté de 4%. Les appels concernant les violences sexuelles ont diminué de 1,7%.

Les auteurs présumés étaient comme en 2019 pour 95% des cas les parents et la famille proche.

Ainsi, ces augmentations témoignent de l'impact du confinement sur la maltraitance de l'enfant.

La communication joue un rôle important pour permettre au public d'alerter lors de situations d'enfants en danger ou à risque de l'être.

I.1.7. Définition générale de la maltraitance de l'enfant

Les difficultés à repérer (du fait de l'absence de témoins dans la plupart des situations) et à caractériser la maltraitance, font autant d'obstacles pour les médecins généralistes dans leur rôle de repérages et de transmissions d'informations. (6)

En effet, il existe une multitude de définitions caractéristiques de la maltraitance envers les enfants. En France, l'article 375 du code civil, l'a défini comme suit « 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 » (12)

Le terme « enfants en danger » regroupe tous les enfants dont la situation justifie une intervention administrative ou judiciaire, c'est-à-dire à la fois les enfants maltraités et les enfants en risque. Cette distinction a été proposée par l'ODAS (Observatoire national De l'Action Sociale) en 2001, puis reprise jusqu'ici par différentes sources, notamment dans le dernier rapport d'élaboration sur la maltraitance infantile de l'HAS en 2014. (13)

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

Selon un consensus international, il existe 4 grandes catégories de mauvais traitements à l'égard des enfants. Celles-ci ont été reprises par l'ODAS : (14)

- Violences physiques
- Abus sexuels
- Violences psychologiques
- Négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs de ces formes de maltraitance.

Notre étude portera uniquement sur la maltraitance physique et sexuelle. En effet, l'observatoire national (ONPE) et départemental (ODPE) dans leurs derniers rapports, concernant l'année 2018, évoquent essentiellement ces deux types de maltraitance.

I.2. L'ENFANT EN DANGER : DEFINITIONS ET REPERAGE

Le premier article scientifique sur la maltraitance infantile fut publié en 1860 par Ambroise Tardieu, médecin légiste de l'université de Paris. Il décrit, d'une part, les lésions typiques de maltraitance de l'enfant : coups portés avec divers objets, contusions, privations de tous genres, tortures. D'autre part, il évoque les caractéristiques des auteurs présumés : les parents et ceux qui exercent sur eux une autorité plus ou moins directe. Il incrimine surtout les mères qu'il décrit comme « dénaturées et trop souvent tolérées par la faiblesse et la lâcheté du père ». (15)

Le premier à alerter efficacement la communauté médicale et les pouvoirs publics était Henry Kempe, 100 ans après Tardieu. Il est à l'origine de la législation américaine sur le signalement. Cependant, toutes les caractéristiques spécifiques de la maltraitance avaient déjà été décrites par Ambroise Tardieu.

I.2.1. Concepts théoriques expliquant l'importance du repérage précoce

I.2.1.1. La plasticité cérébrale

Il est important de connaître la notion de la plasticité cérébrale pour aborder le repérage puis prendre en charge des situations d'enfants en danger. En effet, la mémoire des expériences vécues par l'enfant se dessine dans les 5 premières années de vie. Chaque image et chaque interaction quotidienne de l'enfant laissent une trace de mémoire de l'expérience vécue en connectant des neurones. Les synapses (connexions de neurones) commencent à se former dans le ventre de la mère puis augmentent de façon extrêmement rapide dès la naissance pour créer 700 à 1000 nouvelles connexions par secondes pendant les 5 premières années de la vie. Ces connexions construisent l'architecture cérébrale qui aura une répercussion sur l'apprentissage, le comportement, et la santé de l'enfant. Lors de cette période il est donc essentiel de « nourrir le cerveau en interagissant positivement avec l'enfant et en le laissant explorer le monde ». En grandissant, il se produit l'élagage synaptique : les connexions le plus souvent utilisées vont se renforcer et à l'inverse les moins utilisées vont s'affaiblir puis disparaître.

L'être humain apprend et se spécialise, son cerveau ne conserve pas forcément les connexions des meilleures expériences mais celles des plus fréquentes.

Cette plasticité cérébrale peut donc être à la fois une grande opportunité ou une grande vulnérabilité. Elle pourra être une difficulté dans l'évolution éducative et sociale de l'enfant.
(16)

I.2.1.2. La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été introduite en 1958 par John Bowlby, un psychologue anglais. Puis Mary Ainsworth, également psychologue, a établi les 3 types d'attachement.

Tout au long de sa vie, l'enfant aura d'abord besoin de sécurité. Pour qu'un enfant soit « **sécure** » il doit compter sur un « care giver », un donneur de soins ou figure d'attachement du bébé. C'est le socle de la théorie de l'attachement. Le care giver doit faire preuve de stabilité et de prévisibilité, de pérennité, d'empathie, pour garantir à l'enfant des relations affectives « sécure » et lui permettre d'explorer le monde et de s'ouvrir. Le care giver « sécure » est celui qui entend ou capte les signaux de l'enfant, qui les comprend ou les déchiffre, qui y répond adéquatement pour apaiser l'enfant et tout ceci dans des délais raisonnables. Cela permet à l'enfant de relier son « appel » à la « réponse » (« serve & return interaction ») pour établir un lien de « cause » à « effet », nécessaire à nourrir le développement de compétences de plus en plus complexes et maîtriser son environnement. 2/3 des cas en population générale ont un attachement « sécure ».

La théorie de l'attachement démontre 2 autres possibilités quand celui-ci n'est pas « sécure ». Le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance est utilisé dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS et dans le DSM-IV-TR (4ème édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie).

Premièrement l'attachement « **insécure** », lorsque l'enfant n'a pas pu obtenir du réconfort du care giver alors qu'il en avait besoin. Cela va s'exprimer par deux types de stratégies :

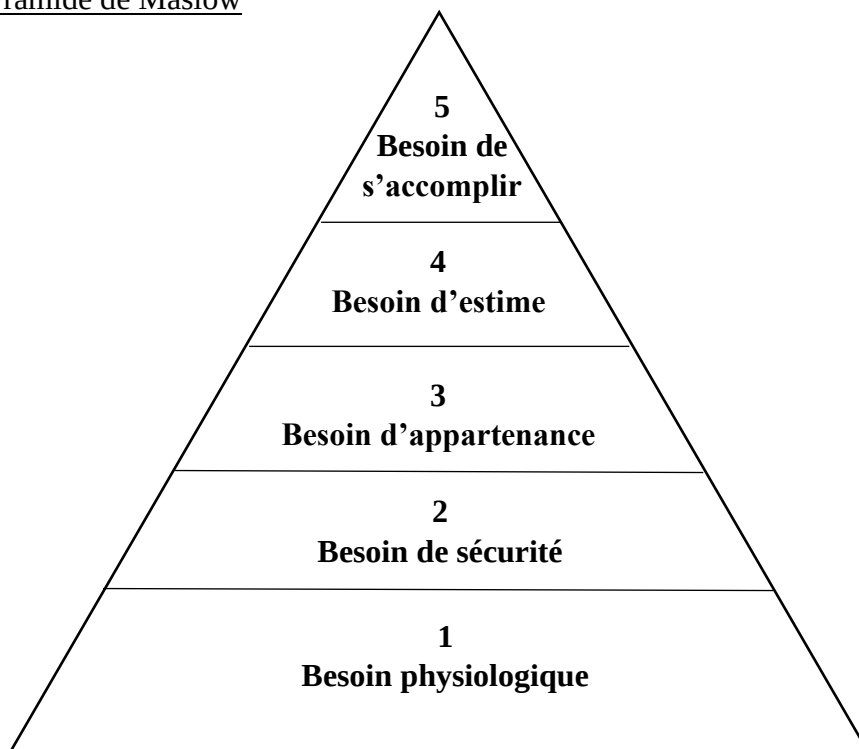
- L'attachement « anxieux-évitant » : l'enfant ayant expérimenté qu'il ne peut compter sur son care giver, renonce en quelque sorte à activer son système d'attachement, ce qui se traduit par une forme de désinvestissement relationnel, associé à un évitement de la proximité et des affects. Apparemment indifférent, l'enfant est en réalité dans une ignorance active, associée à des émotions de l'ordre de la colère.

- L'attachement « résistant-ambivalent » : l'enfant montre une détresse importante lorsqu'il est séparé de la figure d'attachement, associée à une recherche de contact à son retour, tout en manifestant du rejet et en demeurant inconsolable. Les sentiments qui semblent dominer l'enfant sont à la fois de colère et de détresse.

Deuxièmement, l'attachement « **désorganisé, désorienté** ». Il se retrouve principalement parmi les enfants maltraités et/ou ayant été exposés à des violences, notamment conjugales. Chez ces enfants, les émotions d'angoisse et de détresse semblent dominantes. Des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (s'approcher avec la tête détournée par exemple), les mouvements semblent incomplets et les affects mal dirigés. (17)
Leur prise en charge sera plus difficile.

I.2.1.3. Les besoins fondamentaux de l'enfant

La pyramide de Maslow



La pyramide des besoins a été étudiée dans les années 1940 par un psychologue américain, Abraham Maslow. En 1970, il expose les besoins fondamentaux (physiologiques, de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi) et leur hiérarchisation.

Ensuite, plusieurs typologies des besoins fondamentaux ont été élaborées, majoritairement par des psychologues, psychosociologues ou pédiatres. Jusqu'en 2017, aucun consensus sur ces différentes typologies n'avait été publié dans la littérature internationale.

En France, dans le cadre de la protection de l'enfance, les besoins fondamentaux de l'enfant ont été introduits par la loi du 14 mars 2016. Le Docteur Marie-Paule Martin-Blachais a publié, le 28 février 2017, le rapport de la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance.

L'enfant possède 8 besoins fondamentaux avec comme méta-besoin la sécurité, cela signifie que les autres besoins ne peuvent être satisfaits uniquement si la satisfaction de la sécurité physique et affective est suffisante.

Les 8 besoins fondamentaux à caractère universel de l'enfant dont le méta-besoin (la sécurité) sont :

- **Le besoin affectif et relationnel** : les apports de la théorie de l'attachement avec le care giver de l'enfant.

- **Le besoin de protection**

- **Les besoins physiologiques et de santé** : être nourri, lavé, avoir des vêtements propres adaptés aux nécessités climatiques, un sommeil adapté, un accès aux services et suivi de santé, un accès à l'éducation à la santé (nutrition, sexualité...).

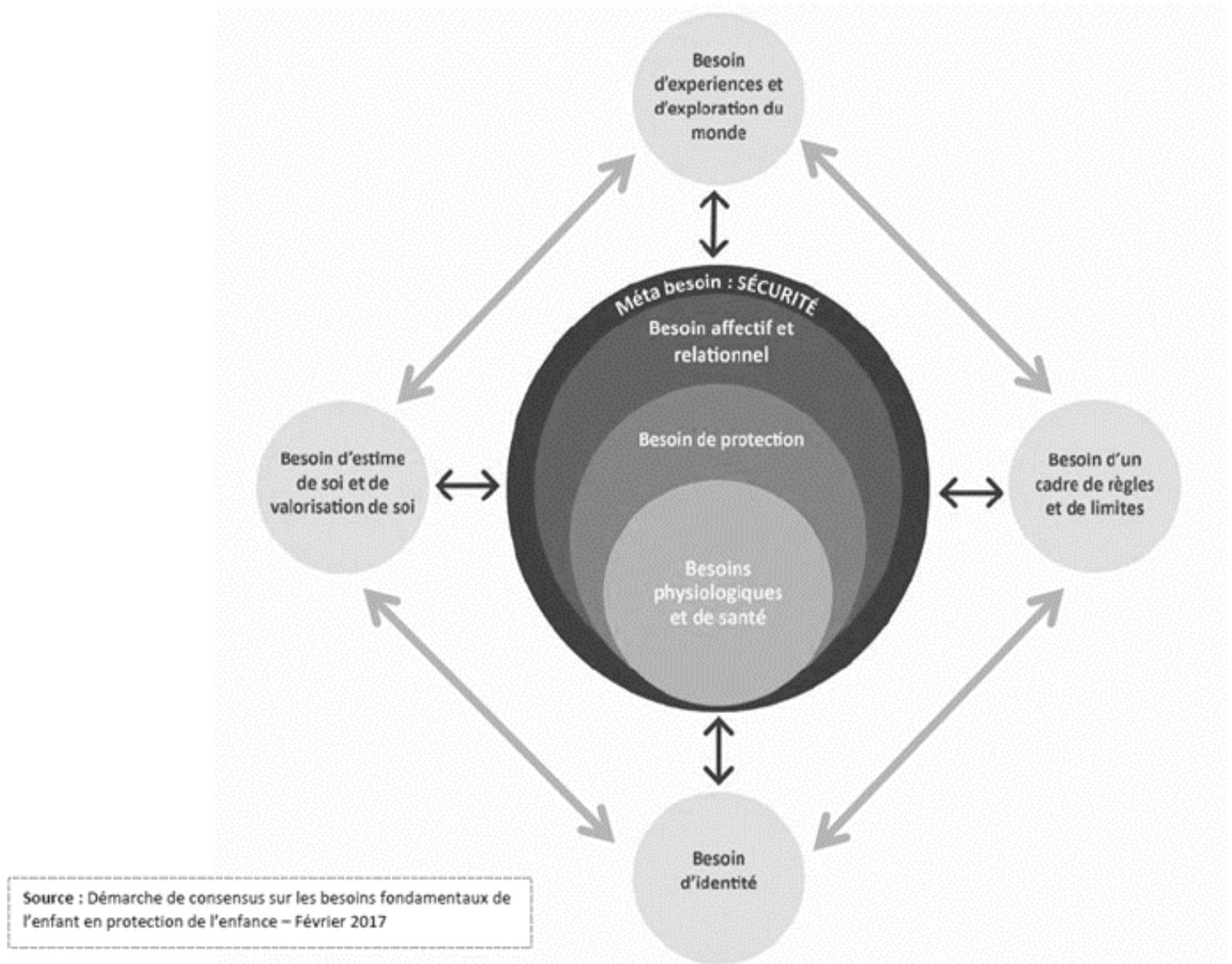
- **Le besoin d'expériences et d'explorations du monde** : expériences corporelles et physiques, expériences ludiques et créatives, expériences expressives et langagières, expériences cognitives et réflexives.

- **Le besoin d'un cadre de règles et de limites** : l'intériorisation par l'enfant d'un ensemble de codes et de valeurs sociales au service de son adaptation et de son insertion sociale. Est aussi en jeu la capacité de l'enfant à se réguler sur le plan émotionnel et comportemental de manière à ne pas être envahi par ses émotions. Il pourra les reconnaître et les exprimer, sans agresser ses proches ou ses pairs (comportement d'agression/dominant), et sans se mettre à la merci d'autrui (comportement de victimisation/dominé).

- **Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi** : une image positive de soi pour pouvoir se faire confiance, avoir un sentiment de compétences et la capacité d'affirmer ses préférences et ses choix. Puis avec l'âge, la capacité à être empathique, à construire des relations stables et la capacité à prendre soin de soi.

- **Le besoin d'identité** : différentes composantes de son identité doivent être reconnues comme par exemple le sexe, l'orientation sexuelle, l'origine nationale, la religion et les convictions, l'identité culturelle et la personnalité. (17)

Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



I.2.2. Les facteurs de risque de la maltraitance infantile

I.2.2.1. L'approche écosystémique d'Urie Bronfenbrenner

Les situations doivent être abordées selon leur contexte.

L'enfant est reconnu dans ses interactivités avec l'ensemble des systèmes qui gravitent autour de lui, en référence à l'approche d'Urie Bronfenbrenner (psychologue et chercheur américain d'origine russe).

Cette approche distingue quatre niveaux :

- Le microsystème : au centre, c'est celui qui concerne les activités et des interactions de l'enfant avec son entourage immédiat : parents, amis, école.

- Le mésosystème : interactions entre les différentes composantes du système de l'enfant, de son premier réseau de sociabilité (interactions entre parents et enseignants, entre famille de l'enfant et proche voisinage).
- L'exosystème : la famille élargie, l'univers du travail des parents, le réseau amical, le voisinage et les services immédiatement accessibles dans l'environnement.
- Le macrosystème : l'arrière-plan culturel, regroupant les lois, mais aussi les croyances et les valeurs du pays dans lequel vit l'enfant.

L'ensemble de cet environnement est lui-même soumis au « chronosystème », c'est-à-dire aux événements qui marquent la vie de l'enfant aussi bien dans l'intimité familiale qu'aux événements significatifs pour la vie de son pays. (17)

L'analyse contextuelle de ces différents niveaux participera à l'évaluation de la situation du mineur et de sa famille. Elle contribuera également au plan d'actions susceptibles d'être mobilisées pour répondre à la satisfaction de ses besoins au service de son développement.

I.2.2.2. Les dimensions de la démarche évaluative révélant les facteurs de risque

Les 3 axes pour évaluer la situation du mineur et de sa famille sont :

- La santé de l'enfant et ses besoins de développement.
- Les capacités ou compétences des figures parentales à répondre à ces besoins.
- Le contexte avec les facteurs familiaux, sociaux et environnementaux susceptibles d'influer sur les réponses à ces besoins.

Les facteurs de risque que nous allons aborder ci-dessous ne sont pas systématiquement présents dans les situations d'enfants en danger.

Les facteurs de risque de maltraitance infantile, **liés à l'enfant** lui-même, sont les suivants : (18)

- Le jeune âge
- La prématurité (2,5 fois plus présente que dans la population générale) du fait de la séparation périnatale précoce dès les premiers jours de leur vie. Cela rend les conditions de mise en place des interactions précoces parents-enfant particulièrement sensibles et vulnérables (difficultés d'attachement).
- Les troubles du comportement
- Les handicaps (7 fois plus présents que dans la population générale).
- Le sexe : les filles sont plus soumises aux violences sexuelles et les garçons au syndrome du bébé secoué.

Ceux **liés aux compétences parentales et aux contextes (facteurs familiaux socio-environnementaux)** sont :

- Une grossesse non désirée
- Les addictions et toxicomanies
- Les troubles en santé mentale y compris la dépression du post-partum
- La déficience intellectuelle : accueillir un bébé requiert en effet de savoir lire et compter, de décrypter les signes puis d'offrir une réponse appropriée, et de tenir des rythmes.
- Les carences affectives et l'immatunité
- Les parents séparés, la famille monoparentale : un enfant vivant dans une famille monoparentale est un facteur de vulnérabilité reconnu. Le rapport de l'ODPE 2018 rapporte qu'en Seine-Maritime, 20,1% des enfants vivent dans une famille monoparentale pour un taux national de 19,3%. (9)

Les chiffres du SNATED 2018 montrent que 2/3 des enfants en danger étaient issus d'une famille monoparentale, principalement la mère, celle-ci était donc l'auteur présumé dans 50% des cas. (5)

- Les antécédents personnels de violences
- Les violences conjugales : facteur de stress chronique qui peut amener, dans le but d'éviter la violence, à prioriser les besoins du conjoint sur ceux de l'enfant
- L'isolement social : il rend difficile l'accès à la santé, à l'éducation, aux loisirs, à la culture et donc à l'inclusion sociale.
- Le niveau socio-économique : pauvreté, grande précarité matérielle de logement.

Sur le plan de la pauvreté, notre Département, la Seine-Maritime est classée au rang de 2^{ème} pour le taux de pauvreté le plus élevé en comparaison aux départements de même strate démographique. Il est également celui qui a le taux de chômage le plus élevé (12,5% de l'ensemble des enfants vivent dans une famille sans actif occupé).

Au niveau des appels du SNATED, les appelants évoquent très peu le logement et l'environnement socio-économique des enfants mais cela permet tout de même d'affiner le risque du danger pour une meilleure évaluation départementale ensuite (12% des informations recueillies lors des appels du 119 en 2018).

I.2.3. La maltraitance physique

I.2.3.1. Définition et données chiffrées

En 1946, John Caffey, père de la radiologie pédiatrique de Pittsburgh, a révélé l'association de fractures d'os long et d'hématome sous-dural comme suspecte de violence volontaire.

Frédéric Silverman, élève du Dr Caffey, a collaboré avec Henry Kempe pour la publication d'un article en 1962 « The Battered-Child Syndrome ». Cet article évoque la suspicion de maltraitance infantile devant des fractures multiples d'âges différents. L'aspect radiologique de ces fractures prend l'appellation de syndrome de Silverman. (19)

Le terme de « syndrome de bébé secoué » a été créé par le Dr Caffey en 1972. Ce dernier a rapporté, l'association d'un HSD et d'hémorragies rétinienne chez le nourrisson (décrite en 1930 par David Sherwood), à des secousses. (18)

La maltraitance physique envers les enfants est définie comme étant « les gestes qui provoquent des sévices corporels ou un traumatisme qui peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé, le développement ou la vie de l'enfant ». (5)

Le 14^{ème} rapport de l'ONPE rapporte, pour l'année 2018, 122 infanticides dont 80 en intrafamilial et pour 2/3 les enfants étaient âgés de moins de 5 ans au moment du décès.

Les services de police et gendarmerie ont constatés 63033 mineurs victimes de violences physiques dont 39% intrafamiliale avec un équilibre entre filles et garçons. Elles augmentent avec l'âge mais à l'adolescence elles concernent davantage les filles que les garçons. (6)

En 2018, les violences physiques représentaient 12,7% des violences enregistrées par le SNATED pour les enfants de moins de 3 ans, avec ensuite une augmentation progressive jusqu'à atteindre un pic entre 11 et 14 ans (21,8%). Celles-ci étaient réparties équitablement entre les filles et les garçons. Les auteurs présumés étaient majoritairement des hommes issus de l'entourage et/ou des professionnels.

I.2.3.2. Signes d'alerte et diagnostics différentiels

L'HAS utilise, dans son dernier rapport d'élaboration en 2014, les recommandations du NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) pour définir les signes d'alerte. Le NICE est un organisme public du Royaume-Uni qui publie des lignes directrices dans plusieurs domaines, dont la pratique clinique. (13)

Tableau récapitulatif des signes d'alerte et diagnostics différentiels d'une maltraitance physique de l'enfant :

Signes d'alerte	Diagnostics différentiels
<u>Ecchymoses / Hématomes</u> (20) (21) - Nourrisson qui ne se déplace pas - Lieu suspect (oreilles, cou, pieds, face postérieure du corps dont avant-bras (lésions de défense, attitude de protection quand l'enfant grandit), lombes, fesses, torse y compris organes génitaux) - Forme définie (empreinte d'une main, ceinture, chaussure, morsure, bâton, manche à balai) et dimension ou nombre inhabituel - Contexte : inadéquation avec le mécanisme décrit Si âges différents -> orientation vers maltraitance physique plutôt que mécanisme accidentel.	- Origine hématologique (20): troubles de l'hémostase, maladie de Willebrand, hémophilie, purpura thrombopénique immunologique, purpura rhumatoïde - Tâches mongoloïdes, naevus pigmentaires grisâtres, hémangiomes, eczéma, pratiques culturelles (saignées par ventouses = cupping), teintures ou encre - Lésions accidentelles : surtout lésions antérieures du tronc, zones proéminentes
<u>Brûlures / Plaies</u> 10% des mécanismes de maltraitance physique - Brûlures de contact : par un objet chaud et brûlant (brûlure de cigarette ou de fer à repasser) - Les + fréquentes jusqu'à 80% = brûlures par projections d'eau bouillante	Causes accidentelles - Brûlures accidentelles = limites floues, moins profondes (réflexe du retrait de l'enfant) - Pratiques culturelles : frottement avec une pièce de monnaie (coining), piqûres avec un cône d'herbes en feu (moxybustion)
<u>Morsures</u> Toutes traces de morsures restent suspectes et doivent être décrites.	Causes accidentelles
<u>Lésions des phanères</u> Alopécie	- Difficiles, beaucoup de diagnostics différentiels, avis spécialisé dermatologique - Pelade, parasites, trichotillomanie (automutilation de l'enfant, temporo-pariétale et côté dominant).
<u>Lésions intra-buccales</u> Mobilité des dents avant 6 ans Frein labial rompu avant l'âge de l'acquisition de la marche = fortement suspect de maltraitance Ecchymose intra-buccal (choc direct par un objet)	- Mobilité des dents normale entre 6 et 12 ans - Examen de la muqueuse des lèvres : hématomes par contact avec les dents sous-jacentes = traumatisme direct

<u>Fractures osseuses</u> Lésions osseuses d'âges différents, cal hypertrophique, arrachement métaphysaire, appositions périostées si mécanisme récidivant - Fractures de côtes rarement accidentelles du fait de la compliance thoracique élevée. - Fractures diaphysaires : rarement accidentelles avant 1 an, surtout les os long (humérus, fémur, tibia) - Enfants plus âgés : fractures de l'avant-bras le plus souvent dans un mouvement de défense	- Causes accidentelles - Ostéogénèse imparfaite
<u>Fractures crâniennes</u>	- Importance du contexte - Causes accidentelles
Syndrome du bébé secoué	
- Tout HSD sans traumatisme crânien avéré doit faire suspecter une maltraitance - Age moyen : 5 mois - Consulter le carnet de santé de l'enfant et notamment la courbe de croissance du PC	- Thrombopénie, hémophilie (19) - Collection sous durale bénigne = hydrocéphalie externe, région frontale, pas de répercussion neuropsychologique, habituellement aux alentours de 5 mois , collection hypodense, garçon > fille - Chocs directs = chutes , impact avec un objet contendant
Malaises, troubles de la vigilance, convulsions, hypotonie, bombements des fontanelles	- Epilepsie - Autres étiologies des malaises
Pâleur anormale	Etiologies des anémies
Mauvaise prise des biberons, vomissements répétés sans diarrhées, PC excessif au cours des dernières semaines	- Troubles digestifs simples - Macrocrânie essentielle, macrocéphalies secondaires (rétention hydro-sodée liée à une corticothérapie, achondroplasie, polykystose rénale, dysostose cléïdo-crânienne, pathologies métaboliques)

I.2.3.3. Examens complémentaires à réaliser

L'IRM cérébrale est l'examen le plus informatif au niveau neurologique. Il est indiqué à titre systématique dans la maltraitance de l'enfant, même en l'absence de lésion suspecte crânienne apparente. Cependant son accessibilité peut être difficile en urgence. De ce fait, l'examen complémentaire souvent pratiqué en cas de tableau neurologique, pour confirmer ou infirmer un syndrome du bébé secoué, est le scanner cérébral. Celui-ci peut révéler à la phase précoce un œdème cérébral puis des contusions cérébrales, des lésions axonales diffuses, des lésions médullaires et des hématomes sous-duraux. L'imagerie peut permettre la datation des lésions en fonction de la densité des hématomes sous duraux. Ensuite le fond d'œil est primordial lors de la découverte d'un hématome sous dural pour rechercher les hémorragies rétiniennes bilatérales. Celles-ci sont quasi-pathognomoniques du syndrome de bébé secoué. (21) L'Electroencéphalogramme peut être réalisé à la recherche de crises comitiales infracliniques et peut également apporter des éléments d'appréciation du pronostic fonctionnel. (19)

Devant toute suspicion de maltraitance infantile physique, des radiographies du squelette entier doivent être réalisées (tronçons par tronçons). Une scintigraphie ou Tomographie par Emissions de Positons (TEP) du squelette peuvent être complémentaires pour détecter des possibles lésions osseuses occultes. (22)

Pour ne pas méconnaître un diagnostic différentiel de la maltraitance physique, des examens complémentaires sont parfois utiles :

- Devant des ecchymoses ou hématomes : bilan de coagulation avec hémogramme et plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, temps de saignement, facteur Willebrand, facteur VIII, facteur IX, facteur XIII.
- Devant des fractures osseuses, l'ostéogénèse imparfaite doit être éliminée : densitométrie osseuse, analyse du collagène de type I, dosage de l'ostéocalcine, cross laps (marqueur de résorption osseuse), phosphatases alcalines, calcémie, phosphorémie, créatininémie, parathormone (PTH), 25 hydroxy-vitamine D (25OHD). Au niveau urinaire : calciurie/créatinurie.

I.2.4. La maltraitance sexuelle

I.2.4.1. Définition et données chiffrées

La maltraitance sexuelle envers les enfants est caractérisée par des « comportements de nature sexuelle à l'encontre de l'enfant impliquant ou non un contact physique. Les inspections corporelles inadéquates, les atteintes à l'intimité, la dévalorisation du corps, les confidences érotiques, la séduction ou l'emprise du corps de l'enfant comme objet de satisfaction sexuelle, toute forme de relation sexuelle avec ou sans pénétration » font partie des violences sexuelles. (5)

Les services de police et gendarmerie dans le 14^{ème} rapport de l'ONPE révèle une augmentation de 7% des violences sexuelles en 2018 (+10% entre 2016 et 2017) portant les victimes au nombre de 23 600 soit 1,6 mineurs sur 1000. Parmi eux, 31% des violences sexuelles avaient lieu dans le cercle familial, 80% étaient des filles et dans 37% des cas les violences sexuelles étaient des viols. (6)

Concernant le SNATED, en 2018, les violences sexuelles concernaient très peu d'appels du 119 avec 0.9% des moins de 3 ans, un pic entre 6 et 10 ans (3.9%) puis une stabilité jusqu'à 17 ans. Comme dans le rapport de l'ONPE, plus de 2/3 des violences sexuelles étaient envers des filles avec pour auteurs présumés des faits majoritairement des hommes.

I.2.4.2. Signes d'alerte et diagnostics différentiels

Tableau récapitulatif des signes d'alerte et diagnostics différentiels d'une maltraitance sexuelle de l'enfant :

Signes d'alerte	Diagnostics différentiels
<u>Troubles génitaux</u> (21) : saignements, leucorrhées, irritations, douleurs, lacérations des lèvres ou de la fourchette postérieure Examen périnéal du garçon : pénis, scrotum	- Causes accidentelles, corps étrangers - Puberté précoce - Lichens, condylomes acuminés (si < 2 ans possible transmission materno-fœtale, verrues vulgaires (recherche portage dans la famille proche))
<u>Signes urinaires</u> : troubles mictionnels, infections urinaires à répétition	Autres pathologies urinaires
<u>Troubles digestifs</u> : constipation, encoprésie, douleurs anales	- Autres étiologies des constipations - Parasites
<u>Examen de la marge anale</u> : plaies, abrasions, ecchymoses, fissures, ulcérations, lacérations (23)	Causes accidentelles

Troubles d'ordre sexuel : expression du corps, langage oral, érotisation du contact social	- Importance du contexte de la situation - Activités sexuelles habituelles: -> Filles entre 1 et 3 ans : peuvent introduire un objet dans le sexe -> Entre 2,5 et 5 ans : touchent, manipulent, frottent leurs organes génitaux externes avec l'intention de se donner du plaisir -> Entre 5 et 8 ans = dévoilent leurs parties sexuelles (touchent, inspectent, curiosité et souhait de comprendre), jeu de rôle de type sexuel (« jeu du docteur ») -> A partir de 6 ans la masturbation-plaisir diminue. -> A partir de 13 ans : quasiment tous les garçons se masturbent et 50% des filles
Grossesse avant l'âge de 15 ans	

I.2.4.3. Examens complémentaires à réaliser

Les prélèvements génitaux et biologiques pour des analyses sérologiques sont à réaliser.

Les prélèvements urinaires et fécales sont également à réaliser à la recherche de processus infectieux.

Les avis spécialisés notamment dermatologiques ou gynéco-pédiatriques peuvent être demandés.

I.2.5. Les signes aspécifiques

Dans les situations de maltraitance, ces signes peuvent être :

- Troubles du comportement
- Troubles de l'apprentissage ou de concentration
- Troubles du sommeil, troubles alimentaires
- Plaintes somatiques multiples
- Accidents domestiques multiples

Cette multiplicité fait toute la difficulté du diagnostic.

I.2.6. Les allégations

I.2.6.1. Définition et évaluation

Une allégation est une « affirmation relative à des faits dont l'existence reste à prouver ». (24)

Donc son évaluation est difficile et rend ces situations délicates pour le médecin qui les reçoit.

Les enjeux de la demande, qu'elle provienne de l'enfant lui-même ou de son entourage, doivent être envisagés pendant l'évaluation de cette allégation (divorce, conflit parental...).

Le mensonge est susceptible d'intervenir devant le sentiment de pouvoir qu'il dégage. Plus le sujet est jeune, plus les composants affectifs et les enjeux relationnels semblent modifier une expérience passée. (25) Cependant la parole de l'enfant doit être prise en compte dans l'évaluation de la situation.

Face à une allégation, il est important d'explorer plusieurs aspects.

Premièrement, au niveau clinique, la somatisation de l'enfant est un indicateur révélateur.

Deuxièmement, l'exploration du champ social et environnemental permet de prendre en compte l'aspect structurel et le cadre familial. Les processus interactionnels doivent être analysés.

Enfin, l'étude cognitivo-affective de l'enfant et des membres de son entourage est également nécessaire pour évaluer une allégation.

Devant une allégation d'un enfant maltraité, le médecin se doit de respecter le rythme de l'enfant en prenant le temps de l'accueillir et de l'écouter. Si le médecin impose son interrogatoire en négligeant le temps nécessaire à l'enfant et n'utilise pas de questions ouvertes, alors celui-ci pourrait se réappropriier les faits. La stratégie à adopter peut être le modèle de co-intervention : réaliser différents entretiens (individuels, de famille, de fratrie) sur une période la plus brève possible. (26)

La multiplicité des versions dans une même fratrie peut témoigner d'une souffrance et dans certains cas de loyauté protectrice envers les parents.

Les révélations d'abus sexuels ont la possibilité de mettre l'enfant dans une position difficile avec la peur de représailles et la culpabilité de briser la sphère de l'intimité familiale. Il peut y avoir plusieurs versions lors des consultations, avec plus ou moins des pressions extérieures.

Les allégations proviennent de l'enfant lui-même ou des parents qu'ils soient ensemble ou séparés. Ces dernières doivent être prises en compte avec une évaluation rigoureuse, l'enfant pouvant être instrumentalisé dans ces situations.

Enfin, au-delà du caractère exceptionnel de la pathologie, le syndrome de Münchhausen par procuration, doit être évoqué dans un contexte d'allégations de parents concernant des situations récidivantes avec bilan étiologique négatif. L'exemple récurrent des malaises à répétition du nourrisson, avec examens complémentaires ne retrouvant pas de causes organiques, peuvent orienter vers des troubles factices volontairement produit par le parent.

Dans ce syndrome, décrit par le pédiatre anglais Roy Meadow en 1977, le parent « donne procuration à son enfant pour être malade et soigné à sa place ». La passivité des enfants face aux examens répétés ou au mécanisme d'induction des symptômes (piques, étouffement, brûlure...) est évocatrice. L'enfant recherche une identité de malade pour attirer l'attention et l'amour du parent. Dans ces situations, il existe d'ailleurs une grande discordance entre les sentiments parentaux affichés (parent attentif, aimant, dévoué, disponible) et la nature des actes commis. (27)

I.2.6.2. Cas de jurisprudence

La jurisprudence des situations d'allégations peut, dans certains cas, inquiéter les médecins pour la réalisation d'un écrit.

L'exemple d'un médecin généraliste mis en cause, après avoir remis à la mère d'une enfant, un courrier adressé à un pédopsychiatre affirmant la forte probabilité que le père de cette enfant aurait commis des actes d'exhibitionnisme vis-à-vis de sa fille. Le courrier est ainsi rédigé : « Cher confrère, je vous confie en urgence l'enfant Léonore L., 4 ans, qui tient des propos depuis quelques jours d'exhibitionnisme de son père. Elle m'a cité les événements avec beaucoup de précisions. Même s'il s'agit d'une enfant très éveillée, je ne pense pas que l'affabulation soit de mise. Merci pour votre diligence... »

Les parents du père (et grands-parents de Léonore), à la lecture de ce courrier, ont décidé de porter plainte contre ce médecin généraliste, s'estimant victimes par « ricochet » de son certificat, alors que ce praticien n'avait procédé à aucun signalement.

En première instance, l'Ordre régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse a rejeté leur plainte, l'estimant irrecevable « pour défaut d'intérêt à agir ». Ces grands-parents décident de faire appel, et la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins va leur donner raison, dans une décision du 20 septembre 2016.

L'Ordre national va considérer que le courrier litigieux de ce médecin pouvait avoir des répercussions sur la situation, sur l'équilibre psychique de l'enfant et sur la restriction des possibilités de contact entre le père et sa fille, et entre ces grands-parents et leur petite-fille. L'appel de ces grands-parents va donc être jugé recevable, et le médecin condamné à trois mois d'interdiction d'exercice avec sursis.

Pour sanctionner ce praticien, l'Ordre national a tenu à rappeler qu'un médecin, lorsqu'il établit un certificat, ou rédige un courrier, doit se contenter de faire état des constatations médicales effectuées. Même si celui-ci peut rapporter des dires relatifs aux causes de l'affection ou de la blessure constatée, il doit veiller à ne pas se les approprier.

En effet, il n'est pas à même de pouvoir en vérifier la véracité. L'Ordre national a ajouté que ce médecin, dans son courrier litigieux, « ne fait état d'aucune constatation médicale, d'une part, exprime l'opinion selon laquelle les dires de l'enfant ne sont pas des affabulations, d'autre part, et ne mentionne aucun élément sur lequel s'appuierait cette opinion ». Ce dossier ne fera apparaître aucun élément permettant de considérer les faits relatés par l'enfant comme établis, ni même comme fortement vraisemblables. Il n'a d'ailleurs pas fait l'objet de signalement. Pour l'Ordre, ce médecin a ainsi méconnu les dispositions des articles R.4127-28 et R.4127-51 du code de la santé publique, rappelant qu'« un médecin ne doit pas délivrer un rapport tendancieux ou un certificat de complaisance et s'immiscer dans les affaires de famille. » (28)

I.3. CADRE ET DISPOSITIF LEGISLATIF

I.3.1. Le secret médical

La non-assistance à personne en danger, en termes d'actions, peut entraîner jusqu'à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende dans le cadre d'un crime ou d'un délit contre l'intégrité corporelle sur un mineur de 15 ans. Cette même peine s'applique en cas de non-assistance à une personne en péril (Article 223-6 du Code Pénal). (29)

Un médecin généraliste, avec un mode d'exercice libéral, n'a pas l'obligation de signaler. Il a cependant le devoir d'agir et de faire impérativement cesser le danger en « provoquant un secours » s'il ne fait pas le choix d'une action personnelle.

A l'inverse, un médecin exerçant dans le domaine public a l'obligation de signaler au procureur de la république (Article 40-1 du code de procédure pénale). (30)

L'Article 43 du code de déontologie précise 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. » (31) En complément, l'article 44 du même code spécifie que « lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. » (32)

Il est important de savoir que le secret médical ne doit pas poser de difficultés dans la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement.

L'Article 226-13 du Code Pénal évoque la peine encourue en cas de non-respect du secret médical : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (33)

Cependant, l'Article 226-14 du Code Pénal énonce les situations pour lesquelles l'Article 226-13 ne s'applique pas. Dans ces situations, dont certaines intéressent les enfants en danger, la loi impose ou autorise la « levée » du secret médical pour certains professionnels dont les médecins:

- « 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.

- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, les sévices ou privations qu'il a constaté, 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. L'accord du mineur n'est pas nécessaire. »

Cet article souligne l'absence de condamnation dans les conditions sus-citées : « le signalement aux autorités compétentes ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. » (34)

Agir de mauvaise foi signifie avec une intention de nuire. La crainte d'une IP ou d'un signalement abusif n'est donc pas justifiée. C'est un devoir du médecin de protéger l'enfant. L'apport d'une preuve ne lui incombe cependant pas. (15)

L'information à la famille (de la transmission d'une IP) dans le cadre de situations d'enfant en danger peut être une interrogation pour certains médecins généralistes. Seule l'alerte au 119 est anonyme mais ne permet pas d'effectuer directement une IP.

L'Article 226-2-1 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) énonce le devoir du professionnel d'information d'une IP avant sa transmission, sauf intérêt contraire de l'enfant. D'ailleurs, le détenteur de l'autorité parentale ou le tuteur de l'enfant peut accéder au dossier de l'information préoccupante transmise. (35)

Le partage d'informations à caractère secret peut se faire entre professionnels de la protection de l'enfance afin de pouvoir évaluer une situation, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Ce partage est autorisé uniquement dans le cadre d'une mission de protection d'un enfant et pour les informations ayant un intérêt avec la situation. (Article L 226-2-2 du CASF). (36)

I.3.2. Le dispositif législatif

I.3.2.1. La loi du 10 juillet 1989

La nécessité d'une observation de l'enfance en danger a été particulièrement affirmée par la loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. L'article 68 précisait que cette responsabilité était bien celle du Président du Conseil général qui « mettait en place, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités, et de répondre aux situations d'urgence, selon des modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département ».

Cette loi précisait également les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance, en lien avec la PMI : « l'information et la sensibilisation de la population et des personnes concernées par les situations de mineurs maltraités ainsi que la publicité du dispositif de recueil d'informations ». Rappelons également que le 119 a été créé à la suite de cette loi. (37)

La loi du 10 juillet 1989 a été suivie par la signature de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) le 20 novembre 1989 par les Nations Unies. Cette convention a permis à l'enfant d'être considéré comme un être de droit ayant des besoins spécifiques.

I.3.2.2. La loi du 5 mars 2007

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, a ouvert la voie de la prévention et a déterminé tout d'abord les missions de la protection de l'enfance.

La première mission était d'accompagner les parents « dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives » et d'assurer, si nécessité, une prise en charge partielle ou totale des mineurs.

La deuxième mission était la prise en compte du « développement physique, intellectuel, social et affectif » de l'enfant et du respect de ses droits (Article L. 112-4 du CASF).

L'établissement d'un projet pour l'enfant (PPE) est aussi défini. Il sera établi par les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale.

Ce PPE précisera les actions menées pour l'enfant, ses parents et leur environnement, les objectifs à atteindre et leurs délais de mise en œuvre. Le mineur sera informé de ce projet et celui-ci sera également transmis au juge.

La loi du 5 mars 2007 a également créé la CRIP avec l'introduction de la notion d'information préoccupante et introduit l'autorisation du secret partagé (article L226-2-2 du CASF). (38)

I.3.2.3. La loi du 5 novembre 2015

La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 a clarifié la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé en ajoutant, en plus de la non-sanction disciplinaire possible, le non-engagement de la « responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. » (39)

I.3.2.4. La loi du 14 mars 2016

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 a illustré un changement de paradigme après un bilan de la loi de 2007 fait par le ministère. L'enfant est au centre des différents axes d'améliorations proposés par la loi du 14 mars 2016. Cette loi relative à la protection de l'enfant donne un repère significatif en ayant introduit les « besoins fondamentaux ». La satisfaction de ces besoins pourra rendre possible le « développement » de l'enfant (terme introduit par la loi du 5 mars 2007). Cette loi a abouti à la réalisation, par le Dr Martin-Blachais, du rapport de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance.(17)

Elle énonce la mise en place d'un médecin référent « protection de l'enfance » au sein d'un service du Département. Ce médecin référent départemental aura pour objectif de faciliter les articulations et les échanges entre professionnels de santé et services du Département (via la CRIP notamment). Pour notre département de Seine-Maritime, le poste de médecin référent départemental vient d'être pourvu en 2020.

La CRIP doit également réaliser un bilan annuel, rendu public, des formations continues délivrées dans le département et élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance.

La loi du 14 mars 2016 a affirmé le rôle clé du projet pour l'enfant (PPE) dans le but d'un suivi de qualité et d'un accompagnement optimal. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance. (40)

I.3.2.5. La loi du 10 juillet 2019

La loi n°2019-721 du 10 juillet 2019, appelée aussi « loi anti-fessée », relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires précise que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ».

I.3.3. Les organismes intervenant dans la protection de l'enfance

I.3.3.1. Intervenants judiciaires

Au niveau judiciaire, le procureur de la République, le juge des enfants, la brigade de protection des mineurs (BPM), les commissariats de police ou les brigades de gendarmerie, et les unités d'accueil médico-judiciaires (UMJ) peuvent intervenir en protection de l'enfance.

Le procureur a une double « casquette » : il étudie la caractérisation pénale et au niveau civil il oriente vers une mesure de protection (assistance éducative).

Le procureur est le destinataire d'un signalement d'un mineur en danger. Quand il reçoit un signalement, le procureur peut prendre 3 décisions : classer car la notion de danger ne paraît pas établie, demander une enquête auprès de la brigade de protection des mineurs ou du commissariat local pour une investigation rapide, saisir le juge des enfants.

Le procureur est un magistrat du parquet ou ministère public qui a pour mission de défendre l'intérêt de la collectivité et de faire appliquer les lois. Il ne juge pas.

Les grands pourvoyeurs de signalements sont les services de police (notamment la brigade de protection des mineurs), l'ASE, les hôpitaux et l'Education nationale. (41)

Le parquet est joignable 24h/24h, les coordonnées du Procureur sont disponibles via les commissariats de police, les gendarmeries ou les CRIP.

Le juge des enfants peut être saisi par le procureur, par le mineur lui-même ou par des adultes chargés de le protéger. Il peut également « s'auto-saisir » à titre exceptionnel s'il a connaissance d'une situation de maltraitance infantile (article 375 du code civil). Le juge des enfants est, comme le procureur, un magistrat. Contrairement à celui-ci, il rencontre les détenteurs de l'autorité parentale pour juger et prendre les décisions les plus adaptées pour protéger l'enfant. Une fois les décisions prises, il doit en aviser le parquet qui aura toujours la possibilité de les contester. De même, il informe les services départementaux. Les décisions pourront être soit des mesures de suivi et d'aide à la famille, soit des mesures de placement.

Il est important de savoir que les familles peuvent accéder au dossier d'assistance éducative depuis le décret du 15 mars 2002.

La brigade de protection des mineurs intervient en prévention et protection de l'enfance. Le procureur peut demander une enquête auprès de la brigade de protection des mineurs ou du commissariat local pour une investigation rapide.

La BPM est composée de groupes d'enquêtes au niveau intrafamilial (incestes, excisions, maltraitements...) et de groupes opérationnels au niveau extrafamilial (agresseurs sexuels, prostitution...). Elle bénéficie également d'un groupe spécialisé dans la répression de la pédophilie et de la pédopornographie sur Internet. A l'instar du premier film français sur la maltraitance infantile, *Polisse* sorti en 2011, les policiers de la BPM luttent contre les sévices subis par des mineurs. Ce film montre le reportage photo d'une jeune photographe infiltrée au sein de l'unité chargée des affaires de mœurs et les difficultés rencontrées par les policiers face à ses drames.

I.3.3.2. Intervenants mixtes (judiciaires et médico-psycho-sociaux)

La circulaire DH/AF 1 n° 98-137 du 27 février 1998 a créé les Unités d'accueil Médico-Judiciaires (UMJ). Ces unités permettent de coordonner l'action de la santé (accompagnement médico-psycho-social) et celle de la justice dans le cadre d'une procédure pénale. Elles sont implantées au sein des services hospitaliers, l'évaluation médicale et l'audition des enfants sont donc dans un lieu unique. Certaines UMJ sont dotées de salles d'enregistrement audiovisuel. L'objectif est de faciliter l'expression de l'enfant. L'Officier de Police Judiciaire (OPJ) prend la déposition de l'enfant puis le Procureur de la république réquisitionne l'UMJ pédiatrique qui convoquera l'enfant, sur rendez-vous, pour la suite de la prise en charge.

Dans notre département de Seine-Maritime, l'UMJ pédiatrique du Havre a été créé à la suite d'une convention signée le 23 mars 2007. (42)

Le CASA est un dispositif médico-légal prenant en charge à la fois les enfants comme les adultes victimes d'agressions pour leur apporter une aide médicale et psychologique. Les consultations sont sur rendez-vous et effectuées par un médecin légiste. L'équipe est pluridisciplinaire et comporte une infirmière, une psychologue et une assistante sociale. Il existe au sein du CASA des associations d'aide aux victimes. Le centre d'accueil peut faciliter le parcours des mineurs victimes de violences et aider aux démarches judiciaires.

A Rouen, le CASA existe depuis décembre 2007 et se trouve au sein du Centre Hospitalier Universitaire. Il peut être mandaté par la justice via les réquisitions ou les victimes peuvent s'y présenter d'elles-mêmes.

La convention du 10 décembre 2007, convention partenariale entre le Parquet du tribunal judiciaire de Rouen et le centre hospitalier universitaire-hôpitaux de Rouen, a déterminé les missions du CASA. La principale est d'examiner les victimes de violences en vue de délivrance des certificats médicaux descriptifs destinés à la justice, lorsque les victimes entendent déposer plainte. Un dispositif a été mis en place pour régulariser, a posteriori, les réquisitions par le parquet.

I.3.3.3. Intervenants médico-psycho-sociaux

La CRIP appelée Cellule Enfance en Danger (CED) en Seine-Maritime, créée par la loi du 5 mars 2007, est l'acteur administratif central en prévention et en protection de l'enfance. En effet, elle centralise toutes les informations préoccupantes du département. Le département est le chef de file de la protection de l'enfance.

La CRIP a le devoir d'accuser réception d'une transmission d'information préoccupante mais n'a pas l'obligation d'informer les médecins généralistes de la suite de la procédure.

Elle doit uniquement informer le SNATED de la procédure donnée aux transmissions provenant de celui-ci. (43) Pour autant, le SNATED déclare un taux de retours départemental pour la Seine-Maritime à 44,6% (au 27 septembre 2019) pour un taux national moyen de retour à 53,8%. (5)

L'ASE est un service du département pour apporter une aide préventive et une protection à l'enfant et sa famille. Son objectif est de répondre aux besoins fondamentaux et spécifiques de l'enfant et de « veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur ».

Premièrement elle apporte son soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à sa famille.

Deuxièmement, elle veille à l'insertion sociale.

Troisièmement, elle est vigilante sur la possibilité de mutilations sexuelles sur un mineur.

Dernièrement, elle peut mener en urgence des actions de protection de l'enfance (Article L221-1). (44)

Les hôpitaux, les services de pédiatrie et d'urgences générales ou pédiatriques, la PMI, les médecins libéraux pédiatres et généralistes sont également des acteurs dans la prise en charge pluridisciplinaire de la maltraitance infantile.

Le Centre Hospitalier d'Elbeuf est doté d'une Equipe de Liaison Protection de l'Enfance (ELPE). C'est une équipe pluridisciplinaire comprenant pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, assistante sociale et secrétaire médicale. L'objectif est de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale des situations d'enfants en risque ou en danger. Les consultations sont sur rendez-vous. Après l'évaluation, leur rôle est d'informer, d'accompagner, de protéger si besoin et de proposer des relais vers des partenaires extérieurs en fonction du contexte et de l'environnement familial. Cette équipe travaille avec les partenaires des départements 76 et 27.

I.3.4. Les mesures de protection

I.3.4.1. Protection judiciaire

Quand le procureur reçoit un signalement, il peut prendre la décision de saisir le juge des enfants. Ce dernier aura la mission de définir les mesures de protection adaptées à chaque situation.

Le juge des enfants a plusieurs possibilités de mesures :

- **Réalisation d'investigations** : demande d'expertise ou Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE). Cette dernière recueille des éléments sur la personnalité du mineur et sur sa situation familiale et sociale. Elle a pour objectif de comprendre les enjeux socioéducatifs et de proposer au juge des préconisations.

- **Mesure en milieu ouvert**, c'est-à-dire qu'elle s'exerce au sein de la famille du mineur, par opposition au placement : l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

L'AEMO fait intervenir à domicile un travailleur social pour une durée variable (de 6 mois à 2 ans, possiblement renouvelable).

- **L'accueil de l'enfant, c'est à dire placement** : l'enfant est confié soit à un membre de sa famille ou tiers digne de confiance, soit à l'ASE.

Le juge des affaires familiales peut prendre des mesures relatives à l'autorité parentale (délégation, retrait, tutelle déferée à l'ASE).

I.3.4.2. Protection administrative

Les services départementaux (ASE, PMI) ont plusieurs possibilités :

- Mener des **actions d'accompagnement** social et de soutien à la parentalité.

- **Mesures en milieu ouvert** : Action Educative à Domicile (AED), accompagnement par Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

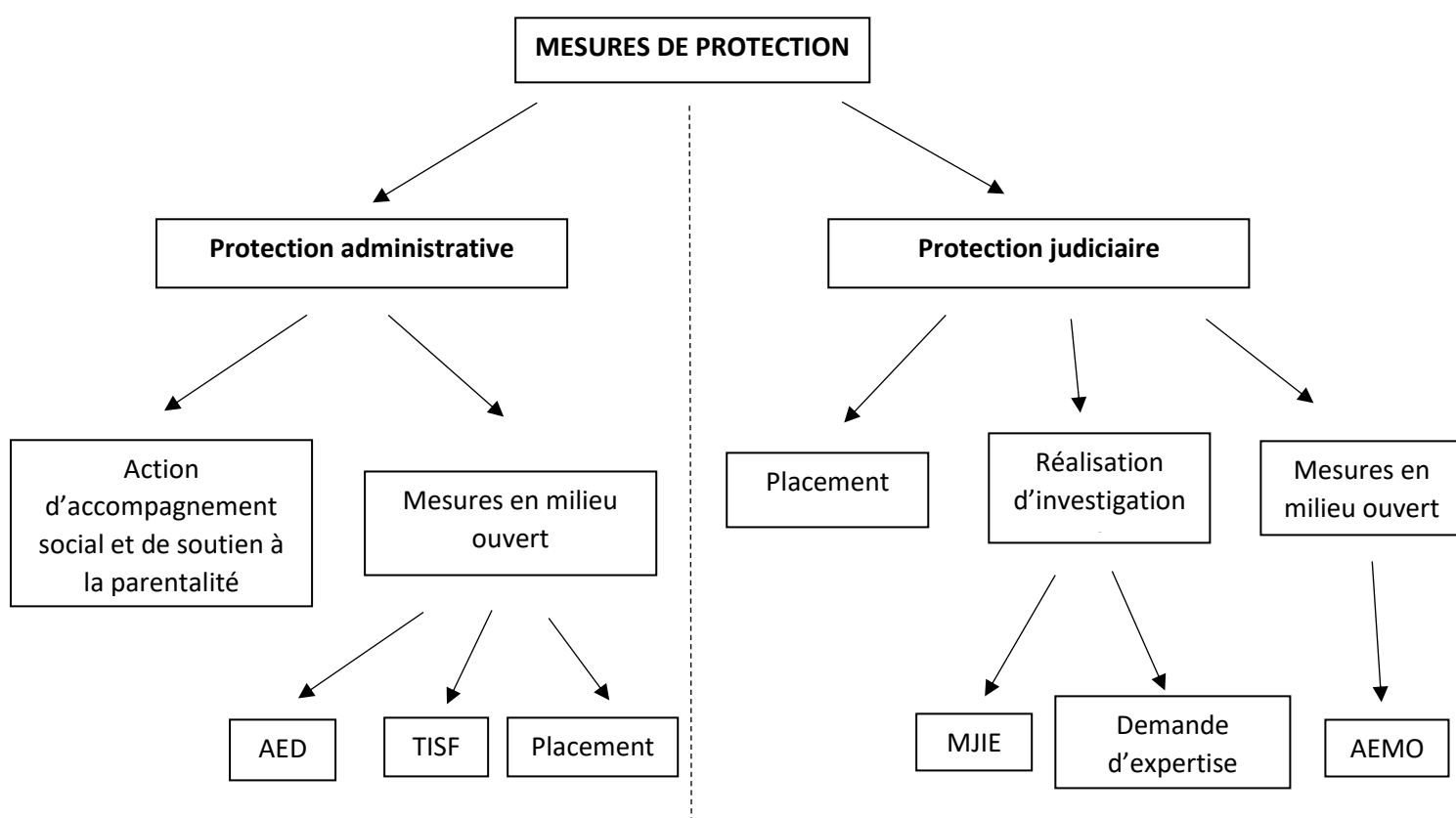
L'AED engendre l'intervention d'un service d'action éducative à domicile pour soutenir, au niveau éducatif, la famille (situations de carence éducative, de difficultés relationnelles, conditions de vie compromettant la santé de l'enfant).

Le TISF est un travailleur social qui intervient et accompagne, dans leur quotidien, les familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales. Une Aide à Vocation Sociale (AVS) pour les actes de la vie quotidienne peut également être mise en place.

Ces aides sont prises en charge par l'ASE.

- **Accueil de l'enfant** que ce soit provisoire ou non (pupille de l'Etat). (45)

Récapitulatif des mesures de protection :



I.3.4.3. Données chiffrées

Le Schéma Départemental de l'Enfance et de la Famille 2016-2021 a pour objectif d'améliorer la régulation du dispositif départemental pour réduire les délais de mise en œuvre des mesures. (2)

Au niveau du SNATED en 2018, la première orientation proposée était les services judiciaires dans 41,72% des appels traités et orientés (service de police, brigade de protection de la famille, gendarmerie, procureur de la république, juge des enfants, juge des affaires familiales).

L'orientation vers les services départementaux (service social, PMI, ASE) était de 11,9% et celle vers des lieux d'écoute et de soins (CMP, CMPP, maison de l'adolescent, numéro vert harcèlement, etc.) de 10,8%. Le 119 a proposé pour 23,7% des appels traités et orientés de les rappeler pour compléments d'informations. (5)

Le 14ème rapport de l'ONPE rapporte une répartition stable depuis 2009 entre les mesures en milieu ouvert et les placements. Pour le suivi en milieu ouvert 70% sont une décision judiciaire et 90% pour les placements. Cela témoigne d'une tendance à la judiciarisation des mesures de protection. (6)

La protection de l'enfance en France dispose de mesures de protection, qu'elles soient administratives ou judiciaires, pour prendre en charge de manière appropriée les enfants en danger. La plasticité cérébrale permet à l'enfant de profiter des différentes mesures mises en place afin d'éviter des répercussions des mauvais traitements dans leur vie future. Il est donc essentiel que le repérage soit précoce pour une prise en charge optimale. Le nombre de mineurs suivi en protection de l'enfance est important (306 800 mineurs soit 21‰). Les médecins généralistes, souvent médecins de famille, ont accès aux enfants et à toute leur famille au cours de leurs consultations. Cette place privilégiée en fait des acteurs potentiellement majeurs en protection de l'enfance pour veiller au respect des besoins fondamentaux de l'enfant. Pour autant, ils ne sont pas grands pourvoyeurs de transmissions d'informations préoccupantes (taux départemental des professions libérales de Seine-Maritime de 0,53% pour un taux national de 5%).

L'objectif de notre étude était de déterminer comment les médecins généralistes de Seine-Maritime repèrent et prennent en charge les situations de maltraitance de l'enfant.

L'objectif secondaire était de proposer un outil d'aides pour faciliter la gestion de ces situations.

II.METHODE

II.1. CHOIX DE L'ETUDE QUALITATIVE ET SES OBJECTIFS

Les méthodes issues de la recherche qualitative apparaissaient les plus adaptées pour répondre à nos interrogations. En effet, les objectifs de notre étude étaient de comprendre « le sens que les médecins donnent à ce phénomène social de la maltraitance et les processus d'interactions, y compris l'interprétation de ces interactions ». (46) Ces interactions comprenaient la relation médecin traitant-patient et également médecin traitant avec ses confrères et les institutions.

Notre étude a permis un échange et une discussion autour de l'expérience de chaque médecin, lors de situations de maltraitance de l'enfant, sur le repérage, la stratégie de prise en charge et leurs difficultés ressenties. L'analyse des résultats n'a été possible qu'à travers une recherche qualitative inductive et itérative.

A la différence de la recherche basée sur des données probantes (« *evidence-based* ») qui n'a pas toujours donné de réponses adéquates puisqu'elle ne prend pas en compte l'apport du médecin et du patient, leurs besoins et leurs préférences.

II.2. METHODOLOGIE DE L'ANALYSE DE DONNEES DANS NOTRE RECHERCHE QUALITATIVE

La méthode ou analyse par théorisation ancrée (« *Grounded Theory Method* ») proposée par Pierre Paillé en 1994 (47) est une méthode d'analyse de données appartenant à la recherche qualitative. Il s'agit d'un processus d'élaboration conceptuelle et non d'un recueil théorique. Cette méthode a été choisie pour ne pas retarder le contact avec le terrain et valider la problématisation parallèlement à la collecte des données.

Ainsi, le point de départ de notre analyse a été les données issues des entretiens avec ensuite une approche dynamique qui a consisté à revenir continuellement aux données collectées. Autrement dit, au lieu de « forcer » des théories sur des données pour les interpréter, la recherche théorique a été ouverte à partir des suggestions issues du terrain.

Pour autant, la démarche n'a pas été a-théorique (48), les références théoriques ont été initialement laissées de côté pour permettre l'émergence de nouvelles approches sur la prise en charge de la maltraitance infantile.

En opposition à l'approche hypothético-déductive, la méthode par théorisation ancrée a également été retenue dans notre étude pour trouver les bonnes questions lors de la confection de notre guide d'entretien (document qui liste les thèmes et les questions à aborder lors des interviews).

Ce guide d'entretien a ensuite permis le recueil des données.

II.3. SELECTION DE L'ECHANTILLON ET REALISATION DES ENTRETIENS

L'échantillon a été constitué par connaissance (réseau acquis lors de stages et de remplacements) et contacté par mail et/ou sms. Sur 17 demandes, 17 ont répondu positivement. Cependant seuls 15 entretiens ont été réalisés devant une saturation des données atteinte.

La population étudiée comprenait 15 médecins généralistes de seine maritime âgés de 31 à 79 ans (moyenne d'âge : 41.5 ans), 5 hommes et 10 femmes exerçant dans des structures variées (MSP, cabinet de groupe ou individuel).

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Être installé
- Exercer dans le département de Seine-Maritime
- Être volontaire

Les critères d'exclusion étaient :

- Être médecin hors spécialité médecine générale
- Être médecin remplaçant

Il s'agissait d'entretiens individuels pour permettre une approche personnalisée et un cadre de confiance, à travers ce sujet épineux, qui n'auraient pas pu être respectés en focus groupe.

Ces entretiens individuels étaient semi-directifs, ils orientaient les témoignages autour de différents thèmes préalablement définis.

Ils ont été réalisés en janvier 2020 sur le lieu d'exercice des médecins généralistes à l'exclusion de 2 d'entre eux où le lieu a été choisi par leur soin. Leur durée variait entre 21min18s et 1h1min53s. Les médecins interviewés ne découvraient le sujet de notre étude qu'au fil de l'entretien, ce qui a permis d'obtenir des témoignages authentiques et éviter un biais de désirabilité. (49)

Le mode de recueil des données se faisait par enregistrement à l'aide d'un dictaphone et du téléphone de la chercheuse pour une double sécurisation. L'étude garantissait l'anonymat avec consentement oral de tous les participants pour l'enregistrement de leur voix et anonymisation immédiate après l'entretien du titre des enregistrements du médecin 1 au médecin 15 en suivant la chronologie des entretiens.

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure permettant d'adapter le guide d'entretien **(annexe 1)**. Celui-ci a été défini, pré-testé, corrigé et validé après une discussion pluridisciplinaire avec avis expert d'une pédiatre impliquée dans la prise en charge de la maltraitance infantile au niveau départemental, qui était la directrice de thèse.

Le guide d'entretien comprenait 7 grands thèmes :

- Présentation du médecin interviewé
- Repérage de signes évocateurs d'une souffrance voire d'une maltraitance de l'enfant
- Réaction du médecin interviewé face à une situation d'enfant en danger
- Stratégie de prise en charge (action et prévention)
- Difficultés rencontrées lors du repérage, des procédures administratives et dans la relation médecin traitant-enfants et parents
- Avis sur le dispositif de protection de l'enfance en place et propositions d'améliorations
- La décision médicale partagée dans le cadre des situations de maltraitance de l'enfant

Le guide d'entretien se présentait sous forme de questions ouvertes puis de questions de relance, utilisées en cas de réponses incomplètes.

Tableau des caractéristiques de la population étudiée :

Médecin	Durée de l'entretien	Age	Nombre d'années d'installation	Sexe		Type de structure
				H	F	
1	21 min 18s	35	6	X		Cabinet de groupe
2	36 min 46s	31	2	X		Cabinet individuel
3	1h 01 min 53s	39	6		X	Cabinet de groupe
4	28 min 16s	56	25	X		Maison de santé
5	35 min 04s	79	46	X		Maison de santé
6	21 min 19s	34	3		X	Maison de santé
7	25 min 20s	40	12		X	Maison de santé
8	32 min 56s	34	5		X	Maison de santé
9	37 min 29s	31	1	X		Cabinet individuel
10	30 min 27s	32	2		X	Cabinet de groupe
11	33 min 01s	37	6		X	Maison de santé
12	36 min 29s	41	12		X	Maison de santé
13	24 min 18s	39	8		X	Maison de santé
14	32 min 55s	41	7		X	Cabinet de groupe
15	24 min 26s	54	21		X	Maison de santé

II.4. EXTRACTION ET ANALYSE DES DONNEES

Les entretiens ont été intégralement retranscrits mot à mot avec anonymisation des lieux, des personnes citées par les médecins interviewés ou de tout élément pouvant révéler leurs identités. Le respect des droits, la dignité des médecins interviewés et l'absence de jugement ont été essentiels dans l'approche scientifique de notre étude qualitative.

Le mot à mot des entretiens s'intitule verbatim et ce sont ces verbatims qui ont ensuite été sélectionnés et analysés. Les verbatims ont fait ressortir de notre étude des idées par thèmes : c'est l'étape du codage des entretiens.

Le codage des entretiens, effectué a posteriori, a débuté par la sélection de verbatims pouvant répondre à notre question de recherche. Ensuite, les idées de ces verbatims ont été classées en sous-catégories (sous-thèmes) et en catégories (thèmes).

C'était un codage dit « sélectif » : il se resserrait autour des éléments répondant à la question de recherche (les catégories périphériques étaient écartées). (47)

Les premiers codages ont été analysés par deux chercheurs indépendants (la chercheuse effectuant ce travail et une chercheuse indépendante spécialisée en étude qualitative) pour déterminer le plan des résultats et les grands thèmes qui ont ensuite été affinés au fur et à mesure des codages.

Quatre grands thèmes ont pu être mis en évidence :

- Le repérage de la maltraitance
- Les difficultés à poser le diagnostic de maltraitance
- La stratégie de prise en charge
- Les obstacles au signalement

Chacun de ces grands thèmes comportait 5 à 8 sous thèmes. Ceci sera développé dans la partie III.RESULTATS.

Pour notre étude la saturation des données (c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle idée émerge des entretiens) a été atteinte après 15 entretiens. Aucun entretien effectué n'a été exclu.

II.5. PROCEDURES REGLEMENTAIRES

La loi Jardé relative aux recherches impliquant la personne humaine est entrée en application le 18 novembre 2016 (décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016). (40)

Cette loi a permis de définir 4 catégories de recherche et les démarches éthiques appliquées à chaque catégorie concernant les comités de protection des personnes (CPP).

Notre étude étant basée sur l'analyse des pratiques, elle appartient à la catégorie hors champ. Ainsi, aucun accord éthique n'a été nécessaire puisqu'aucune publication des résultats dans une revue n'était envisagée.

Chaque travail de thèse, excepté les revues de la littérature, doit également être enregistré auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Ce travail a donc été déclaré à la DPO de l'université (déléguee à la protection des données) pour l'enregistrement du travail de thèse auprès de la CNIL. (50)

III.RESULTATS

III.1. REPERAGE DE LA MALTRAITANCE

Une partie de notre question de recherche était de déterminer comment les médecins généralistes repèrent les situations de maltraitance de l'enfant.

Sur 15 médecins interviewés, 1 médecin n'avait jamais été confronté à des situations d'enfants en danger. « *Je n'ai pas eu affaire à un enfant en danger* » (Médecin 1).

Sur les 14 médecins ayant déjà été confrontés à ce phénomène, 6 médecins sont allés jusqu'à faire une information préoccupante. Un des 6 médecins a signalé auprès des instances administratives et judiciaires lors d'une situation d'agression sexuelle chez une enfant de 10 ans : « *J'ai appelé la brigade des mineurs (...) et puis le CASA. (...) J'ai envoyé à la CRIP et la lettre au procureur aussi je crois, oui. Au deux.* » (Médecin 15).

III.1.1. Signes d'alerte

Les signes physiques étaient évoqués par tous les médecins interviewés sauf pour 3 d'entre eux (médecins 3,10,13) :

- **Les hématomes** cités par 4 médecins : « *Des hématomes un peu partout et d'âges différents aussi je me souviens que c'était des teintes un peu bizarres* » (Médecin 4).
- **La dénutrition** citée par 2 médecins : « *Des cassures du poids (...) on y pense toujours parce que l'enfant est vraiment tout frêle* » (Médecin 1).
- **Les symptômes urinaires et digestifs** cités par 4 médecins : « *J'ai eu un doute une fois, sur une petite (...) elle faisait des vulvites à répétitions (...) et quand je regardais localement, en effet c'était bien inflammé* » (Médecin 6) ; « *Une petite fille de 4 ans qui a une constipation chronique* » « *Brûlures urinaires, prurit anal, voilà des choses qui, effectivement, posent question quand ça revient souvent* » (Médecin 8) ; « *Alors qu'elle était propre, des pipis au lit, des douleurs, elle se plaint beaucoup des douleurs à ce niveau-là comme ça régulièrement dans la journée sans explications* » (Médecin 9).

- **Les brûlures** citées par 3 médecins : « Chez une nourrice (...) la maman l'a récupéré le soir avec une brûlure enfin une marque sous la couche, ronde donc elle l'a emmené aussi au CHU et ils lui ont dit « c'est une brûlure de cigarette » » (Médecin 11) ; « C'était un bébé de 4 mois, qui a été retiré (...) elle avait une brûlure sur le pied » (Médecin 12).

- **Le retard des acquisitions** cité par 3 médecins : « Retard de langage quand même un retard global des acquisitions pour lesquelles on avait beau faire des suivis mais ils ne le faisaient pas correctement » (Médecin 7).

- **Les violences physiques en présence du médecin** citées par 1 médecin : « Lui, est arrivé « bourré » et il a fait une clef de bras au fils, c'est-à-dire qu'il parlait gentiment sauf qu'il l'a attrapé (...) c'est le souvenir que j'en ai, il l'a contraint quoi. Le petit n'osait rien dire, il regardait sa mère et il disait « maaaaan » et je me dis que ouais il fallait faire quelque chose » (Médecin 14).

Les signes d'alerte évoqués par la majorité des médecins interrogés étaient également des signes indirects de souffrance avec des troubles comportementaux des enfants témoignant d'un appel à l'aide :

- **L'échec scolaire et la relation enfants-parents** évoqué par 3 médecins : « Ce sont souvent des répercussions sur les notes, les problèmes des relations avec les parents aussi. Avec l'autorité en général on remarque que ce sont souvent des enfants qui, d'un coup, ne vont plus rien respecter (...) c'est un appel à l'aide » (Médecin 2).

- **L'apathie, la tristesse d'un enfant ou au contraire sa colère**, évoquées par 6 médecins : « Les enfants très... Enfin comment dire ? Apathiques tu vois ? Pas de tristesse, pas de joie, très renfermés » (Médecin 11).

« Je trouvais toujours un air triste, mais vraiment des yeux tristes. Peu causant, il avait dix ans et il ne parlait pas il répondait à peine aux questions que je lui posais, il ne me regardait pas trop dans les yeux » (Médecin 3).

« C'est un enfant qui est pas mal en souffrance, qui a du mal à gérer sa colère, à canaliser sa colère. Il est très impulsif et il dérape vite comme ça. Il a peur il l'exprime très bien pourtant il a 11/12 ans » (Médecin 9).

« Après ce sont des enfants un petit peu plus grands, complètement agités en général, qui n'obéissent pas, complètement agités voire ceux qui sont encore un peu plus grands qui ne parlent plus du tout, pour le coup les super calmes qui ne disent rien c'est un peu louche, mais alors c'est difficile ça » (Médecin 14).

- **Les problèmes de sommeil** évoqués par 2 médecins : « Elle s'était mise à hurler, elle ne voulait plus dormir et elle hurlait elle disait "peur, peur, peur" dès qu'elle devait faire la sieste. C'était ça les symptômes d'alerte » (Médecin 15).

Le comportement inadapté des parents envers l'enfant jouait un rôle important, pour les médecins interviewés, dans le repérage de la maltraitance infantile :

- **Un père inattentif lors de l'examen de sa fille** : « Le père est resté au bureau, là où j'étais moi parce que du coup l'interne examinait seul. Et il m'a posé plein de questions sur comment je faisais pour avoir des internes, quelle formation enfin des trucs qui n'avaient aucun rapport avec le bébé. Et je me suis dit : "tiens, c'est quand même curieux". (...) Le père qui ne pose aucune question sur son bébé et ce n'était pas un truc aigu, ce n'était pas juste une visite et encore que ce soit une visite simple, mensuelle, le papa il veut toujours savoir combien il pèse. Là c'était parce qu'il toussait beaucoup, ils étaient inquiets, il avait déjà eu deux antibiotiques pour une otite et puis là il revenait parce que cela ne passait pas » (Médecin 3).

- **Une mère ne réconfortant pas son enfant** : « Elle paraissait assez distante par rapport à son enfant, alors que le gamin était « cramé » » (Médecin 4).

- **Des parents insultant leur enfant** : « Des insultes « et vas-y connard monte sur la table » » (Médecin 11) ; « Un petit, il devait avoir 9 mois et la maman (...) dès qu'il bougeait c'était « t'es pas beau, t'es méchant, t'es pas beau, t'es vilain » » (Médecin 14).

- **Une enfant en trotteur à l'étage** : « Une petite puce de 2 ans et demi qui n'était pas scolarisée encore, qui était tombée du trotteur et dans les escaliers... Et là on se dit « qu'est-ce qu'elle faisait en trotteur dans les escaliers à l'étage ? » avec un trauma ORL et un trauma facial important » (Médecin 7).

- **Une famille d'accueil menaçante** : « J'ai eu un cas d'une famille d'accueil où un gamin s'était fait une énorme plaie au front que je ne voulais pas recoudre parce qu'elle était très importante donc j'ai dit au père de la famille d'accueil qu'il fallait aller au CHU (...) Il m'a dit « de toute façon si vous ne le suturez pas, je n'irai pas au CHU. » » (Médecin 11).

- **Un père dormant avec sa fille de 16 ans** : « Il a une fille qui vit avec sa mère à X. mais elle vient pour les vacances scolaires donc il la voit très ponctuellement. Et, en fait, je l'avais déjà vue 2 ou 3 fois, elle était plutôt souriante, agréable et un jour je vais à domicile et je ne sais plus et je lui dis "mais euh votre fille elle dort où quand elle vient ici ? " et il dit "bah elle dort avec moi", je dis "bah elle a 16 ans ce n'est pas normal" et il dit "oui oui mais quand ... c'est comme ça elle dort avec moi". Et donc je lui ai expliqué que quand même, elle était grande et qu'il fallait qu'elle ait son intimité.

Et comme il m'a dit "non", c'est quelqu'un de très rustre qui ne s'exprime pas beaucoup, et bah j'ai fait une note d'information préoccupante » (Médecin 14).

La multiplicité des consultations avec des motifs différents alertait 2 des 15 médecins interviewés *« Elle revient deux jours plus tard, elle me dit qu'elle a des douleurs dans la poitrine (...) une semaine plus tard c'était une remontée acide » (Médecin 2).*

12 des 15 médecins témoignent avoir été confrontés à des signes d'alerte orientant vers un auteur présumé dans le cadre d'allégations de parents ou d'enfants :

« Son fils disait qu'il dansait tout nu devant papy, il lui a fait des réflexions en disant que le zizi de papy n'avait pas de poil » (Médecin 6) ;

« Il a dit que, parfois, lorsqu'il s'énervait de trop, papa le mettait sous la douche d'eau froide et parfois lui donnait des claques, le tapait » (Médecin 7) ;

« C'est la mère qui m'a dit que son mari avait un comportement violent vis-à-vis d'elles, qu'elle se faisait battre et que les petites aussi » (Médecin 8) ;

« Elle ne voulait plus aller chez la nourrice et en interrogeant les parents j'ai compris que l'enfant en fait était la seule enfant des enfants gardés par la nourrice à dormir toute seule dans le garage alors que le mari bricolait toute l'après-midi dans le garage, alors que les autres enfants qu'elle gardait étaient à l'étage. Donc j'ai fait un signalement. Elle avait 2 ans. » ; « Elle avait laissé la petite dormir chez son frère aîné qui avait un copain de 25 ans et la petite dormait dans le lit du copain de 25 ans. Et la petite disant qu'elle a été abusée » (Médecin 15).

III.1.2. L'intuition des médecins généralistes

La moitié des médecins généralistes a confié avoir déjà eu des suspicions de situations d'enfants en danger sans avoir pu les constater ou les confirmer.

« C'est un danger plus supposé (...) sur le coup je me suis dit "il y a un truc qui ne va pas" » (Médecin 4).

« Je n'ai jamais repéré, j'ai eu des impressions. (...) Je n'ai jamais pu le démontrer. J'avais cette impression ... c'était surtout une hygiène, une hygiène qui était mauvaise » (Médecin 5).

« Moi je pense qu'il y a quelque chose. Il y a un retard, après il n'y a pas forcément une maltraitance mais je pense qu'il y a, je ne sais pas s'il y a eu des violences pour le gamin avant. Je n'ai pas de signe, il ne se plaint de rien mais c'est vrai que c'est toujours étrange ces histoires-là » (Médecin 9).

Devant des suspicions de situations d'enfants en danger, la connaissance méticuleuse des familles peut à la fois faciliter et compliquer le repérage. Celle-ci a été abordée, par 11 médecins, comme un des aspects fondamentaux en tant que médecin traitant dans les suspicions de maltraitance de l'enfant pour un meilleur repérage et faciliter l'examen clinique : « *C'est le fait de bien connaître les patients en tant que médecin traitant justement qui nous oriente. Après parfois on tombe de haut. (...) On peut plus facilement le déshabiller aussi* » (Médecin 2).

III.1.3. Les facteurs de risque de maltraitance de l'enfant

Les facteurs environnementaux, familiaux et sociaux, font partie du repérage des situations d'enfants en danger tout comme notamment le fait d'avoir été exposé à de la maltraitance dans l'enfance.

Tout d'abord, certains médecins interviewés ont observé que la maltraitance infantile est souvent intrafamiliale : « *Ce sont souvent les parents* » (Médecin 2) ; « *Il y en a une autre c'était par le grand-père* » (Médecin 9) ; « *Une gamine de 14 ans qui m'a été amenée (...) pour attouchements par son beau-frère* » (Médecin 12).

Ensuite l'environnement familial et social est un point clé dans le repérage des situations d'enfants en danger : « *Il faut interroger les parents (...) si jamais on voit que le discours est un peu bancal, avec le contexte social qui peut, peut-être, un peu y prêter* » (Médecin 1).

- **L'éthylisme chronique des parents** : « *Le papa alcoolique, la maman qui vit la nuit, dort le jour* » (Médecin 2).

- **Les violences conjugales** : « *Des parents qui semblaient tout le temps en colère l'un contre l'autre et il y avait un petit bébé au milieu* » (Médecin 3) ; « *Les violences physiques, verbales, dans le couple avec l'enfant au milieu qui était témoin, qui était parfois pris à partie* » (Médecin 8).

- **Les familles recomposées** : « *Un cas d'attouchements sexuels. (...) Elle avait 13 ans. (...) Une fratrie de 5 ou 6 enfants issus d'au moins 3 lits différents* » (Médecin 10).

- **Des parents présentant certaines pathologies chroniques** : « *Une maman épileptique, qui ne prenait pas régulièrement son traitement et qui avait son bébé en bas âge et on savait que, des fois, elle le laissait tout seul à la maison* » (Médecin 7).

- **Des antécédents de maltraitance infantile intrafamiliale suspectée ou avérée** : « *Du côté du papa un placement déjà quand même pour maltraitance. C'est une fratrie de 5 enfants où les grossesses d'ailleurs se sont enchaînées, il y a donc très peu d'écart entre les enfants* » (Médecin 7).

L'histoire personnelle de certaines familles peut participer à un dysfonctionnement dans la relation parents-enfants. En effet, 2 médecins ont été face à des situations d'antécédents personnels de maltraitance dans l'enfance des parents : « *A priori la mère probablement a été victime d'attouchements aussi par son père* » (Médecin 9) ; « *Je ne sais pas si c'est intéressant mais le père a un passé, lui, de maltraitance et il a été mis en foyer et maltraité au foyer et je crois qu'il a été violé au foyer* » (Médecin 11).

Certains médecins interviewés ont pu constater que plusieurs parents ou enfants banalisaient la maltraitance infantile, ce qui pourrait poser, par la suite, des difficultés dans son repérage : « *La maman, c'était un peu : "oui mais bon les parents du garçon (parce qu'il y avait quand même eu contact avec les parents du garçon) disent que ce sont des trucs d'ados. Voilà ça peut arriver." Donc elle normalisait un petit peu ce qui s'était passé* » (Médecin 10) ; « *C'est le garçon qui m'a raconté que son père le frappait. Il disait que c'était normal en fait, qu'il le méritait... "bah oui c'est normal je ne fais que des conneries donc je m'en prends une"* » (Médecin 12).

Enfin, 2/3 des médecins participant à notre étude ont déjà été confrontés à des allégations d'un parent dans le cadre de parents séparés avec pour la plupart des cas une **demande de certificat** : « *J'en ai eu plein des situations où le lundi ou le mardi on vient parce qu'il a des boutons, parce que quand il va chez son père il a des boutons. (...) Par contre, je n'ai jamais eu de cas de violences. (...) J'ai souvent eu le cas des mères qui venaient en me disant "bah voilà ce que je constate tous les week-ends il est essoufflé, il fait une crise d'asthme chez son père" voilà. Mais jamais rien de, je n'ai jamais eu "je pense que son père l'a tapé" ou attouchements* » (Médecin 11).

Pour l'un d'entre eux, il répondait favorablement à la demande de certificat : « *C'est la mère qui est venue avec l'ado directement pour vraiment avoir un mot par rapport à ce problème de violences psychologiques. (...) Ca m'a permis (...) de lui demander sa version des faits par rapport aux vacances (qui n'était pas du tout la même par le père ou la mère). Je suis resté vague sur le courrier, j'ai marqué que je l'avais consulté aujourd'hui et que j'avais vu des signes d'anxiété* » (Médecin 9).

Les familles recomposées ou monoparentales sont un facteur de risque compliqué par le biais des allégations. Dans ces situations, les allégations sont généralement très difficiles à traiter. Cette difficulté sera évoquée dans la partie ci-dessous. « *Les faits sont tellement en rapport avec des conflits qu'il faut faire la part des choses* » (Médecin 5).

III.2. DIFFICULTES A POSER LE DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE

La première particularité rencontrée au cours des entretiens met en évidence le fait que les types de souffrances vécues en cabinet n'évoquent pas facilement des situations de maltraitance : « *Un enfant qui avait une grosse constipation, une encoprésie mais depuis très longtemps* » (Médecin 6).

Un seul médecin (Médecin 15) n'a évoqué aucune difficulté à poser le diagnostic d'enfant en danger lors de notre entretien, pour cette partie, notre étude s'est donc tournée vers les autres médecins interviewés.

III.2.1. Complexité diagnostique

La plupart des médecins interviewés a mentionné l'absence de signe direct. Ces derniers pourraient rendre le diagnostic de maltraitance de l'enfant moins difficile. « *A priori il y a de la violence de la part de la mère, que je n'ai jamais vu, il n'a jamais présenté de bleu* » (Médecin 8) ; « *Au niveau physique je n'ai jamais vu de marques et je cherche évidemment mais je n'ai jamais vu de stigmates physiques* » (Médecin 14).

Les médecins interrogés ont évoqué la théorie de l'attachement. En plus de banaliser la maltraitance, l'enfant maltraité protège ses parents, inévitablement, par amour et par peur de l'abandon : « *Un enfant qui se fait battre toute sa vie je pense qu'il n'aurait pas envie d'être sans ses parents* » (Médecin 2) ; « *Je pense qu'un enfant n'est pas objectif dans ce cas-là, parce que même si un parent nous bat ou nous maltraite je pense que bah un enfant il aime ses parents et qu'il veut rester avec ses parents* » (Médecin 11).

Une autre difficulté rencontrée a été la gestion des allégations : « *Et c'est là où c'est difficile en une consultation, même si on commence à bien connaître les enfants, la famille mais surtout que je ne connais pas le papa et que j'ai que les retours d'une maman qui s'est fait aussi agresser verbalement, physiquement par cet homme* » (Médecin 13).

Un médecin a même été confronté à un **appel de la PMI devant une information préoccupante faite à la suite d'allégations**. Celles-ci provenaient de la mère qui stipulait des violences physiques envers elle et ses filles de la part de son mari et père des enfants : « *Quand j'ai fait le signalement j'ai même reçu un coup de fil de la PMI qui suivait aussi les enfants régulièrement qui était très étonnée de mon courrier, qui ne comprenait pas pourquoi la mère avait dit ça, qui n'avait vu aucun signe non plus, qu'à l'école ça se passait bien* » (Médecin 8).

2 médecins généralistes de notre étude ont évoqué la gestion difficile des allégations de parents séparés qui **évoquaient une situation possible de maltraitance de l'enfant** : « *Je me suis retrouvée dans une situation où je suivais le papa, la maman, (...) ils ont une fille ensemble. (...) Et un jour la mère arrive en me disant : "je vais prendre un nouveau médecin traitant parce que vous êtes le médecin traitant de mon mari et je veux qu'on se sépare, il est alcoolique, il me parle mal, je trouve qu'il ne s'occupe pas bien de notre fille "* » (Médecin 3) ; « *J'ai été confronté à des allégations de parents séparés mais je n'ai jamais pu le prouver. "Il l'enferme dans la chambre". Les faits sont tellement en rapport à des conflits qu'il faut faire la part des choses* » (Médecin 5).

III.2.2. Les difficultés du rôle de médecin généraliste

Le médecin généraliste dans son rôle de médecin de famille peut être face à des difficultés dans le cadre de la maltraitance de l'enfant. En effet, **le conflit de loyauté** dans certaines de ces situations peut mettre en difficulté le médecin généraliste. « *Le plus dur c'est garder, un petit peu, d'une part la relation neutre, de ne pas être trop influencé que ce soit d'un côté ou de l'autre* » (Médecin 9).

Certains parents maltraitants ont rendu le repérage par les médecins généralistes très ardu en consultant plusieurs médecins. Ce nomadisme médical engendre donc une rupture de suivi et un frein au diagnostic : « *C'est une famille compliquée à suivre qui a tendance à aller voir deux ou trois médecins du cabinet* » (Médecin 12).

Cela est resté exceptionnel mais une famille est allée jusqu'à fuir la situation après signalement : « *Entre-temps dès qu'il y a un signalement, le père change de médecin* » (Médecin 11).

Une des difficultés pouvant faire face aux médecins généralistes eux-mêmes sont les idées reçues ou a priori que peut avoir le soignant.

Un médecin a évoqué la représentation de la place de chacun au sein d'une famille : « *Peut-être aussi que ça me choque plus un homme qui dort avec sa fille qu'une mère avec son fils* » (Médecin 3). Un deuxième médecin a confié sa difficulté face à un grand-père faisant des bisous sur la bouche de son petit-fils : « *Il avait 3-4 ans peut-être 5 ans. Le petit était souvent en train de chouiner quand je l'examinais et quand il avait besoin d'être rassuré, son grand-père lui faisait des bisous sur la bouche. Alors après il y a des familles où ça se fait (...) ça me choque particulièrement* » (Médecin 14). Cela ne faisait pas partie de ses principes de vie.

III.2.3. Eliminer un diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit être recherché dans chaque situation : « *Et en fait c'est un lichen. Donc je me suis trompée mais oui je me suis posé la question. Mais elle n'était pas en souffrance. (...) Je ne savais pas qu'on pouvait faire un lichen vulvaire à 5 ans* » (Médecin 6).

D'ailleurs, cela doit également s'appliquer en urgence si les signes d'alerte sont très évocateurs de situations d'enfants en danger : « *Il avait des hématomes mais c'était difficile de dire si c'était dans le cadre euh parce qu'il avait des hématomes, des douleurs articulaires donc il y avait peut-être aussi une histoire de purpura ou de choses comme ça mais en tout cas je me souviens avoir appelé en disant que j'aimerais bien qu'ils aient une attention particulière* » (Médecin 12).

Il est essentiel d'éliminer les diagnostics différentiels au prix d'un **délai diagnostique éventuel** : « *Pour cette petite fille qui a eu des attouchements, je me dis constipation chronique c'est con quoi, on aurait peut-être dû aller plus loin, pourtant elle a vu les psychologues, elle n'avait jamais rien verbalisé jusqu'alors* » (Médecin 8).

Un des médecins a confié réaliser en premier lieu des examens complémentaires et semblait vouloir occulter une possible situation de maltraitance de l'enfant : « *On se masque un peu derrière les examens prescrits en fait en disant on va éliminer d'abord quelque chose de somatique* » (Médecin 13).

III.3. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

Selon l'expérience de chaque médecin interviewé, notre étude a mis en évidence plusieurs stratégies possibles. La volonté commune a systématiquement été la protection de l'enfant qui reste le sujet déterminant des différentes méthodes de prise en charge.

III.3.1. La place centrale de l'enfant

L'enfant victime de maltraitance est décrit comme un enfant pouvant être renfermé ou prostré, « *le nez enfoui dans son manteau* » (Médecin 10).

Notre étude a révélé l'importance de s'adapter au langage de chaque enfant pour se mettre « *à leur niveau* » (Médecin 2), « *à leur hauteur quels que soient leurs âges* » (Médecin 3). Cette adaptation a permis « *d'essayer de savoir comment cela pouvait se passer à la maison* » (Médecin 7) et rassurer l'enfant de manière personnalisée.

La mise en confiance et la réassurance de l'enfant ont été une stratégie chez certains médecins interrogés pour pouvoir approfondir ensuite tout signe d'alerte : « *L'enfant faut qu'il ait confiance, faut qu'il s'ouvre* » (Médecin 2). Un médecin a également évoqué, dans le cadre d'une agression sexuelle, le fait de rassurer l'enfant pour éviter toute culpabilité ultérieure : « *Elle était dans l'idée que c'était elle qui avait fait quelque chose de mal comme on peut le voir d'habitude, qu'elle était coupable, qu'elle était salie* » (Médecin 10).

La peur de se tromper (qui sera évoquée dans une partie sous-jacente) a permis d'expliquer le choix, chez la moitié des médecins, d'observer une situation suspecte de maltraitance infantile et de temporiser en cas de doute diagnostique : « *Evidemment, je ne dis pas qu'une fois je n'ai pas vu un petit bleu et je ne me suis pas dit : "tiens". Et puis en fait, vu que j'ai vraiment examiné, je voyais l'enfant régulièrement et voilà j'ai surveillé un peu plus et puis c'est tout. Et finalement il n'y avait rien* » (Médecin 3).

Tout en suivant chacune de ces situations, les médecins ont exprimé la volonté de se rendre disponible pour l'enfant et sa famille : « *J'essaie de rester le plus possible disponible. Je les mets vraiment sur des listes à part au secrétariat s'ils veulent me recontacter ils peuvent rapidement* » (Médecin 2).

L'enfant, au centre des situations de maltraitance infantile, a divisé les médecins de notre étude sur le fait de le voir seul ou non.

4 médecins ont confié préférer s'entretenir avec l'enfant seul, après accord de celui-ci, pour recueillir le plus d'informations possibles : « *J'ai demandé à la jeune fille si elle était d'accord pour qu'on se voit un moment. Il y avait davantage de choses qui ont été dites à ce moment-là* » (Médecin 10).

6 autres médecins ont rapporté voir l'enfant accompagné pour éviter tout risque de procédure judiciaire. Ils confiaient ne pas avoir de raisons valables pour les voir seuls : « *Je ne préfère pas non plus les voir seuls parce qu'on m'avait déjà fait la remarque que ça pouvait aussi se retourner contre moi de voir un enfant mineur seul* » (Médecin 8).

« *Honnêtement non, d'abord il faut trouver la raison pour laquelle on met le parent dehors. Et deuxièmement, c'est quand même l'âge où on répète tout aux parents* » (Médecin 14).

Un médecin a évoqué ne pas voir un enfant seul pour ne pas être suspecté par la famille : « *Je ne suis pas sûr qu'elle aurait compris que je le vois tout seul. Et puis je ne voulais pas non plus l'alerter* » (Médecin 4).

III.3.2. Le rôle du médecin traitant

Deux médecins de notre étude ont confié vouloir lever tout doute et ne pas regretter même en cas d'absence de maltraitance avérée par la suite. Le sentiment de ne pas avoir délaissé un enfant en danger était essentiel chez ces deux médecins : « *On s'est dit "vaut mieux la faire peut-être que finalement il n'y aura rien (...) plutôt que de rester avec ça." (...) Il faut absolument qu'à la fin de la journée, moi je rentre à la maison et j'ai l'impression d'avoir fait le mieux que je pouvais pour tous les patients que j'aie vus* » (Médecin 3) ; « *Une fois que c'est envoyé, qu'il y a quand même une enquête de faite, ok t'es rassuré. Au moins tu te dis "voilà tu as fait ton boulot, tu n'es pas passé à côté de quelque chose"* » (Médecin 4).

Certains médecins généralistes interviewés évoquent, dans leur rôle de médecin traitant, l'importance de déléguer et de demander de l'aide en cas de méconnaissance. L'objectif était d'obtenir une prise en charge optimale : « *Soit il y a des problèmes d'hygiène génitale voire pire. Je lui ai dit que non ce n'était peut-être pas moi qu'il fallait voir, je l'ai plutôt orienté vers euuhhh vers les urgences du CHU pour qu'elle puisse rencontrer les bonnes personnes, ce n'est pas moi qui vais faire le prélèvement génital quoi (gêne)* » (Médecin 2) ; « *Et ne sachant pas comment gérer, je me souviens que j'ai un peu raconté des histoires à la maman en disant que c'était grave et qu'il fallait aller aux urgences pédiatriques, maintenant* » (Médecin 4).

Pour les médecins généralistes de notre étude, la connaissance des familles permet d'accomplir le devoir de protection de l'enfant plus facilement : « *Avoir envie de les protéger. (...) Clairement je n'ai pas eu trop d'états d'âme dans le sens où je me suis dit que clairement ils n'étaient pas en sécurité chez leurs parents et qu'ils étaient mieux malheureusement placés et donc foyer, famille d'accueil...* » (Médecin 7) ;

« Je me suis dit "celle-là je vais la saisir et puis on va aller jusqu'au bout" parce qu'il faut vraiment les protéger. Parce que ce n'était pas le seul, là en l'occurrence c'est lui mais il y en a d'autres dans la fratrie » (Médecin 10).

Le rôle important de prévention, en plus de celui de protection, a été abordé par deux médecins : « On parle beaucoup des consentements, de la sexualité, de la violence, des mises en danger d'eux-mêmes » (Médecin 3) ; « C'était plus en préventif en fait. (...) Maintenant il y a un lit superposé, je n'en demandais pas plus » (Médecin 14).

3 médecins ont souligné le fait d'être identifiés comme personnes ressources lors de demandes d'aide par les familles, ce qui a permis de les orienter : « Je lui ai dit qu'il fallait que je fasse un signalement et elle m'en a parlé pour que je le fasse parce qu'elle n'arrivait pas, enfin elle ne voyait pas, ce qu'elle pouvait faire et elle avait peur de son mari » (Médecin 8) ; « La mère ne savait pas ce qu'elle devait faire pour aider sa fille (...) pour moi c'était, avant tout, éventuellement de contacter la justice pour, enfin la police, pour que les faits soient signalés » (Médecin 10).

La difficulté de maintenir une relation médecin traitant-patient était évoquée dans notre étude mais ils s'accordaient, majoritairement, à dire qu'il n'existait pas de peur de rupture de lien avec la famille, toujours dans un souci de protection de l'enfant : « Ça ne me gêne pas du tout. Je sais qu'après avoir lu beaucoup de choses là-dessus on sait que les gens ils auront besoin de faire le deuil de quelque chose et donc soit de rompre la relation avec le médecin traitant, soit euhh mais comme c'est une urgence vitale enfin une urgence de soins ça ne me pose aucun problème » (Médecin 15).

Concernant la relation médecin traitant-patient, 2 stratégies de communication avec les familles ont pu être mises en évidence dans notre étude, ce qui sera développé dans la partie ci-après.

III.3.3. La transparence (ou non) et la levée du secret médical

La transparence envers les familles a été l'une des stratégies choisies par 8 médecins interviewés.

Premièrement pour **rappeler les droits et les devoirs** aux familles. L'exemple d'une consultation où « le papa venait consulter parce qu'il fallait quelque chose pour le calmer, le petit (ndlr enfant de 7 ans), (...) il a évoqué le fait de le mettre sous la douche froide, de lui mettre des claques. (...) »

Je lui ai reverbalisé le fait qu'on n'avait pas le droit d'avoir ce genre de comportement (...) et je lui ai signifié dès ça qu'il allait falloir que je rédige un écrit » (Médecin 12).

Deuxièmement, parce que la relation médecin traitant-patient est basée sur la **confiance**. Prévenir, expliquer et vérifier les dires étaient primordial pour ces médecins : « *Ah oui toujours. Si elle était d'accord que j'écrivais ça comme ça et que je lui explique les mots et pourquoi j'ai écrit comme ça oui. (...) Je lirais le certificat de la même façon* (ndrl si adulte maltraitant en face) *puisque dans le certificat je ne peux pas dire que c'est le parent qui est maltraitant »* (Médecin 15).

Avec cependant une exclusion à cette stratégie s'il existait une suspicion de danger imminent pour l'enfant : « *Sauf si je pouvais soupçonner que le fait que les parents sachent tout, s'il y a un danger immédiat pour l'enfant de recrudescence des violences ou autres »* (Médecin 10).

6 autres médecins ont fait le choix de dissimuler le repérage d'une possible maltraitance et leur action de signaler.

4 des 6 médecins ont évoqué la stratégie de leurrer les familles, « *faire croire que c'est pour autre chose et finalement le faire »* (Médecin 1) pour **protéger l'enfant et préserver la confiance des parents** : « *Faut peut-être tricher et mettre des termes : "j'ai peur qu'il y ait une fissure de la jambe au niveau du bleu" par exemple. Je ne le pense pas mais on le met pour sauver l'enfant. (...) Faire en sorte que les parents nous fassent confiance pour l'éloigner et le mettre aux urgences »* (Médecin 5).

Un médecin s'était également posé la question de savoir s'il y avait une nécessité de lire le certificat : « *Je ne sais pas si au niveau légal on est obligé de le faire. (...) Je me dis que si tu le signales ils vont perdre la confiance et peut-être la rupture de soins et que du coup ça peut être des familles qu'on perd de vue parce qu'ils prennent peur »* (Médecin 11).

Un des 6 médecins a confié l'importance de la relation de confiance avec la famille. Pour autant, il n'était pas transparent par **peur de représailles** envers l'enfant et lui-même : « *Peur qu'il y ait quelque chose contre moi ou contre l'enfant, en termes de représailles, on cache des choses. (...) Je n'aime pas trop la violence physique et je pense que ça, ça pourrait me faire peur. (...) Je pense que j'aurais peur d'être transparente ou alors j'attendrais que l'enfant ne soit pas là ou par téléphone (rires) »* (Médecin 3).

Le dernier des 6 médecins n'avait pas pensé à lire l'information préoccupante à la famille car celle-ci était déjà suivie par les services sociaux : « *Il y avait déjà une mesure éducative en cours donc il savait que ça pouvait faire partie des suites »* (Médecin 7).

Concernant le secret médical, 14 médecins de notre étude s'accordaient sur le fait qu'il était primordial de le lever sans difficulté. Selon eux, il était même nécessaire de le partager avec les différents organismes intervenant dans les situations de maltraitance de l'enfant.

D'une part, devant **la gravité de ce sujet** : « *Les faits sont trop graves pour que l'on pense à ça. Bien sûr, on ne va pas aller raconter ce qui s'est passé à un autre membre de la famille mais d'appeler directement un CMPP, d'appeler directement un psychiatre, d'appeler directement l'assistante sociale. (...) Tu peux en parler au procureur, aux urgences, au psychiatre voilà il n'y a pas de ... je ne pense pas que le secret professionnel change grand-chose* » (Médecin 2).

D'autre part, parce que **c'est la loi** : « *Le secret médical il dit clairement que s'il y a une mise en danger de l'enfant on peut lever le secret médical* » (Médecin 3) ; « *C'est la loi donc non (ndlr pas de frein pour le lever) pas chez les enfants* » (Médecin 6).

Un de ces 14 médecins a cependant évoqué des textes de loi imprécis qui pouvait le faire douter sans être un réel obstacle : « *C'est toujours un peu la part d'ombre. (...) On nous dit que ce n'est pas une rupture du secret mais dans les textes, ce n'est pas très clair. (...) Je pense qu'il faut aller outre, mais obligatoirement que je l'aurais en arrière-pensée quand même. Mais ce ne serait pas un frein* » (Médecin 10).

Le quinzième médecin doutait d'une possible dérogation du secret médical dans les situations d'enfants en danger et aurait demandé conseil auprès de l'ordre des médecins avant de le lever : « *Si jamais derrière on me donne le feu vert et que j'ai vraiment des doutes je pense que oui* » (Médecin 1).

Une fois le secret médical levé, la stratégie pour alerter a pu être élaborée de différentes manières en fonction des médecins de notre étude.

III.3.4. L'organisation d'un écrit autour des différents acteurs participant à la prise en charge de la maltraitance infantile

Tout d'abord, une des stratégies chez 10 médecins interviewés dans notre étude était de connaître certains organismes intervenants dans les situations d'enfants en danger. Cela permettait une simplicité dans la procédure de protection.

6 des 10 médecins avaient identifié la **PMI** (Protection Maternelle et Infantile) comme intervenant principal et se tournaient vers elle pour les procédures administratives : « *Appeler le médecin de PMI de secteur, parce qu'ils sont au cœur du système* » (Médecin 10).

D'autant plus si la famille était déjà suivie par la PMI : « *J'ai rappelé la PMI mais en fait ils étaient connus et ils avaient même le juge des enfants qui était déjà sur leur dos* » (Médecin 14).

3 médecins ont aussi évoqué les instances judiciaires comme **le procureur et le greffier** : « *J'appelle le tribunal et je demande : "Qui est le procureur de garde ? "* » (Médecin 5) ; « *J'avais eu le greffier il y avait une ordonnance de placement provisoire le lendemain de mon appel* » (Médecin 7) lors d'une situation d'une maman épileptique avec une mauvaise observance thérapeutique et qui laissait seul son enfant en bas âge au domicile.

Le CASA (Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions) a été cité par 3 médecins lors de situations d'abus sexuels supérieurs à 72 heures : « *J'ai fait un courrier quand même pour les adresser au CASA en mettant ce que j'avais pu avoir comme connaissance des faits* » (Médecin 10) ; « *Je l'ai examiné, j'ai appelé le CASA* » (Médecin 15).

1 médecin a fait appel à la **brigade des mineurs** dans un contexte d'agression sexuelle chez une enfant de 10 ans par un ami de son frère âgé de 25 ans : « *J'ai appelé la brigade des mineurs (...) et heureusement il était 17 heures j'ai pu avoir du monde* » (Médecin 15).

Parmi ces 10 médecins, seuls 6 connaissaient **la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)**. Celle-ci avait été connue de différentes façons : pendant leurs études, en stage en PMI ou lors de réunion avec le CMPP. Ces médecins avaient eu le réflexe de noter les coordonnées de la CRIP dans leur annuaire personnel.

Concernant le 119, seul un médecin connaissait le numéro. A noter, cependant, que la question n'avait pas été posée aux 6 médecins connaissant déjà la CRIP.

Notre étude a révélé un élément important. La majorité des médecins, même s'ils n'avaient pas connaissance des organismes intervenants, demandait de l'aide pour optimiser la prise en charge dans les situations de maltraitance infantile.

Cette aide pouvait être demandée soit par le biais de **réseaux** (Assistante sociale, CMP, pédopsychiatre, amis) : « *Moi je connais une assistante sociale donc je pourrais l'appeler (...) centre CMP (...) et le médecin pédopsychiatre qui était là-bas* » (Médecin 5) ;

« J'ai une copine qui est médecin en PMI et une copine qui est psychologue avec les autistes. Donc, dans ces moments-là, j'appelle au secours mes copines, je leur raconte mes histoires et elles me conseillent (Rires) » (Médecin 14), soit auprès d'autres **spécialistes**.

Par exemple une **gynécologue pédiatrique** dans le cadre de doute sur une enfant de 5 ans faisant des vulvites à répétition avec une inflammation locale importante ayant abouti finalement au diagnostic de lichen (Médecin 6).

En dernier recours, deux médecins interviewés évoquaient les **urgences pédiatriques** : « Et si vraiment j'arrive à avoir personne, j'oriente vers les urgences pédiatriques » (Médecin 10).

L'exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé présente l'avantage (selon les médecins interrogés) de pouvoir demander de l'aide à leurs **collègues** ayant déjà réalisé des signalements : « J'en ai parlé avec X. (deux collègues) c'est qu'en fait j'essayais de me tourner vers des gens qui l'avaient déjà fait » (Médecin 11). Il permet également un avis pluridisciplinaire : « L'avantage comme on est nombreux c'est vrai que certains nous disent : "et là, tu ferais quoi ? " » (Médecin 7).

Bénéficier d'un interlocuteur privilégié, comme par exemple le médecin traitant de l'enfant au sein du même cabinet a permis, à un médecin, un avis avant de faire l'information préoccupante. Celui-ci concernait une situation de maltraitance avérée, suite aux allégations d'une maman évoquant des violences physiques de son mari envers elle-même et ses filles : « J'ai demandé à mon collègue qui suit les enfants s'il avait vu des choses donc non il voyait les enfants qui étaient toujours amenés par leur père, ça se passait bien, ils étaient suivis correctement donc voilà il n'avait pas vu de signes particuliers » (Médecin 8).

En effet, la moitié des médecins généralistes de notre étude évoquaient l'importance de la pluridisciplinarité dans les situations d'enfants en danger : « La réunion avec le CMPP où la cellule elle avait été évoquée en disant qu'il fallait les alerter si cela ne s'améliorait pas. Et c'est ce qu'on a fait » (Médecin 7).

Devant une situation de danger persistante ou une modification de celle-ci, 4 médecins interrogés ont été amenés à multiplier les informations préoccupantes.

Premièrement dans le cadre de situations de maltraitance d'enfants qui **persistaient malgré une première information préoccupante** : « *J'ai refait le signalement. Parce que le premier finalement il y avait eu une enquête et après plus rien et là a priori ça a donné quelque chose* » (Médecin 8) ; « *J'aurais fait un autre signalement sauf qu'entre-temps l'enquête a finalement avancé et que l'éducatrice nous a dit que voilà il y avait des jugements qui arrivaient, qu'il n'y avait pas besoin d'un autre signalement (...) les enfants allaient être placés* » (Médecin 11).

Deuxièmement, lors de **changements de situation familiale** avec persistance ou changement du type de maltraitance : « *J'ai fait un signalement une première fois qui a abouti du coup à une enquête sociale. Euh j'ai fait un signalement une deuxième fois deux ans après, parce que, ils étaient séparés entre-temps les parents et il y avait à priori des violences physiques cette fois-ci de la part de la mère* » (Médecin 8).

Dernièrement, il a pu être noté que 5 médecins de notre étude avaient connaissance de la différence entre une information préoccupante et un signalement. En effet, par abus de langage, le signalement englobe les 2 types de procédures pour la plupart des médecins généralistes : « *Je sais que tu peux signaler au procureur directement quand il y a l'enfant qui est en danger immédiat. (...) Mais c'est vrai que par abus de langage on dit tous signalement alors que c'est plutôt une information préoccupante* » (Médecin 6).

III.3.5. L'information de la suite donnée à une procédure

La majorité des médecins interviewés a évoqué l'intérêt d'être informés de la suite donnée à une procédure. Cela est nécessaire pour le suivi des fratries et la prévention secondaire : « *C'est dans le suivi du patient* » (Médecin 2) ; « *On a un rôle important à jouer en prévention secondaire sur l'impact que ça peut avoir ensuite sur leur santé mentale et physique (notamment sur les attouchements on voit qu'après il y a des cas de troubles du comportement alimentaire chez les jeunes filles, des détresses psychologiques)* » (Médecin 10) ; « *Je pense qu'on devrait être au courant de la suite ne serait-ce que pour la prise en charge, pour les autres enfants, savoir si tout le monde a été placé ou pas* » (Médecin 12).

Être informé permettrait également aux médecins généralistes de réaliser le rôle d'« accompagnement familial » (Médecin 10) pour apporter une aide aux parents : « *Je leur dis : "bah, montrez-leur s'il y a des assistantes sociales, s'il y a une enquête qui est faite, montrez que chez vous tout est prêt à accueillir votre enfant à nouveau.*

Mais on peut commencer par arrêter de fumer." (...) J'essaie de les encourager à prendre soin d'eux mieux » (Médecin 3) ; « Savoir pourquoi est-ce que les parents étaient en souffrance aussi » (Médecin 4).

Enfin, pour adapter leurs pratiques lors de situations ultérieures d'enfants en danger, 5 médecins ont mis en avant le souhait d'être informés après l'initiation d'une procédure pour « avoir une évolution positive de notre démarche » (Médecin 2) ; « C'est un engagement, un respect de notre profession où on est en lien sur le territoire avec tout et pour nous, nous améliorer tout le temps, il faut qu'on ait les retours pour savoir si finalement il y avait eu une manipulation parentale ou s'il n'y avait rien ou s'il y a une procédure... Enfin voilà pour s'inscrire dans une continuité, une logique (...) c'est le respect de notre profession, je dirais surtout pour qu'on continue nous aussi à être bons, clairvoyants et à ne pas penser que ça ne sert à rien » (Médecin 15).

Seuls 2 médecins ont confié ne pas voir d'obstacle, dans leur rôle de médecin traitant, à ne pas être informés : « Je pense que ça ne nous regarde pas et c'est le secret de l'instruction » (Médecin 13). Et un médecin s'est posé la question du devoir d'information par les services sociaux : « Est-ce qu'il y aurait obligation qu'il nous informe ? En effet, ça pose question » (Médecin 10).

III.3.6. La décision médicale partagée

La dernière interrogation lors des interviews était de savoir si les médecins généralistes pensaient qu'une décision médicale partagée était possible entre les enfants, victimes de maltraitance, et eux-mêmes.

L'HAS a défini la décision médicale partagée comme un échange d'informations (preuves scientifiques) et une délibération, en vue d'une prise de décision, entre le professionnel de santé et le patient. Un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude se sont tous accordés sur une possibilité de recueillir l'avis de l'enfant **en fonction de l'âge** : « Tout dépend de l'âge aussi. Après 15 ans bien sûr » (Médecin 9) ; « A partir de 8 ans pourquoi pas. Quand il est suffisamment grand pour se rendre compte de ce qu'il peut dire aux parents ou pas » (Médecin 14) ; « Relatif à l'âge, je pense qu'on parle souvent d'un âge de raison aux alentours de 7-8 ans (...) »

Je pense que c'est important parce que ce sont les patients de demain, et si d'emblée ils sont en confiance avec nous c'est... On prépare la suite. J'aurais tendance à dire, de valider si je lui dis "écoute je vais faire ça pour t'aider est-ce que tu es d'accord ?" » (Médecin 10).

Cependant, tous étaient d'accord sur le fait que la **décision finale appartenait aux médecins** et davantage dans les situations d'enfants en danger.

D'une part, par devoir : *« Non, je ne pense pas que cela soit envisageable (...) je pense que l'on a toujours une part de responsabilités déjà vis-à-vis de l'enfant »* (Médecin 2) ; *« Je m'adresse à l'enfant, je lui explique les choses mais je ne vais pas tenir compte de savoir s'il me dit non ou s'il dit oui. (...) Je garde mon cap. Si je dois protéger, je protège, même s'il ne veut pas et je fais une procédure »* (Médecin 15).

D'autre part, dans ce contexte de sujet délicat : *« Je pense que c'est une décision où, si tu penses qu'il y a un danger, il n'y a pas de raison de ne pas le faire. Pour moi il n'y a pas de décision médicale partagée »* (Médecin 3) ; *« En danger, on ne se pose pas la question »* (Médecin 5).

Et enfin parce que l'enfant ne serait pas impartial : *« Non. Parce que les enfants, même quand ils sont en souffrance, c'est toujours papa-maman. Même leur bourreau il l'adore donc ça serait compliqué »* (Médecin 4) ; *« Dans la maltraitance c'est compliqué. Quand on connaît la personne il y a forcément un attachement. (...) Son seul avis ne suffira pas à prendre la décision »* (Médecin 9).

Un médecin a néanmoins validé une possible décision médicale partagée. Il a utilisé l'exemple d'une situation de violences physiques de la part du père d'un enfant de 15 ans : *« Bah oui (...) je l'ai informé enfin je lui ai posé la question à l'enfant et je lui ai expliqué ce qu'on n'avait pas le droit de faire, j'ai même écrit qu'il était d'accord pour le signalement parce qu'il voulait en sortir. Donc bah oui je pense que ça peut s'appliquer »* (Médecin 12).

Après avoir abordé les différentes stratégies utilisées, la partie suivante évoquera les difficultés rencontrées pour signaler une situation d'enfant en danger.

III.4. OBSTACLE AU SIGNALEMENT

Pour mémoire, sur les 15 médecins interviewés, 9 médecins n'avaient jamais fait d'information préoccupante ou de signalement. Plusieurs types de difficultés ont été énumérés y compris par les médecins l'ayant déjà fait.

III.4.1. Les difficultés de la protection de l'enfance dans le cadre de l'exercice de la médecine générale

Premièrement, une difficulté évoquée par 5 médecins de notre étude, liée à l'exercice de la médecine générale, était le facteur temps avec un **manque** considérable pour gérer une situation de maltraitance infantile : « *La difficulté c'est qu'on est toujours speed, on n'a jamais le temps, il faut prendre le temps de le faire (...)* » (Médecin 11).

Cela pouvait également engendrer un stress important pour le médecin : « *Malgré tout on est stressé dans cette situation. Voilà il était 17 heures, tout à coup j'ai pris une heure de retard. (...) Et du coup par le stress je cherchais l'adresse de la CRIP, les coordonnées, le procureur ça ne répondait pas enfin c'est stressant. On aimerait bien avoir le temps pour être serein* » (Médecin 15).

1 des 5 médecins a fait remarquer la **durée excessive** pour alerter : « *Moi ce que je veux c'est juste décrocher mon téléphone et que ça me prenne cinq minutes. Je suis prête à y passer une demi-heure, ça ne me dérange pas mais ce n'est pas normal. Et puis ce n'est pas comme ça qu'on va inciter les médecins à déclarer* » (Médecin 11).

Un médecin a cité ce facteur comme étant celui qui engendrait une réorientation vers des services ressources : « *Moi, plutôt que de perdre du temps, j'ai dit non ce n'est pas pour moi. (...) Ça te prend beaucoup de temps, c'est impossible de faire ça en un quart d'heure* » (Médecin 2).

Un autre médecin a confié avoir des **horaires** pas toujours compatibles avec ceux des organismes intervenant dans les situations d'enfants en danger et notamment concernant la CRIP : « *Si c'est aux heures ouvrables on peut les appeler (Rires)* » (Médecin 10).

Deuxièmement, la réalisation des écrits a posé des difficultés. Les médecins interviewés dans notre étude ont confié ne pas posséder de modèle de certificat lors de la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement. Seul 1 médecin avait utilisé un modèle envoyé par une amie, médecin en PMI : « *Un modèle que ma copine m'a envoyé, il y avait information préoccupante destinée à la cellule d'enfant en danger (...) j'avais en premier point : situation familiale, 2^{ème} point : éléments d'inquiétude, voilà* » (Médecin 14).

Dernièrement, l'insuffisante pluridisciplinarité a été perçue comme un obstacle dans la prise en charge des suspicions de maltraitance de l'enfant. Certains se sentaient délaissés par leurs confrères.

D'une part devant des **difficultés d'accès à certaines spécialités** comme les pédopsychiatres : *« J'ai déjà essayé d'envoyer des enfants, faut que ça passe par le psychiatre ou les urgences psychiatriques. En fait tu ne peux pas envoyer directement des enfants en pédopsychiatrie, ça j'ai trouvé ça fou mais... »* (Médecin 2). D'autre part une impression, en tant que médecin traitant, de **se sentir écarté** de la prise en charge : *« Je me dis qu'ils auraient pu appeler (...) "Bah voilà, je vous préviens on a fait ça pour tel enfant (ce n'est pas tous les jours je suppose qu'ils le font) , on voulait juste vous prévenir, est-ce que vous avez des informations à nous apporter en plus qui mettent de l'eau à notre moulin ou à l'inverse ? " et puis voilà. Et je trouve que c'est dommage de l'avoir appris par les parents »* (Médecin 3).

Un médecin évoque un **manque de coordination** entre les médecins généralistes et les services sociaux : *« Dans l'enquête sociale s'il y a vraiment des choses, des mesures éducatives, le médecin traitant est un petit peu "squeezé" là-dedans, pas de coordination »* (Médecin 10).

Le **manque de compréhension** de certains confrères a interpellé un médecin de notre étude. Il a confié, lors de l'interview, l'histoire d'un échange téléphonique avec un urgentiste. La discussion relatait une situation d'un enfant de 8 ans présentant des idées suicidaires dans un contexte de suspicion de violences physiques par son père : *« J'avais appelé les urgences pour prévenir, j'ai eu un médecin urgentiste pas très cool quand même qui m'a dit "de toute façon si vous devez signaler c'est à vous de le faire, ce n'est pas à nous de le faire" (...) elle ne s'est pas préoccupée de se dire je suis toute seule un peu dans mon coin et en fait je ne sais pas comment faire, elle en avait un peu rien à faire je pense »* (Médecin 13).

III.4.2. Les craintes des médecins généralistes

La peur des représailles et la peur de ne pas dépister ou au contraire de se tromper ont été rapportées par les médecins interrogés dans notre étude.

La moitié des médecins ont mis en avant leur peur de représailles physiques après avoir signalé. Tout d'abord, pour certains médecins, **la peur de la non-anonymisation** était présente : *« Après c'est vrai que ce qui est préoccupant aussi quand j'avais appelé du coup la CRIP parce que c'était la première fois que je le faisais en 2017, je leur ai demandé comment ça se passait et ils disaient que ce n'était pas anonyme du coup le signalement, que du coup les parents pouvaient très bien savoir que ça venait de moi (...) et c'est vrai que ça pose question je trouve parce qu'il peut y avoir des répercussions vis-à-vis de nous »* (Médecin 8).

Ensuite, tout simplement la **peur des violences physiques** : « *Il y a eu quelques consultations après où il était dans la colère, il est venu me voir une fois que le signalement avait été fait. (...) Il a été mis au courant par la PMI et je me demande si ce n'est pas par un éducateur aussi (...) ce jour-là je n'étais pas très fière toute seule dans mon cabinet* » (Médecin 12) ; « *On a quand même un peu peur de se faire taper dessus à la sortie du boulot quoi, voilà c'est ça le plus difficile. (...) J'avoue qu'au départ, quand j'allais en visite j'appelais mon mari en lui disant "je te rappelle, si je ne te rappelle pas dans une heure c'est que... je me suis pris un coup de batte de baseball"* » (Médecin 14) ; « *L'enfant a été retirée, la nourrice a perdu l'agrément et a voulu porter plainte contre moi, m'a fait une menace de mort par courrier mais il n'y a pas eu de suite* » (Médecin 15).

Face à ce sujet délicat, 3 médecins interviewés dans notre étude ont évoqué la peur du non-dépistage et la volonté « *de ne pas passer à côté* » (Médecin 1) : « *Je sais qu'on sous-estime beaucoup et qu'on passe à côté de plein de situations. J'en ai bien conscience* » (Médecin 12). Un des 3 médecins a confié qu'une jeune expérience pouvait être la cause d'un non-dépistage : « *Ce qui est plus dur c'est tous ceux pour qui je me suis posé la question de faire une information préoccupante et que je n'ai pas fait. (...) Maintenant je serais allée plus loin* » (Médecin 14).

A l'opposé de la peur de ne pas dépister, celle de se tromper a été décrite par 3 autres médecins. Un médecin décrit la difficulté de réaliser un écrit pour une fratrie entière : « *Ce n'est jamais facile de demander le signalement pour les 5 enfants* » (Médecin 7).

Le 2^{ème} médecin évoque la peur d'« anéantir » une famille : « *Je ne me sentais pas avoir assez d'éléments palpables pour dire "il faut que je signale" euh après alors euh peut-être aussi enfin par lâcheté je ne sais pas mais je trouve que c'est hyper difficile dans une relation libérale (...) forcément après ça peut briser une famille avec l'enquête qui va derrière surtout s'il n'y a rien après* » (Médecin 13).

Et le 3^{ème} médecin, la peur qu'une personne innocente soit mise en cause : « *Elle est convoquée par le juge des enfants et finalement ça se retourne un petit peu contre elle... Donc moi, je me sens mal à l'aise parce qu'ils n'auraient pas mené une enquête auprès du grand-père mais elle (...) je ne l'ai pas signalé en fait j'ai signalé son papa* » (Médecin 6).

La méconnaissance du système administratif et judiciaire de certains médecins généralistes interviewés s'ajoute aux craintes précédemment décrites.

III.4.3. La méconnaissance des procédures de signalement

Pour réaliser une information préoccupante ou un signalement, 9 médecins de notre étude ont confié leur manque de connaissance des procédures.

La **méconnaissance des coordonnées** a été décrite : « *En pratique, je ne sais pas vraiment comment ça se passe. On n'a pas de coordonnées* » (Médecin 1) ; « *Je ne sais plus qui gère les familles d'accueil (...) j'ai dû essayer d'appeler deux fois par jour tous les jours pendant six mois et je n'ai jamais réussi à avoir personne pour faire le signalement. Personne. J'ai eu des gens qui m'ont dit "oui ce n'est pas moi c'est ma collègue, rappelez demain."* Et comme ça me tenait à cœur j'ai essayé tous les jours, j'ai demandé à ce qu'on me rappelle, j'ai envoyé des mails et je n'ai eu personne. Donc au bout d'un moment bah effectivement j'ai laissé tomber » (Médecin 11).

N'avoir jamais eu d'information préoccupante ou de signalement à faire pouvait être un obstacle à signaler : « *Cela ne m'est jamais arrivé, je chercherais comment faire* » (Médecin 2) ; « *Moi je ne l'ai jamais fait et je ne saurais même pas faire. (...) Je ne connais rien* » (Médecin 3).

Un médecin a fait remarquer le **changement régulier du nom** des organismes intervenant dans la prise en charge de la maltraitance infantile : « *Ce qui est ennuyeux c'est que ça change souvent de nom. (...) Moi j'avais la notion de l'ASE et ça change tout le temps* » (Médecin 6).

IV.DISCUSION

IV.1. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

IV.1.1. Les forces

La première force de notre étude repose dans le recueil des données. En effet, la découverte du sujet traité au fil des entretiens individuels a permis une qualité, une authenticité et une spontanéité des interviews. Par ailleurs, l'implication des médecins généralistes interrogés témoigne de l'importance du sujet dans la pratique quotidienne de la médecine générale. L'analyse de leurs pratiques a donné lieu à des propositions au plus proche de leurs besoins exprimés.

Pour répondre aux critères scientifiques de la méthode qualitative, et notamment au caractère systématique, les données ont été analysées de la même manière sur l'ensemble des entretiens. La démarche a été rigoureuse et éthique.

La première exigence, liée au processus d'interprétation, a été d'être attentif à la condition de fidélité. (49) Elle suppose le respect des médecins interrogés à chaque étape de notre étude et l'absence de jugement. Le recours aux sens, expressions, explications, conclusions des participants devient un moyen approprié pour assurer leur expression libre et spontanée. Cela évite tout ce qui pourrait constituer un détournement déontologique de leurs dires.

La deuxième exigence a consisté à faire un double codage, des premiers entretiens analysés, par deux chercheurs indépendants.

La troisième exigence a reposé sur la révision, par la directrice de thèse, des données collectées et de leurs codifications pour une anonymisation et une désinformation optimale.

IV.1.2. Les limites

Dans notre étude, l'échantillon a été constitué par connaissances, ce qui engendre un biais de sélection.

Notre approche qualitative est, en plus, associée au danger de subjectivité, à la fois au stade de collecte des données et lors de l'analyse de celles-ci. La manière dont le chercheur formule les questions, en fonction de sa propre opinion ou de ses sentiments, pourrait influencer (inconsciemment) les réponses de l'interviewé.

Par ailleurs, dans une étude qualitative, l'analyse des données peut laisser plus de place à l'interprétation pour le chercheur. Ce biais pourrait entraîner le chercheur à sélectionner des éléments dans les données qui confirment ses propres idées, tandis que les questions qui s'en écartent seraient négligées.

Nous reconnaissons une partie de subjectivité dans notre démarche, mais la recherche qualitative n'est pas la seule concernée. Dans l'approche quantitative, la subjectivité guide également le choix de l'objet de la recherche, la formulation d'hypothèses et la sélection de méthodologies.

La faiblesse de la validité externe, limite inhérente à toute recherche qualitative, est présente. Les verbatims annexés aux entretiens et aux médecins ne pourront pas être réutilisés dans un autre contexte, ce qui représente un biais de reproductibilité.

Notre étude intéressait uniquement le département de Seine-Maritime. Tester notre guide d'entretien dans un autre département apporterait plus d'objectivité. La confrontation de l'avis des médecins interviewés avec celui des acteurs administratifs et judiciaires intervenant en protection de l'enfance serait aussi pertinente.

Compléter notre étude avec une étude quantitative pourrait permettre de valider un guide départemental de conduite à tenir dans les situations de maltraitance de l'enfant. Ce guide serait créé à partir des besoins exprimés par les médecins interviewés.

IV.2. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

Pour faire face à ce sujet délicat et possiblement stressant, les médecins mettent en place des stratégies d'adaptation cognitivo-comportementale, appelées *coping* en anglais.

La stratégie de « *coping* » des médecins généralistes interviewés dans notre étude a permis de mettre en évidence 4 profils :

- « **Le sachant** » (7/15 médecins) : il repère les situations de maltraitance de l'enfant et il sait alerter. Il a également l'aptitude de demander de l'aide (CRIP, PMI, CMP, pédopsychiatres, confrères dans leur cabinet).
- « **Le théorique** » (3/15 médecins) : il repère et il connaît les organismes intervenants pour alerter. Il réoriente donc volontairement vers ces organismes.
- « **Le prudent** » (2/15 médecins) : il repère mais ne connaît pas les procédures pour alerter. Il a peur d'être confronté à ce sujet, il réaliserait de nombreux examens complémentaires et demanderait de l'aide à ses confrères du cabinet.
- « **Le peu-sensibilisé** » (3/15 médecins) : il connaît les signes d'alerte mais n'a jamais abouti au repérage. Il ne sait pas alerter et ne connaît ni les organismes intervenant en protection de l'enfance ni les procédures. Sa ressource : les urgences.

La transparence ou non, envers les familles, concernant une procédure d'information préoccupante n'a pas été prise en compte dans le choix de ces profils. En effet, seule la moitié des médecins généralistes interviewés applique la loi d'obligation d'information aux familles d'une IP avant sa transmission, sauf intérêt contraire de l'enfant (Article 226-2-1 du CASF). Les raisons énoncées par les médecins généralistes interrogés, de ne pas informer les familles de la transmission d'une IP, était d'une part la peur des représailles physiques à la fois pour le médecin et pour l'enfant. D'autre part, la peur de perdre la confiance de la famille associée à une rupture de soins pour l'enfant.

Nos principaux résultats seront comparés avec une étude réalisée en 2017 auprès des médecins généralistes libéraux du Finistère. Cette étude, qui a fait l'objet d'une publication, a obtenu un taux de répondants de 24.8% soit 184 participants. Il s'agissait d'une étude quantitative pour évaluer les connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en protection de l'enfance. (51)

La deuxième comparaison de nos résultats sera faite avec le dernier rapport d'élaboration de l'HAS publié en 2014 et les rapports de l'ODPE et du SNATED. (13)

IV.2.1. Le repérage

Au vu de ces 4 profils, les signes d'alerte étaient connus par la majorité des médecins généralistes de notre étude. Les plus fréquemment cités étaient : les hématomes, les brûlures, les signes urinaires et digestifs, les retards d'acquisitions et le comportement émotionnel de l'enfant (apathie, tristesse ou colère). Tous ces signes sont d'ailleurs évoqués par l'HAS. A noter que pour une situation de maltraitance d'enfant soit suspectée, plusieurs signes d'alerte sont souvent nécessaires au médecin. Les médecins généralistes savent repérer mais il existe une discordance importante avec le taux d'IP transmises. Rappelons qu'au niveau du département, en Seine-Maritime, le taux de transmission d'IP est de 0,53% et qu'au niveau national il est de 5%. 306 800 mineurs sont suivis en protection de l'enfance, nous aurions donc plutôt attendu qu'un bon repérage aurait amené les médecins généralistes à alerter dans de nombreuses situations et représenter un taux de transmission d'IP beaucoup plus élevé. Nous pouvons nous questionner sur l'origine de ce faible taux : est-ce un non-repérage de certains signes d'alerte ou une non-transmission d'écrits malgré les signes d'alerte repérés ?

Les facteurs de risque identifiés par les médecins généralistes interrogés étaient nombreux. L'environnement familial et social était mis en avant avec notamment **l'éthylisme chronique, les violences conjugales et les familles recomposées.**

D'ailleurs, le dernier rapport de l'ODPE en 2018 reconnaît la **famille monoparentale** comme facteur de vulnérabilité et rapporte qu'en Seine-Maritime, 20,1% des enfants sont concernés (taux national de 19,3%). (9)

Notre étude concorde aussi avec les chiffres du SNATED de 2018 : 2/3 des enfants en danger étaient issus d'une famille monoparentale. En effet, 65,4% des appels traités concernent la monoparentalité :

- Divorce, séparation : évoqués dans 46,9% des appels traités en 2018
- Conflit parental : 11,6%, non-respect du mode de garde : 2,3% et changement répété du mode de garde : 0,1%
- Incarcération d'un parent : 1,5%
- Décès d'un parent : 3%

La consommation d'alcool représente 7,4% des informations recueillies, lors des appels, relatives aux comportements et mode de vie des parents, ce qui la place en 5^{ème} position. A l'inverse, le taux d'informations concernant les violences conjugales est très faible, de l'ordre de 0,5%.

Le rapport d'élaboration de l'HAS évoque également une étude de l'INSERM rapportant l'isolement social et moral comme un facteur majeur dans la survenue d'infanticide.

11 des 15 médecins de notre étude ont souligné l'importance de connaître les familles pour un meilleur repérage et un examen clinique plus facile. Ce résultat est contraire au rapport de l'HAS. Ce dernier associe la connaissance des familles à une moindre transmission d'informations par les médecins. Premièrement, par conviction que le travail avec la famille, pour résoudre la situation, serait préférable. Deuxièmement par crainte que la déclaration détériore les relations entre le médecin et la famille.

La théorie de l'attachement peut entraîner la protection des parents par l'enfant. Il est délicat de lever cette difficulté lors d'une consultation d'un médecin généraliste. En effet, le manque de temps (15 minutes) dans un contexte de tarification à l'acte et le faible nombre de médecins généralistes en Seine-Maritime (149 médecins généralistes pour 100 000 seino-marins), y participent. (52)

La problématique de l'aliénation parentale est présente surtout dans les situations de parents séparés. Le conflit de loyauté, lors d'un contentieux parental, est une souffrance extrêmement profonde pour l'enfant. La judiciarisation des procédures favorise le syndrome d'aliénation parentale. Ce syndrome est présent dans la majorité des dossiers des juges des enfants. L'application de la loi laisse peu de places aux magistrats pour la pédagogie ce qui ne pacifie et n'apaise pas une situation de séparation parentale. Elle contribue au syndrome d'alinéation parentale.

Les mots, propos ou formules utilisés par les magistrats, dans les règles de leur exercice, peuvent être perçus comme une négation de l'autre (« la partie adverse » ; « de l'autre côté de la barre » ...). (53)

Dans notre étude, l'orientation vers un auteur présumé lors d'allégations, rapportées par l'enfant ou les parents, était présente pour 12 des 15 médecins interviewés. Cependant, dans le contexte de parents séparés, seules 2 situations concernaient possiblement une maltraitance infantile.

Le nomadisme médical de certaines familles rend le repérage plus difficile. La communication insuffisante entre les médecins généralistes et les services compétents en protection de l'enfance, par manque de temps ou de connaissances, a été évoquée dans notre étude.

La loi n° 2012-301 du 5 mars 2012 relative au suivi des enfants en danger, par la transmission des informations, concerne uniquement le président de conseil départemental du département d'origine et du département d'accueil (Article L 221-3 du CASF).

Néanmoins, le dernier rapport de l'ONPE 2019 introduit la future base de données nationale qui comprendra l'ensemble des fichiers des départements transmetteurs.

Enfin, dans le repérage des situations de maltraitance de l'enfant, les principes éducatifs, idées reçues ou a priori de chaque médecin peuvent modifier la démarche.

Les médecins généralistes ont la possibilité de demander conseil, si besoin, auprès d'un service d'ethnopsychiatrie qui étudie et effectue des expertises transculturelles. (54)

Dans notre étude, nous pouvons utiliser l'exemple du médecin qui a évoqué des difficultés devant une situation d'un grand-père embrassant son petit-fils sur la bouche. Un bisou sur la bouche entre un enfant et un adulte ne faisait pas partie du référentiel éducatif de ce médecin et il pouvait se poser la question d'intégrer cet acte dans le repérage d'enfants en danger. A l'inverse, certains médecins peuvent avoir un seuil de tolérance augmenté en matière de règles éducatives en fonction de leur vécu et donc une possible moindre détection des situations d'enfants en danger. Pour autant, les violences éducatives ordinaires admises auparavant, ne le sont plus maintenant. Après l'abrogation des corrections paternelles (1935) et la substitution de la puissance paternelle par l'autorité parentale (1970), la « loi anti-fessée » du 10 juillet 2019 précise que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ». Cette loi a relancé la polémique sur les fessées et les claques qui peuvent appartenir aux normes éducatives de certains médecins.

Dans le rapport du SNATED (2018), les problèmes éducatifs étaient de l'ordre de 22,4% des informations recueillies, relatives au comportement des parents.

IV.2.2. La prise en charge

Les médecins généralistes, souvent médecins traitants ont un rôle pivot dans les différentes prises en charge. Notre étude a révélé l'absence de retour d'informations suite aux écrits transmis par les médecins généralistes. Cela est ressenti comme un obstacle pour alerter et provoque un sentiment d'exclusion dans la prise en charge de l'enfant. En effet, sur les 6 médecins de notre étude ayant réalisé une IP, aucun n'a reçu de compte-rendu sur la suite donnée à la procédure au niveau de la prise en charge et de l'enquête sociale. L'étude réalisée dans le Finistère évoque également l'attente des médecins généralistes d'un retour d'informations systématique sur leurs démarches pour 67% d'entre eux.

La CRIP a le devoir d'informer le SNATED mais pas les médecins généralistes. Elle a juste le devoir d'accuser réception. Sur les 6 IP, seules 2 ont fait l'objet d'un accusé de réception auprès des médecins généralistes transmetteurs de notre étude.

Le médecin généraliste a cependant le droit et peut joindre la CRIP pour demander des informations sur une IP transmise. Le secret médical partagé est autorisé par l'article L 226-2-2 du CASF.

Concernant le secret médical, la majorité des médecins connaît la loi et le lève sans difficulté dans les situations de suspicion de maltraitance de l'enfant. Cependant 1/3 des médecins généralistes interviewés dans notre étude occulte le repérage et fuit la situation. L'intérêt d'une IP est pourtant d'alerter et permet une centralisation des informations à la CRIP.

La peur des représailles surtout physiques, en plus du manque de temps et de la peur de se tromper, est évoquée par la moitié des médecins. La non-anonymisation des IP est considérée comme un obstacle pour alerter. Devant ce chiffre important, l'avantage d'exercer en cabinet de groupe peut être souligné. L'étude concernant les médecins du Finistère évoque ces mêmes difficultés pour alerter. Le 119 pourrait être une alternative pour un anonymat garanti mais l'intérêt d'une transparence envers les familles ne va pas en ce sens. Ce n'est donc pas la voie la plus adaptée. Néanmoins, il vaut mieux joindre le 119 que de ne pas alerter.

Un obstacle à effectuer une IP ou un signalement est également la méconnaissance des organismes en faveur de la protection de l'enfance par un tiers des médecins généralistes interrogés. Sur 15 médecins généralistes, 6 médecins ont déjà réalisé au moins une IP dont 1 médecin également un signalement. Seulement ces 6 médecins connaissaient la CRIP.

La PMI était évoquée par 5 médecins, le procureur par 3 médecins, le CASA par 2 médecins et 8 médecins ne connaissaient pas l'existence et le recours possible au 119. Ce résultat appuie la nécessité de développer la formation et l'information des médecins généralistes.

En cas de méconnaissance des procédures et organismes reconnus en protection de l'enfance, les médecins généralistes ont la possibilité de s'appuyer sur des personnes ressources autour d'eux, notamment leurs confrères du cabinet. Une nouvelle fois l'exercice en cabinet de groupe peut être un recours. Il est important de retenir que tous les médecins généralistes de notre étude, demandent de l'aide lors de situation délicate de possible maltraitance infantile. Certains médecins confient aussi déléguer pour ne pas risquer de rompre le lien avec la famille. Le rôle d'un médecin est de protéger l'enfant quelque soit le mode d'action. La réalisation d'un écrit n'est pas une obligation.

Par ailleurs, un seul médecin de notre étude a utilisé un modèle de certificat pour effectuer une IP. Cependant, sur le site du conseil national et départemental de l'ordre des médecins, un modèle de signalement est disponible sans difficulté (**annexe 3**). Certains recommandent, pour les écrits des enfants de moins de 3 ans de mettre leur âge en mois. Ce mode de communication permet une attention particulière à ces transmissions d'informations devant l'âge jeune de l'enfant.

Enfin, les principaux résultats de notre étude sont similaires à ceux de l'étude réalisée en 2017 auprès des médecins généralistes libéraux du Finistère. Cette reproductibilité entre 2 régions différentes, 2 chercheurs différents et 2 méthodes différentes démontre que notre étude reflète la réalité des médecins généralistes face à ce phénomène au niveau national.

IV.3. PERSPECTIVES D'AMELIORATIONS ET PROPOSITIONS

Premièrement, l'amélioration de la prise en charge des enfants maltraités ou en risque, a été évoquée dans le plan violence de novembre 2019 par Adrien Taquet (secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé). Il prévoit de créer des unités pédiatriques enfance en danger d'accueil et d'écoute. L'ouverture d'un centre par département d'ici 2022 est attendue, avec des équipes pédiatriques désignées référentes pour repérer, constater les violences et prendre soin des mineurs victimes. (55)

Deuxièmement, notre étude a montré l'isolement ressenti par les médecins généralistes face à des situations d'enfants en danger. Le diagnostic parfois incertain de ces situations et cet isolement des médecins généralistes en cas de doute rend difficile la prise en charge.

En effet, un tiers des médecins généralistes interrogés (« les prudents » et « les peu-sensibilisés »), n'évoque aucun interlocuteur, intervenant en protection de l'enfance, vers qui se tourner. Le renforcement de réseaux pluridisciplinaires entre les différents acteurs en protection de l'enfance est donc essentiel. Une autre des mesures de ce plan d'Adrien Taquet est d'améliorer le travail en réseau des professionnels et de renforcer les cellules de recueil des informations préoccupantes. L'organisation de formations communes pour renforcer la coopération entre professionnels de terrain en fait également partie. (55)

Troisièmement, la formation des médecins généralistes, à la fois sur les contacts ressources pour alerter devant ces situations et sur le recueil de la parole d'un enfant, est essentielle.

Concernant l'entretien avec l'enfant, il existe le protocole NICHD (National Institute of Child Health and Human Development), surtout orienté vers les victimes d'abus sexuels. Ce protocole a été développé entre 1996 et 2008 par Michael E. Lamb, professeur anglais de psychologie, pour interviewer des enfants âgés de 4 à 12 ans. Il aide les intervieweurs à poser plus de questions ouvertes pour obtenir un maximum de détails exacts de la part des enfants. Des études ont démontré que les entrevues NICHD mènent à davantage de mises en accusation. Cependant, il est surtout destiné aux policiers et aux intervenants sociaux. Ce type de protocole pourrait, peut-être, être adapté pour les médecins généralistes ? (56)

Toutefois, en l'absence de protocole disponible à destination des médecins généralistes, des formations, également centrées sur les enfants victimes d'abus sexuels, sont proposées par l'association belge « parole d'enfants ». Elle organise tous les ans un congrès international à Paris avec des orateurs français, belge, suisse, luxembourgeois et québécois. (57)

Dernièrement, la CRIP, dans son rôle de formation des professionnels de santé établie par la loi du 14 mars 2016, pourrait être l'acteur central de propositions de formations.

Pour une meilleure prise en charge de la maltraitance de l'enfant, les médecins généralistes interviewés dans notre étude, ont émis plusieurs propositions d'outils :

- Des formations, proposées par 5 médecins (pendant l'internat, une journée lors de l'installation du médecin généraliste, FMC, Quoi de neuf?). Celles-ci permettraient d'organiser des rencontres entre professionnels de santé et acteurs en protection de l'enfance. Un médecin a proposé que les formations soient faites par le système judiciaire.
- Développement d'outils sur internet, suggéré par 5 médecins généralistes de notre étude (un onglet protection de l'enfance sur le site du conseil de l'ordre des médecins, numéros essentiels sur le site de la CPAM, mail d'informations annuel à chaque médecin généraliste, création d'un « violenceclic » avec un onglet adulte et enfant permettant de retrouver tous les coordonnées)
- Un numéro unique comme une plateforme, notamment les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), qui pourrait traiter tous les problèmes sociaux. Cette proposition d'outil est soumise par 2 médecins généralistes interviewés.
- Un médecin a énoncé l'idée d'une aide dans les carnets de santé avant de se poser la question « est-ce une bonne idée ? ».
- La moitié des médecins généralistes participant à notre étude propose une affiche informative précisant les numéros essentiels.

L'objectif secondaire de notre étude était, d'ailleurs, d'aboutir à une proposition d'aide au diagnostic et à la gestion de situations d'enfants en danger. Nous proposons donc cette affiche :

SIGNALEMENT

PROCUREUR :

- Rouen : Tel 02 35 52 88 70
- Dieppe : Tel 02 32 14 64 00
- Le Havre : Tel 02 32 92 57 00

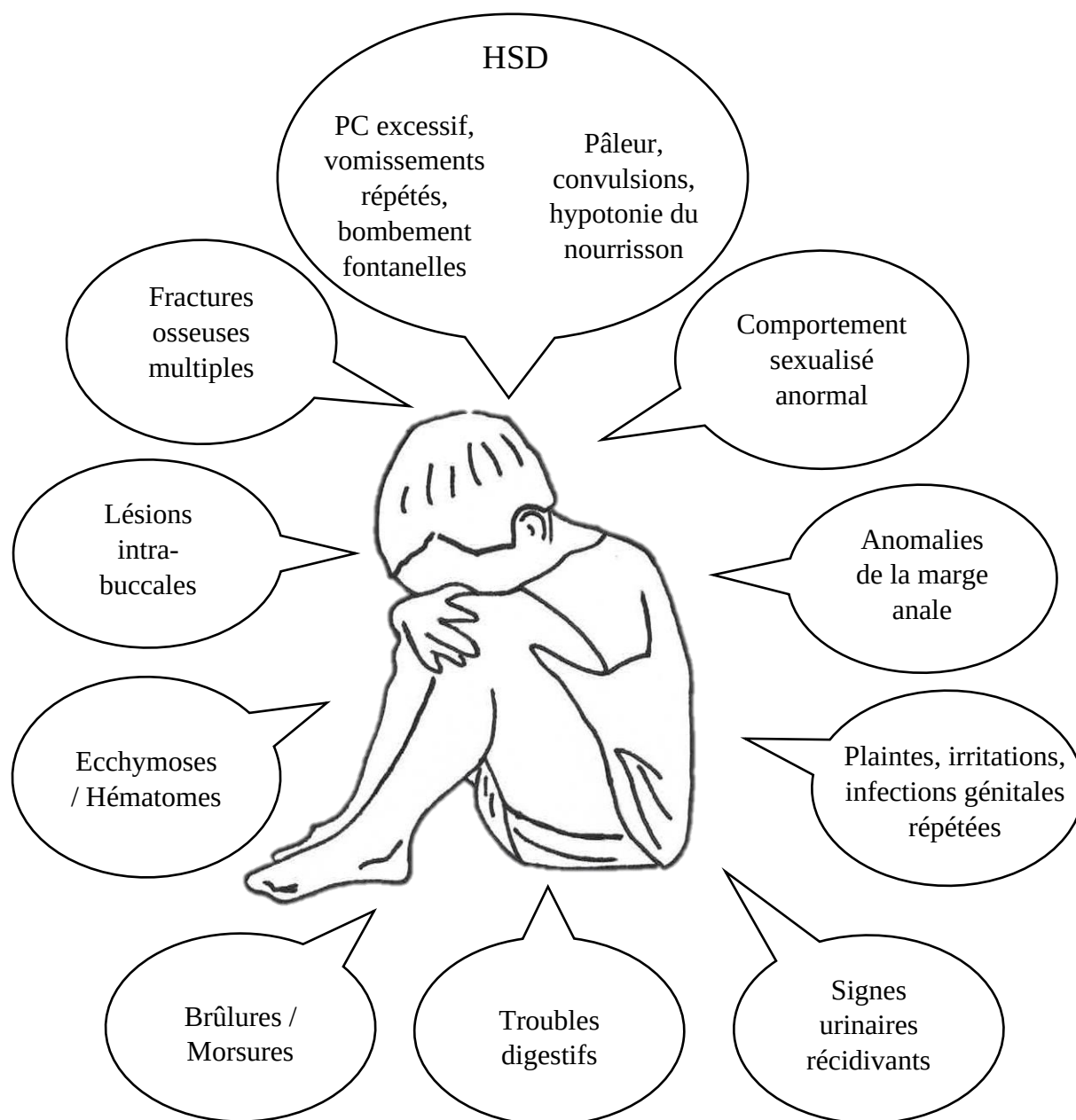
En dehors des horaires d'ouverture :
contacter le commissariat de secteur

INFORMATION PREOCCUPANTE

CELLULE ENFANCE EN DANGER (CRIP 76) : Tel 02 35 03 51 15

Email : crip76@seinemaritime.fr

SNATED : 119



DEMANDE D'AIDE

PMI/CMS et UTAS de chaque secteur

ELPE CHI ELBEUF (Equipe de liaison Protection de l'Enfance) :

Tel 02 32 96 35 40

Fax 02 32 96 36 87

URGENCES PEDIATRIQUES

CASA CHU ROUEN : Tel 02 32 88 82 84

En conclusion, notre étude montre que les médecins généralistes « osent penser la maltraitance » mais n’alertent pas tous. 2/3 des participants n’ont jamais réalisé d’information préoccupante ou de signalement et ne connaissent pas la CRIP, acteur fondamental dans la protection de l’enfance avec la centralisation départementale des IP. La prise en charge des situations de maltraitance de l’enfant varie en fonction du profil des médecins, mais toujours dans un but commun de protection de l’enfant. La demande d’aide auprès des organismes compétents, administratifs ou judiciaires, doit être systématique en cas de doute. La pluridisciplinarité se doit d’être développée, en raison du sentiment d’isolement des médecins généralistes, pour ne pas retarder une prise en charge appropriée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de l'action sociale et des familles - Article R226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.
2. Martin P, Lecordier N. Schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille : 2016-2021 [Internet]. Département de la Seine-Maritime; 2017 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.seinemaritime.fr/mon-departement/les-competences-du-departement/action-sociale/la-competence-enfance-et-famille-du-departement.html>
3. Les UTAS [Internet]. Département de la Seine-Maritime. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.seinemaritime.fr/mon-departement/le-territoire/les-utas.html>
4. GIP Enfance en Danger. Bilan relatif à l'activité du 119 : Période de confinement du 18 mars au 10 mai 2020 [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/etude-confinement-119-parution20mai2020.pdf>
5. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger. Etude annuelle relative aux appels du Snated en 2018 [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/actualites/20191022_etude_annuelle_snated_2018_vf.pdf
6. ONPE. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation : Quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement [Internet]. Observatoire national de la protection de l'enfance; 2020 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur :
https://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/14e_ragp_complet.pdf
7. LOI n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance [Internet]. 2004-1 janv 2, 2004. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000431282&dateTexte=&categorieLien=id>
8. Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les missions de l'ONPE [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/missions-lonpe>
9. Observatoire départemental de la protection de l'enfance de la Seine-Maritime. Protection de l'enfance : rapport d'observation 2018 [Internet]. 2019 oct [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.seinemaritime.fr/docs/Rapport%20ODPE%2076%202018.pdf>

10. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels : synthèse du rapport du comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013) [Internet]. Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants; 2013 p. 9. Disponible sur:
<https://maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2014/10/rapport-comite-suivi-synthese-fin-22-09-2014.pdf>
11. DICOM_Audrey.H. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2019-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/la-reforme-de-l-enfance-protegee/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2019-2022>
12. Section 2 : De l'assistance éducative (Articles 375 à 375-9) [Internet]. Code civil. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032207495/2016-03-16/>
13. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir : rapport d'élaboration [Internet]. 2014 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
14. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique [Internet]. Odas éditeur; 2001 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
<https://odas.net/sites/default/files/documents/odas/2019-12/odas-lobservation-de-lenfance-en-danger-guide-methodologique-mai-2001.pdf>
15. Tursz A, Greco C. La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? Arch Pédiatrie. 2012;19(7):680-3.
16. Les lois naturelles de l'enfant [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.celinealvarez.org/>
17. Martin-Blachais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [Internet]. 2017 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf
18. Cheymol J. Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant? Rev Prat. mai 2011;61(5):660-2.
19. Renier D. Syndrome du bébé secoué. J Pédiatrie Puériculture. 2012;25(3):158-64.

20. GK Ward M, Ornstein A, Niec A, Murray CL, Société canadienne de pédiatrie. L'évaluation médicale des ecchymoses dans les cas de maltraitance présumée d'enfants : une perspective clinique | Société canadienne de pédiatrie. *Paediatr Child Health*. 2013;18(8):438-42.
21. Franchitto N, Guerin-Franchitto L. Maltraitance à enfants. *Praticien en anesthésie réanimation*. 118 110apr. J.-C.;2011(15):2.
22. Référentiel de bonnes pratiques à l'usage des médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale : transposition de la directive européenne 97/43 Euratom [Internet]. Société française de radiologie et Société française de médecine nucléaire; 2013. Disponible sur: http://gbu.radiologie.fr/SfrGuideContentProviderRepository_v0.0.1/ContentProviderRepository/pdf/id_g_1465__id_sc_1588.pdf
23. Karagag G, Tanriverdi HI, Yavuz MS, Genç A, Akim U, Saraç S. The importance of clinical approach in aggravated sexual abuse: Case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2018;24(6):597-600.
24. Braudo S, Baumann A. Allégation. In: Dictionnaire du droit privé [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/allegation.php>
25. Becker E de. Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement. *J Pédiatrie Puériculture*. 2006;19(6):211-7.
26. de Becker E. Comment évaluer une allégation de maltraitance d'enfant ? Un dispositif d'évaluation intégratif. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mars 2012;170(2):109-11.
27. Vabres N, Picherot G, Foure E, Lemesle M, Fleury J. Malaises et Münchhausen : Le malaise du nourrisson: vers des recommandations de prise en charge. *Médecine Enfance Actual*. 2012;32(6):241-2.
28. Certificat médical : ne pas s'approprier les dires du patient ! *Concours Méd*. 2020;142(4):42.
29. Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours (Articles 223-5 à 223-7-1) [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289588/2018-08-06/>
30. Section 3 : Des attributions du procureur de la République (Articles 39 à 44) [Internet]. Code de procédure pénale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006574933/2004-03-10/>
31. Code de déontologie médicale [Internet]. Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre; 2019 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

32. Article 44 - Sévices [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices>
33. Article 226-13 [Internet]. Code pénal. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006417945/2002-01-01/>
34. Article 226-14 [Internet]. Code pénal. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417947/1998-06-18
35. Article L226-2-1 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572899/2015-03-22
36. Chapitre VI : Protection des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes. (Articles L226-1 à L226-13) [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006796908/2007-03-06/>
37. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000509315&categorieLien=id>
38. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (1) [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000823100/2020-09-24/>
39. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031424650/>
40. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033394083/>
41. Duyé J. Les missions du Parquet des mineurs. *Enfances Psy.* 2003;(23):45-54.
42. Lety A-S. L'Unité Médico-Judiciaire du Havre: Bilan à 4 ans de fonctionnement [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. Université de Rouen Normandie; 2012. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00759280/document>
43. Convention constitutive du GIP enfance en danger au 22. 11. 2017 [Internet]. ONPE; [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
https://www.giped.gouv.fr/pdf/cc_2018_def.pdf

44. Article L221-1 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289765/2018-08-06
45. Les dispositifs de protection de l'enfance et de la justice pénale des mineurs : le dispositif de protection de l'enfance (source ONED) [Internet]. [has]; [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/annexe_3_les_dispositifs_de_protection_de_l'enfance_et_de_la_justice_penale_des_mineurs.pdf
46. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Économique. 2014;LIII(4):67-82.
47. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 155 p.
48. Guillemette F. L'approche de la grounded theory ; pour innover ? Recherches qualitatives. 2006;26(1):32-50.
49. Vasilachis de Gialdino I. L'interprétation dans la recherche qualitative : problèmes et exigences. Recherches qualitatives. 2012;31(3):155-87.
50. Département Médecine Générale. Ethique et protection des données [Internet]. Université de Rouen DUMG. 2020 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
<https://dumg-rouen.fr/p/ethique-et-protection-des-donnees>
51. Connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en matière de protection de l'enfance- ClinicalKey [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.clinicalkey.fr/#!/content/playContent/1-s2.0-S187865291930077X?scrollTo=%23hl0000174>
52. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 | Insee [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#titre-bloc-1>
53. Juston M. Le juge aux affaires familiales face au syndrome d'aliénation parentale : comment le repérer et le gérer. J Droit Jeunes. 2011;N° 307(7):19-27.
54. Radjack R, Di C, Ahovi J, Moro MR, Lachal J. Regards croisés entre systèmes éducatifs lors d'une expertise transculturelle. Soins Psychiatr. nov 2017;38(313):23-6.
55. Taquet A. « Je veux en finir avec la violence. Et vous ? » : plan de lutte contre les violences faites aux enfants [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants>

56. Le protocole Nichd | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.onpe.gouv.fr/actualite/protocole-nichd>
57. Parole d'enfants association [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
<https://www.parole.be>

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

1) Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel en quelques mots ?

Nombre d'années d'installation, âge

2) Comment avez-vous été alerté(e) de la souffrance d'un enfant ? Racontez-moi.

(ou situation vécue par un collègue)

3) Sur quel élément avez-vous posé votre diagnostic ?

Éléments de dépistage - suspicion – intuition-signes directs/indirects

4) Lors d'un constat de situations d'enfants en danger, comment avez-vous réagi ?

- Quelle a été votre première réaction qu'elle soit personnelle ou professionnelle ?
- Quel a été votre comportement avec l'enfant, les éléments de langage et l'attitude que vous avez adoptée ? Avez-vous consulté l'enfant seul ?
- Quelle mesure de prévention avez-vous mise en place ?
- Quelles actions avez-vous mises en place ? options ? interlocuteurs ?

IP ? signalement ? Connaissance 119, CRIP, services de protection de l'enfance ?

4-a) Si pas d'IP ou signalement : quels sont les éléments qui ont motivé votre décision de ne pas signaler ou alerter ?

4-b) Si IP ou signalement : quels éléments ont été déterminants dans la décision finale d'alerter ou de signaler ? L'avez-vous lu aux parents pour avoir une transparence ?

Avez-vous déjà été alerté(e) par des allégations d'enfants ou de parents dans le cadre de parents séparés ?

5) A quelles difficultés avez-vous été confronté(e) ?

- Relation médecin traitant-enfant et parent ?
- Le secret médical est-il un frein ? *Crainte judiciaire ?*
- Sur le plan des démarches administratives ? *Connaissance des spécificités du signalement et de l'IP ?*

6) Quel est votre avis sur le dispositif mis à votre disposition et quelle amélioration proposez-vous pour parvenir à une prise en charge optimale ? Comment avez-vous connu ce dispositif ? Que pensez-vous de la position du MG au sein du dispositif ?

7) Pensez-vous que vous devez être tenu informé(e) de la procédure et des suites données à votre signalement et pourquoi ?

8) La décision médicale partagée = « échange d'informations entre un professionnel de santé et un patient (preuve scientifique) et délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. » (HAS)

➔ Après définition, pensez-vous qu'un enfant soit en mesure de prendre part à une décision médicale partagée ? ou avec les parents/famille ?

Annexe 2

Affiche du 119 réactualisée suite à la mise en place du formulaire en ligne (02/04/2020)

**Enfants en danger ?
Parents en difficulté ?**
Le mieux, c'est d'en parler !



ALLÔ ENFANCE EN DANGER

Besoin d'aide ? Vous pouvez aussi nous écrire sur allo119.gouv.fr



Good Eye D 101 45 46 06 06


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

www.allo119.gouv.fr


D
DÉPARTEMENTS
DE FRANCE

Annexe 3

Modèles de signalement pour les sévices sur mineurs

Cachet du médecin

SIGNALEMENT Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

Le mineur :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

_____ »

- le mineur nous a dit que : «

_____ »

Cachet du médecin

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

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

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

-
-
-
-
-
-

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

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

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : En 2018, 306 800 mineurs soit 21% des mineurs en France, étaient pris en charge en protection de l'enfance. Ce nombre ne cesse d'augmenter. Ainsi, le taux d'informations préoccupantes et de signalements au niveau national et dans notre département de Seine-Maritime suit la même tendance. Paradoxalement, les médecins généralistes, en première ligne dans le suivi des mineurs, ne sont pas très fréquemment transmetteurs d'écrits (moins de 0.5% au niveau départemental et moins de 5% au niveau national).

L'objectif de l'étude était de déterminer comment les médecins généralistes de Seine-Maritime repèrent et prennent en charge les situations de maltraitance de l'enfant. L'objectif secondaire était de proposer un outil d'aides pour faciliter la gestion de ces situations.

Méthode : Etude qualitative à laquelle 15 médecins généralistes de Seine-Maritime ont participé. Les entretiens, réalisés en janvier 2020, étaient individuels et semi-directifs. Le guide d'entretien a été construit autour de plusieurs thématiques dont le repérage, la stratégie de prise en charge et de leurs difficultés ressenties lors de situations de maltraitance infantile.

Résultats : Les signes d'alerte sont connus par la majorité des médecins de notre étude. Toutefois, l'approche de la maltraitance infantile diffère d'un médecin interrogé à un autre. La multitude des modes de révélation et la nécessité d'une recherche systématique des diagnostics différentiels complexifient le processus. Le médecin généraliste se trouve au centre de la prise en charge et agit sans forcément mettre en pratique les éléments théoriques connus. Le signalement et l'information préoccupante sont les possibilités d'actions pour le médecin généraliste qui fait cependant face à de nombreuses difficultés. L'organisation de l'offre de soins, l'insuffisance de communication entre les services et le nomadisme médical des patients font partis de ces dernières.

Discussion : Face à des signes pourtant évocateurs, la maltraitance reste difficile à aborder en consultation. La méconnaissance des procédures, le manque de temps et la peur des représailles (devant la non-anonymisation des informations préoccupantes) questionnent le besoin d'amélioration du dispositif en place. La pluridisciplinarité nécessite d'être développée pour pallier le sentiment d'isolement des médecins généralistes. Elle pourrait répondre à leurs demandes d'aides face aux situations, souvent complexes, de maltraitance de l'enfant. Un tiers des médecins généralistes interrogés n'évoque cependant aucun interlocuteur vers qui s'orienter. Le développement de formations, avec les organismes locaux de la protection de l'enfance, et d'informations, à travers des outils d'aides au diagnostic et de conduites à tenir, mérite d'être proposé.

Mots clés : maltraitance des enfants, médecine générale, diagnostic, déclaration obligatoire