



HAL
open science

Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019

Lucie Grégoire

► To cite this version:

Lucie Grégoire. Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03182199

HAL Id: dumas-03182199

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182199v1>

Submitted on 26 Mar 2021

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

GREGOIRE Lucie

NEE LE 17 MAI 1992 A MONT-SAINT-AIGNAN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 JANVIER 2021

**VECU DU MEDECIN GENERALISTE SUITE A LA TRANSMISSION D'UNE
INFORMATION PREOCCUPANTE A LA CRIP 76 ENTRE 2018 ET 2019**

PRESIDENT DU JURY : Professeur Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Emilie PINON

MEMBRES DU JURY : Docteur Matthieu SCHUERS

Docteur Laëtitia ROLLIN

Docteur Brigitte BARUZIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
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 Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
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>surnombre</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
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
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 – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
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
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	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
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>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
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>surnombre</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 Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
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
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
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
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
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
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

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
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	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 santé	Législation pharmaceutique et économie de la
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 Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie

M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
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

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSSONE	Toxicologie

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 Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** 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 905)
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 Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - 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 improbations.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame le Professeur Priscille Gérardin de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, mais également de m'avoir accueillie en août 2016 dans son service de pédopsychiatrie afin de découvrir cette belle spécialité.

Je remercie également Monsieur le Docteur Matthieu Schuers pour son enthousiasme à l'idée de juger ce travail et pour son accueil lors d'échanges à ce propos. Merci d'apporter votre regard à la fois de médecin généraliste et d'enseignant universitaire au Département de Médecine Générale.

Merci à Madame le Docteur Laëtitia Rollin qui, sans me connaître, a gentiment accepté d'intégrer mon jury et s'est rendue disponible pour ma soutenance malgré ses contraintes professionnelles.

Merci à Madame le Docteur Brigitte Baruzier pour son aide et son accueil au sein de la CRIP 76. Nos rencontres ont toujours été constructives et votre regard bienveillant. Merci de m'avoir donné ce temps au tout début de votre retraite professionnelle.

Merci enfin à Madame le Docteur Emilie Pinon qui a accepté de diriger cette thèse avec joie et disponibilité. J'avais déjà apprécié de travailler avec toi lors de mon stage de médecine générale en tant qu'interne, et j'ai pu constater à nouveau combien tes conseils étaient précieux et précis durant ces derniers mois. Ta passion pour la recherche fait plaisir à voir !

Tous mes remerciements vont aussi aux différents médecins qui ont participé à ma formation pendant ces longues études, je pense notamment aux Docteurs Alban Dauvet, Nathalie Pellenc, Christian Bernard, Sébastien Baleizao et Catherine Boisgontier pour leur accueil en cabinet. Ils m'ont fait découvrir la « médecine de famille » mais aussi la protection de l'enfance en PMI. Merci aux médecins de l'hôpital de Dieppe que j'ai pu découvrir et apprécier pendant mon internat, en particulier les médecins des services d'Urgences, de Gériatrie, de Pédiatrie et de Psychiatrie.

Merci enfin à Monsieur le Directeur Philippe Grout pour son accueil à la CRIP 76 et son soutien depuis le début de ce travail.

A mes amis de toujours avec qui je partage des moments de détente et de rires au cours de nos retrouvailles ponctuelles : Laure, Caroline, Clémence, Adeline.

A mes camarades de faculté et mes co-internes pendant ces six semestres.

A Clara, pour nos moments « conf » en D4, merci pour ces lasagnes réchauffées avec amour chaque semaine et pour notre premier semestre ensemble aux urgences, que de bons souvenirs malgré des moments parfois stressants !

A Théophile, Grégoire, Yves, Mathilde, Anne-Sophie, Guénola et Emmanuel pour tous ces moments partagés à la BU mais aussi à l'aumônerie étudiante Santé.

A mes grands-parents, présents depuis toujours dans ma vie, ainsi qu'à ma marraine, Tata. Merci pour votre amour, votre présence, et votre participation à mon éducation. Une pensée particulière pour Pépé qui a exercé la médecine générale de campagne... Il est toujours passionnant de t'entendre discourir de longues années après sur les accouchements à domicile !

A mes beaux-parents, pour tout ce qu'ils m'apportent et me donnent. Rémi, pour votre exemple de médecin généraliste dont la réputation n'est plus à faire ; Françoise, pour tous les services que vous nous rendez. Merci pour votre disponibilité, que ce soit pour garder les enfants ou repeindre la cuisine !

A mes belles-sœurs et mon beau-frère, Caroline, Fanny et Paul. C'est toujours un plaisir de vous retrouver pour des repas de famille ou des vacances, même si le bruit ne cesse de croître avec les enfants !

A mes frères et sœurs. Jean Baptiste et François, co-locataires rouennais pendant nos études et maintenant confrères médecins, ainsi qu'Aurore ma belle-sœur ; Pierre pilier de la famille et correcteur orthographique ; Gabriel, le kiné de la famille ; Laure, ma filleule et Sophie qui se lance dans les études de médecine...

A tous mes cousins, cousines, oncles et tantes... Quelle joie de vous retrouver lors de cérémonies ou de fêtes de Noël !

A mes parents. Merci pour votre amour, votre éducation bienveillante et vos conseils dans mes choix. Maman, merci également pour ta patience pour la retranscription des verbatims ainsi que pour la relecture complète de ce travail. Papa, merci pour ton exemple de médecin humain, soucieux de ses patients.

A Raphaëlle et Jean, mes enfants qui me donnent tant de joie. Votre complicité si touchante est à faire fructifier avec votre futur petit frère ou petite sœur !

A Fabienne, leur nounou. Merci pour ta disponibilité sans faille auprès d'eux pendant ces moments de travail...

A Antoine, mon mari sans qui rien ne saurait être aussi beau. Merci pour ton amour depuis la première année de médecine et pour ces années d'études ensemble. Merci pour l'exemple que tu donnes à nos enfants et à tous. Bravo pour ton travail de thèse de pneumologie il y a quelques mois, et merci pour ta participation à la mienne, tant dans la relecture que la manipulation de Word ou Zotero... Cette année 2020 aura été bien chargée !

ABREVIATIONS

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AGBF : Aide à la Gestion du Budget Familial

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNO : Conseil National de l'Ordre

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CPS : Carte Professionnelle de Santé

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DPC : Développement Professionnel Continu

ECN : Examen Classant National

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

MSU : Maître de Stage Universitaire

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Projet pour l'Enfant

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

TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

Table des matières

INTRODUCTION	20
I. Contexte légal en France	22
1) Rappels historiques :	22
2) Loi de 2007.....	23
3) Loi de mars 2016.....	26
II. Secret médical et obligations du médecin	28
1) Code Pénal	28
2) Code de déontologie	29
3) Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)	30
III. Circuit de l'IP et modalités.....	31
1) Voies de recours	31
2) Modalités.....	33
MATERIELS ET METHODES	35
RESULTATS.....	38
I. Analyse descriptive de l'échantillon.....	38
II. Analyse des entretiens	40
1) Facteurs favorisant la transmission d'une IP	40
2) Un acte difficile pour le médecin généraliste.....	48
3) Conséquences d'une IP pour le médecin généraliste	58
4) Perspectives d'amélioration	67
DISCUSSION	72
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
Annexe 1 : Modèle de signalement donné par le Conseil de l'Ordre	84
Annexe 2 : Courrier d'information aux médecins participants.....	86
Annexe 3 : Guide d'entretien	88
Annexe 4 : Protocole départemental de l'alerte et du signalement en protection de l'enfance en Seine Maritime	90

INTRODUCTION

Après l'Examen Classant National (ECN) de 2016, il m'a fallu faire le choix entre deux spécialités qui m'intéressaient : la médecine générale et la pédopsychiatrie. Pour diverses raisons et après réflexion, mon choix s'est finalement porté sur la médecine générale, avec toujours cet attrait pour le suivi de l'enfant. Mes stages en cabinet de médecine générale, en Protection Maternelle et Infantile (PMI), et en pédiatrie ont conforté mon choix, et m'ont fait découvrir le domaine de la protection de l'enfance, avec ses prises en charge spécifiques, et ses situations complexes et variées.

En France, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est d'environ 306 800 en 2019, soit un taux de prise en charge de 21‰ des moins de 18 ans (chiffres en constante augmentation depuis 2003). Le nombre d'infanticide est de 122 au cours de l'année 2019 (1). Comme dans d'autres pays ayant un niveau de développement socio-économique comparable, 10% des enfants seraient sans doute victimes de violences en France (2). Ce chiffre reste probablement en deçà de la réalité, étant donné les difficultés à recenser les situations (3).

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que plus de 80% des mauvais traitements sont infligés au sein même de la famille. Elle a émis une fiche mémo à l'usage des professionnels de santé, en particulier des médecins, sur la prise en charge de l'enfance en danger (4).

Le médecin généraliste est le principal intervenant dans le suivi des mineurs, puisqu'il suit de façon régulière 88% des moins de 16 ans, et dans la plupart des cas également leurs parents (5).

Sa place de médecin de famille lui confère un rôle primordial dans le repérage des enfants en danger. Pourtant, il ne serait à l'origine que de 0.5% des Informations Préoccupantes (IP) en Seine Maritime (6).

De nombreux travaux universitaires tentent de comprendre les raisons de ce faible taux de transmission d'IP de la part des médecins généralistes. On retiendra notamment les freins suivants (7–10) :

- Peur de la dénonciation abusive
- Manque de formation sur le sujet
- Peur de faire un diagnostic erroné
- Méconnaissance des services de protection de l'enfance
- Crainte de faire une erreur lors de la rédaction
- Ignorance ou difficulté de la saisine des services
- Peur des conséquences pour les familles
- Peur de perdre le suivi ou la confiance des familles
- Peur des représailles

De ce fait, il m'a paru intéressant de rencontrer les médecins généralistes ayant été confrontés à des situations d'enfance en danger et à l'origine d'une IP.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier le vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une IP.

Cette étude vise également à mettre en évidence les facteurs qui entrent en jeu dans cet acte professionnel, d'en évaluer les conséquences sur la pratique et à identifier des perspectives d'amélioration.

I. Contexte légal en France

1) Rappels historiques :

En 1860, le docteur Ambroise Tardieu, médecin légiste français, donne la première description clinique du syndrome de l'enfant battu et rappelle le caractère volontaire des lésions infligées à l'enfant, bien souvent par les parents (11).

Les notions de droits de l'enfant et de protection de l'enfance maltraitée font leur apparition. A cette époque, les enfants abandonnés, les orphelins et les vagabonds étaient principalement pris en charge par l'institution religieuse (œuvres de charité).

La loi du 24 juillet 1889 vient apporter une protection aux enfants maltraités ou moralement abandonnés. Elle prévoit de retirer de son foyer familial tout enfant victime de mauvais traitements (« déchéance de la puissance paternelle ») et de le confier à des institutions privées ou publiques (12).

En 1945, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est créée pour prendre en charge les enfants ne pouvant demeurer dans leur famille.

En 1990, la France ratifie la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), qui promet de « défendre et de protéger les enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de leur donner davantage d'opportunités de s'épanouir pleinement » (13).

Au cours des dernières décennies, la notion d'enfance maltraitée évolue progressivement et les objectifs de l'ASE également : l'idée n'est plus seulement de prendre en charge l'enfant sans famille (qui subsiste de manière très limitée, les abandons se raréfiant) mais d'aider les familles en difficulté avec leurs enfants.

En 2004 est créé l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED). Il a pour objectif de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter » (14).

L'ONED remet chaque année un rapport au Gouvernement avec des analyses chiffrées relatives aux mineurs pris en charge (1).

La législation aboutit ainsi en 2007 à une loi réformant en profondeur le système de protection de l'enfance (15).

2) Loi de 2007

La loi du 5 mars 2007 n°2007-293 vient réformer la Protection de l'Enfance en France (15).

La notion « d'enfance en danger » se substitue à « l'enfance maltraitée ».

L'enfance en danger regroupe « *tous les mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être, ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être* ».

Entrent ainsi dans cette définition :

- **Les enfants maltraités** : « *victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychologique* »
- **Les enfants en risque** : « *qui connaissent des conditions d'existence risquant de compromettre leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation ou leur entretien* ».

L'enfant est ainsi placé au cœur du dispositif et les décisions prises doivent permettre de répondre à ses besoins fondamentaux.

Pour cela, la loi va s'articuler autour de 3 objectifs principaux :

a) *Améliorer le dispositif d'alerte et de signalement*

Ce dispositif vise à agir en amont de toute maltraitance.

Une cellule départementale est créée, la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes** (CRIP), placée sous la responsabilité du président du conseil départemental.

L'écrit transmis à la CRIP est appelé **Information Préoccupante (IP)**.

Celle-ci se définit comme suit : « *information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité, ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être, ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromis ou en risque de l'être. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.* » (Article R.226-2-2 du CASF).

Pour l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), l'IP est constituée de « *tous les éléments y compris médicaux susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur* ».

L'IP peut émaner du milieu médical, mais aussi de l'Education Nationale, de la justice, du 119, des familles et des particuliers.

Les parents doivent être avertis de la transmission d'une IP sauf intérêt contraire de l'enfant.

La CRIP est « *chargée du recueil, du traitement, et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des IP relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être* » (article L.226-3 du CASF).

Elle va donc diligenter une enquête sociale qui aboutira soit (16) :

- Au classement de l'IP sans suite si l'enquête ne retrouve pas d'éléments préoccupants,
- À un suivi médico-social avec mise en place de mesures administratives d'accompagnement en collaboration avec les parents,
- À la transmission du dossier au Procureur de la République si des faits de maltraitance à caractère pénal sont retrouvés ou si la famille refuse de collaborer.

Toutefois, il est possible d'interpeller directement le Procureur de la République par un écrit appelé **signalement** (terme juridique) en cas d'urgence à protéger un enfant maltraité.

La protection judiciaire est désormais subsidiaire et doit rester réservée soit aux faits de nature pénale, soit dans les cas où l'évaluation est impossible, soit enfin si une mesure administrative mise en place est inefficace ou si la famille refuse l'aide envisagée.

b) Renforcer la prévention :

La loi de 2007 développe le rôle médico-social de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et confie l'organisation de ses missions au Président du Conseil Général.

Elle apporte une base légale à certaines actions de prévention primaire comme l'entretien prénatal du 4^{ème} mois de grossesse ou les bilans de santé systématiques des enfants de 4 ans à l'école maternelle organisés par les PMI.

Par ailleurs, l'article 25 de la loi prévoit de renforcer la formation des intervenants en protection de l'enfance (médecins, personnel paramédical, travailleurs sociaux, enseignants, mais aussi cadres territoriaux prenant des décisions relatives à la protection de l'enfance).

c) Diversifier les modes d'intervention administrative et judiciaire :

L'évaluation de la situation de l'enfant doit aboutir à une prise en charge spécifique avec d'éventuelles prestations et mesures d'accompagnement.

Il peut s'agir de mesures :

- Administratives : intervention à domicile d'une TISF (Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale) avec un rôle d'accompagnement et de soutien au sein du foyer, d'une AED (Aide Educative à Domicile), versement d'aide financière...

- Judiciaires : décidées par le juge des enfants et imposées aux parents, pour une durée maximale de 2 ans et révisées périodiquement. Il s'agit de l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) et de l'Aide à la Gestion du Budget Familial (AGBF).
- Ou alternatives avec notamment l'accueil de l'enfant, allant de l'hôpital de jour (soutien éducatif sans hébergement) au « placement » de l'enfant (accueil à temps plein).

Les ressources et les compétences de l'environnement familial vont servir de base à la décision.

Ce sont les conditions pour porter remède au danger qui vont orienter la prise en charge vers le versant administratif ou judiciaire, et non pas le danger en lui-même.

3) Loi de mars 2016

Cette loi vient renforcer la loi de 2007. Elle s'appuie sur un rapport complet de 2014 analysant le dispositif de 2007 afin de l'améliorer et de le rendre plus efficace (17).

Elle effectue un recentrage sur les besoins fondamentaux de l'enfant en soulignant que les actions doivent être menées dans le respect de ses droits (article L 112-3 du CASF).

Trois principaux objectifs ressortent du texte (18) :

- Amélioration de la gouvernance locale et nationale de la protection de l'enfance : désignation d'un médecin référent de protection de l'enfance dans chaque département coordonnant la cellule de recueil, les services départementaux et les médecins libéraux ou hospitaliers ; mise en place de protocoles départementaux ; renforcement de la formation des professionnels de la Protection de l'enfance ; création d'un Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE) ; transformation de l'ONED en Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE).

- Sécurisation du parcours de l'enfant en protection de l'enfance : renforcement de la transmission d'informations entre les départements ; réalisation d'un « Projet Pour l'Enfant » (PPE) précis avec un rapport régulier de la situation et de l'évolution de l'enfant ; mise en avant de l'importance de la pluridisciplinarité dans l'évaluation et la prise en charge des situations.
- Adaptation du statut de l'enfant placé sur le long terme : sécurisation de l'adoption simple désormais irrévocable jusqu'à la majorité de l'adopté ; remplacement de la déclaration judiciaire d'abandon par une déclaration judiciaire de délaissement parental.

Ces dernières années sont marquées par l'adoption de deux plans triennaux gouvernementaux de lutte contre les violences faites aux enfants :

- Plan triennal 2017-2019 (19) permettant d'améliorer le repérage par les médecins hospitaliers des enfants victimes de violences, et mettant en place un médecin référent dans chaque établissement hospitalier ;
- Plan triennal 2020-2022 (20) ayant pour mission de former et soutenir les médecins libéraux confrontés à des situations de maltraitance, grâce notamment à la désignation d'équipe référente régionale qui pourrait faire le lien avec le médecin référent départemental.

II. Secret médical et obligations du médecin

1) Code Pénal

En France, la loi impose à tout citoyen de signaler une situation d'enfance en danger ou en risque de danger. Si cela n'est pas fait, il s'agit de non-assistance à personne en danger (article 223-6 du Code Pénal), passible de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Tout professionnel de santé est par ailleurs soumis au 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. » (Article 226-13).

La loi du 5 novembre 2015 vient modifier le code Pénal avec l'article 226-14 autorisant la révélation du secret dans certaines situations :

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

- *A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, (...) dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ;*
- *Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, (...), les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur (...) son accord n'est pas nécessaire. »*

Cette loi accorde également une quasi-immunité au signalant : c'est le principe d'irresponsabilité civile, pénale et disciplinaire :

« Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Le médecin n'est pas responsable de mener l'enquête, il porte simplement à la connaissance de la CRIP ses appréhensions et préoccupations, et ne peut être poursuivi pour diffamation.

2) Code de déontologie

L'article 44 du code de déontologie incite les médecins à alerter les autorités pour protéger l'enfant (21) :

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

Toutefois, le Conseil National de l'Ordre des médecins précise que le médecin doit agir avec « *prudence et circonspection* » et alerter en tenant compte de plusieurs facteurs (22):

- Un signalement aux autorités sur de simples présomptions peut déstabiliser une famille ;
- L'hospitalisation de l'enfant ou de l'adulte peut être une mesure de sauvegarde et de mise à l'abri du risque ;
- Une surveillance étroite et un accompagnement du milieu familial en équipe pluridisciplinaire (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux) peuvent être

suffisants ; la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation peut-être utilement saisie.

Dans tous les cas, il rappelle que le médecin a l'impérieux devoir de prévenir.

3) Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Il introduit la notion de partage des informations à caractère secret entre professionnels apportant leur concours à la protection de l'enfance (article 226-2-2) :

« Les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Par ailleurs, l'article 226-5 rappelle les obligations d'information du Président du Conseil Départemental :

« Le président du conseil départemental informe les personnes qui lui ont communiqué des informations (...) des suites qui leur ont été données. En cas de saisine de l'autorité judiciaire, il en informe par écrit les parents de l'enfant ou son représentant légal. »

Ainsi, après avoir transmis une IP, le médecin transmetteur recevra un accusé de réception de la CRIP précisant à qui a été diligentée l'enquête.

III. Circuit de l'IP et modalités

1) Voies de recours

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a émis en 2011 une analyse complète des IP et des CRIP, montrant notamment que les principaux pourvoyeurs d'IP étaient l'Education Nationale et le Parquet (23).

Des protocoles établis dans certains départements entre l'Education Nationale, le Conseil Départemental et l'Ordre des médecins peuvent expliquer ces résultats.

« Des protocoles sont établis entre le président du conseil départemental, le représentant de l'Etat dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations. Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire. Les services publics, ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, participent au dispositif départemental. Le président du conseil départemental peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance » (Article 226-3 CASF). A titre d'exemple, le protocole pour la Seine-Maritime est disponible en Annexe 4.

Les alertes transmises par le secteur médical représentent une très faible part (environ 5% d'après le Conseil National de l'Ordre des médecins), et émanent des médecins libéraux et hospitaliers confondus (24).

Le secteur médical arrive systématiquement derrière les autres acteurs, que ce soit pour une IP ou un signalement (25).

En ce qui concerne la Seine Maritime, la CRIP 76 a centralisé en 2018 environ 3400 IP :

- 32% des IP concernaient des enfants de 0 à 5 ans,
- 33,3% des enfants de 6 à 11 ans,
- 34,8% des enfants de 12 à 17 ans.

Les trois principaux transmetteurs étaient dans l'ordre : les services médico-sociaux du Département (32,68 %), l'Éducation nationale (21,14 %) et les Parquets (10,58%), comme le montre la Figure 1. Seules 0.5% des IP de Seine Maritime émanaient des professions libérales.

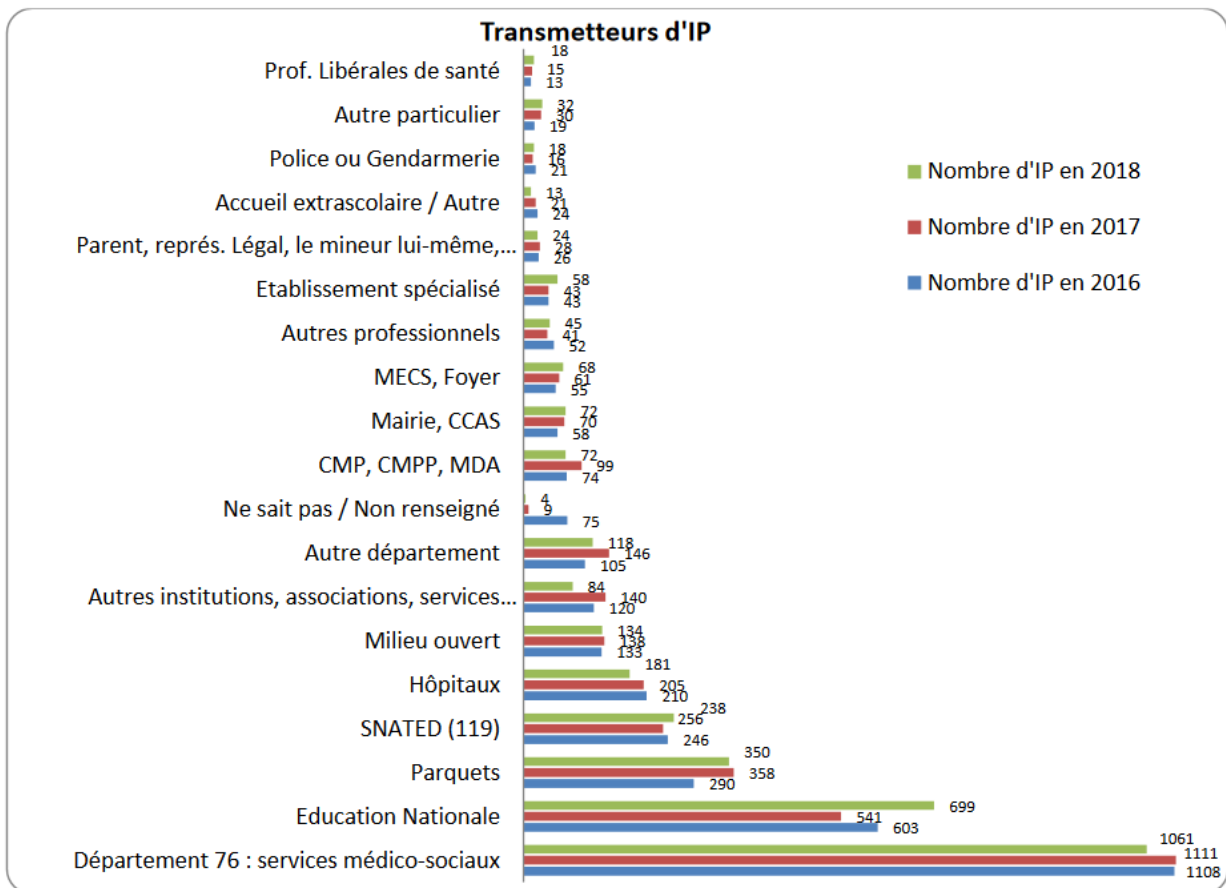


Figure 1 : Transmetteurs d'IP en 2016, 2017 et 2018 en Seine Maritime. Issue du rapport 2018 de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance Seine Maritime (6). MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social ; CCAS : Centre Communal d'Action Social ; CMP : Centre médico-professionnel ; CMPP : Centre médico-psychopédagogique ; MDA : Maison des Adolescents ; SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) ou 119 est un numéro joignable 24h/24h et 7j/7. Il permet de recevoir des appels de toute personne confrontée à une situation d'enfance en danger ou en risque de l'être. Le professionnel de l'enfance répondant à l'appel donnera des conseils, évaluera la situation et transmettra si nécessaire les informations reçues à la CRIP (26).

En 2019, environ 34 000 appels ont été présentés au SNATED. Cela correspond à 93 par jour, dont 36% émanent de la famille proche. 6012 appelants sont des mineurs dont 4 733 directement concernés. Ces appels aboutissent à 47 IP par jour (soit un appel sur deux) et 46 aides immédiates par jour (soutien, conseils).

95.3% des auteurs présumés de danger seraient la famille proche de l'enfant (27).

2) Modalités

Depuis 2007, la CRIP est le destinataire de toutes les IP, quel que soit le circuit utilisé.

La CRIP est joignable par téléphone aux heures ouvrables. Le professionnel peut prendre contact pour discuter d'une situation, et recevoir des conseils sur les démarches à effectuer.

L'IP doit être ensuite rédigée et transmise par écrit, courrier ou mail. Elle ne doit être adressée qu'à la CRIP et non aux parents ou à des tiers. En revanche, les parents doivent en être informés, sauf intérêt contraire de l'enfant. Il est souhaitable de présenter aux parents cette mesure comme une aide pour résoudre les difficultés rencontrées et identifiées.

Le médecin veillera à transmettre des informations complètes et à rapporter les faits en décrivant la situation de façon objective.

Il n'existe pas de formulaire type fixé par la loi. Le courrier doit regrouper des éléments informatifs sur l'enfant et sa famille (identité, adresse ...), les éléments et motifs d'inquiétude, et des éléments sur l'informateur.

La CRIP analysera ensuite l'IP dans un délai maximal de 3 mois. En contexte d'urgence, elle réalisera un signalement au Procureur de la République. Sinon, elle pourra mandater les travailleurs médicaux-sociaux (ASE, PMI...) pour évaluer les conditions de vie de l'enfant.

Un modèle de signalement est donné sur le site du Conseil National de l'Ordre, visible en Annexe 1.

Le parcours de l'IP et son traitement sont résumés dans la Figure 2.

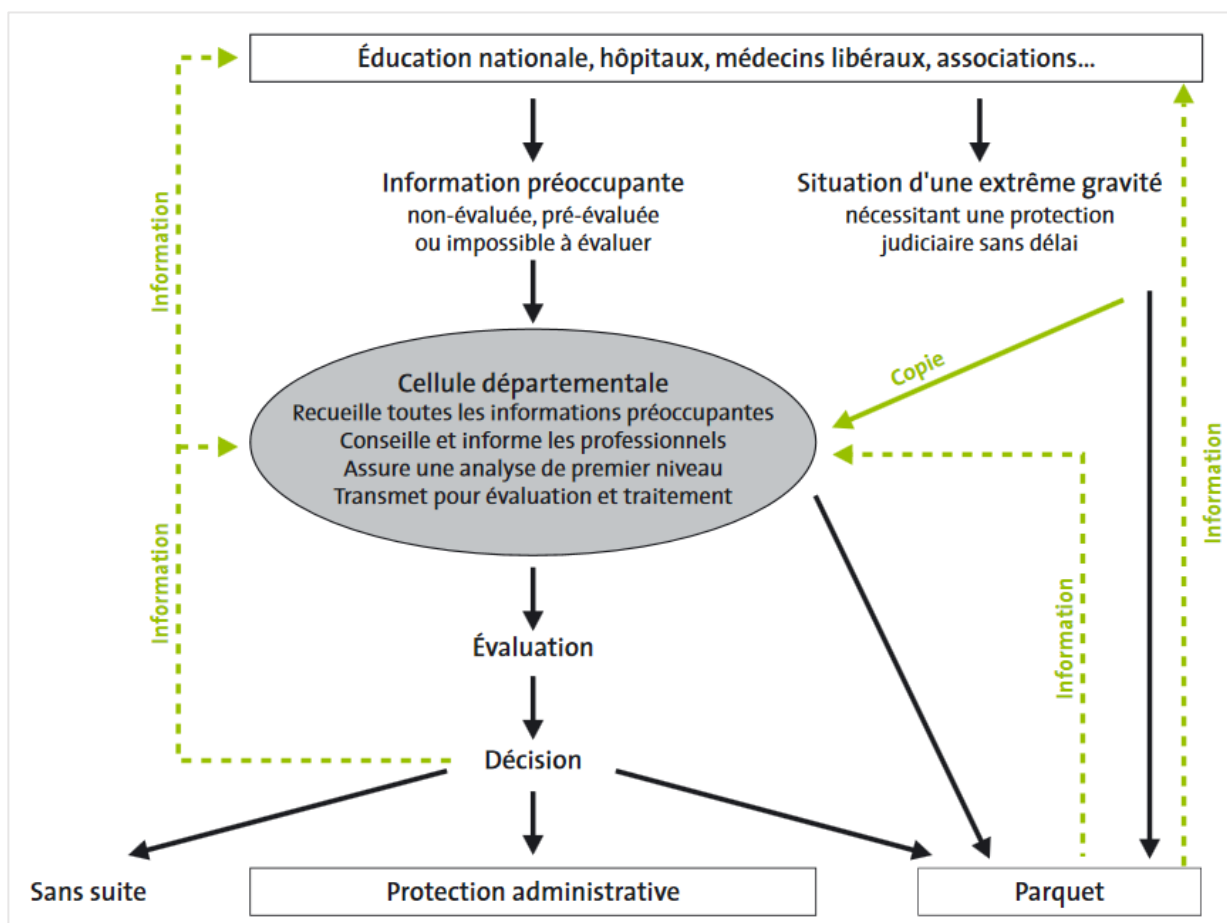


Figure 2 : Organisation du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. Issue de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance.

MATERIELS ET METHODES

Une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés a été réalisée.

Cette méthode, issue des Sciences Humaines et Sociales, a pour objet spécifique d'étudier les représentations et les comportements. Elle permet également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins. Il s'agit ainsi de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions (28).

C'est la singularité des sujets qui est mise en avant, et on ne recherchera pas à mesurer, prouver ou démontrer une réalité (29).

Cette méthode nous a paru être la plus appropriée pour recueillir le ressenti et le vécu des médecins généralistes face à une situation de protection de l'enfance.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée (ou échantillonnage ciblé). La population cible était les médecins généralistes ayant transmis une IP à la CRIP de Seine Maritime entre 2018 et 2019.

Pour ce faire, l'investigateur s'est rendu à la CRIP en mai 2019 afin de s'entretenir avec le médecin coordonnateur et le directeur de la Protection de l'enfance. Par la suite, l'ensemble des médecins concernés ont reçu un mail du directeur de la Protection de l'Enfance les informant de notre travail et de notre volonté de prendre contact avec eux. Ils pouvaient refuser d'être contactés.

La liste des médecins généralistes ayant transmis une IP entre janvier 2018 et mai 2019 nous a alors été remise. Les médecins remplaçants et les médecins de PMI, qui ne rentrent pas dans la définition du « médecin de famille », n'ont pas été inclus. Cette définition, rappelée sur le site du Conseil de l'Ordre, est décrite par la Société Européenne de médecine générale – médecine de famille comme une médecine globale non sélective intégrant des dimensions multiples et mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés (30).

Une déclaration à la CNIL a été faite, et l'investigateur a pris contact avec la Déléguée à la Protection des Données de l'Université de Rouen, afin de rédiger ensemble une fiche d'information pour les participants (Annexe 2) ainsi qu'un formulaire de consentement. Ces deux documents ont été envoyés par mail aux participants.

Un guide d'entretien a été élaboré à la suite d'un travail bibliographique et à partir de discussions avec le directeur de thèse et le médecin coordonnateur de la Protection de l'Enfance (Annexe 3). Ce guide d'entretien a été testé sur les deux premiers entretiens, puis modifié au fur et à mesure de la recherche si bien que la trame du guide final est différente de celle du guide initial. Cela ne met pas en danger la cohérence de l'enquête car l'entretien est avant tout un moment d'interaction entre deux personnes, et au fur et à mesure des rencontres, de nouvelles interrogations peuvent apparaître quand d'autres deviennent inutiles (31).

Il s'agit de la théorisation ancrée, méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données recueillies. Le chercheur collecte des données sans *a priori* et sans hypothèse, et va essayer de leur donner du sens (29).

Les entretiens ont été réalisés dans les cabinets médicaux de chaque médecin, sur rendez-vous fixé par téléphone. Les participants avaient au préalable donné leur accord et signé un formulaire de consentement. A la fin de chaque entretien, il a été demandé au médecin s'il souhaitait rajouter quelque chose. Une proposition leur a été faite de leur envoyer les résultats de l'étude une fois celle-ci terminée.

L'enregistrement a été réalisé grâce à un dictaphone intégré sur smartphone, en parallèle d'une prise de note manuscrite. Ils ont ensuite été retranscrits de façon anonyme sur le logiciel Microsoft Word par une tierce personne : il s'agit du verbatim du travail de recherche.

Le verbatim de chaque entretien a ensuite été analysé simultanément à la collecte afin d'obtenir une analyse en constante évolution. Un codage ouvert a été réalisé par

l'investigateur et le directeur de thèse sur les deux premiers entretiens afin de comparer les codes obtenus.

Le codage axial qui a suivi a permis d'articuler entre eux les différents codes obtenus en codage ouvert. Enfin, le codage sélectif a fait ressortir les grands thèmes de l'étude, ou catégories.

Le logiciel NVivo version 1.2 a été utilisé pour le codage des verbatims (32).

Les critères COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) ont été utilisés tout au long de la rédaction de notre travail afin d'en améliorer la qualité (33).

RESULTATS

Les entretiens ont été réalisés de septembre 2019 à juin 2020. Ils portaient sur des IP transmises à la CRIP de Seine Maritime entre janvier 2018 et mai 2019.

Aucun médecin n'avait refusé d'être contacté. Au total, 12 entretiens ont été effectués ; la saturation des données a été obtenue au 11^{ème} entretien et confirmée par un entretien supplémentaire, c'est-à-dire qu'aucun élément nouveau n'a émergé de l'analyse des données des 11^{ème} et 12^{ème} entretiens.

La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes, avec un minimum de 10 minutes et un maximum de 44 minutes.

I. Analyse descriptive de l'échantillon

Sur les 12 praticiens interrogés, 7 étaient des femmes et 5 des hommes.

Tous exerçaient une activité de groupe en cabinet, et la plupart étaient Maîtres de Stage Universitaires (MSU), c'est-à-dire qu'ils recevaient des internes (dix médecins).

Les activités étaient diverses (urbaine, rurale et semi-rurale).

La majorité des praticiens avaient entre 35 et 45 ans, soit installés depuis moins de 12 ans.

Cinq praticiens possédaient des Diplômes Universitaires (DU) en lien avec l'enfance ou la maternité.

	Age	Sexe	Activité	Nombre d'années d'installation	Activité pédiatrique	Diplôme Universitaire	Maître de stage
M1	63	Masculin	Urbaine	34	30%	DIU médecine de l'adolescent	Oui
M2	40	Féminin	Semi rurale	12	40%	Non	Oui
M3	50	Féminin	Urbaine	21	20%	Non	Oui
M4	33	Masculin	Semi rurale	5	30%	Non	Oui
M5	41	Masculin	Semi rurale	7	30%	DU de pédiatrie préventive	Oui
M6	38	Féminin	Rurale	10	5%	DU de lactation	Oui
M7	37	Féminin	Urbaine	5	25	Non	Non
M8	41	Masculin	Rurale	12	28%	Non	Oui
M9	43	Féminin	Urbaine	7	32%	Projet de DU de pédiatrie préventive	Oui
M10	41	Féminin	Urbaine	8	30%	DU de pédiatrie préventive	Non
M11	62	Masculin	Semi rurale	30	29%	Non	Oui
M12	43	Féminin	Rurale	8	35%	DU de gynécologie	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

II. Analyse des entretiens

L'analyse qualitative a permis de mettre en évidence 4 codes sélectifs, contenant 4 à 7 codes axiaux chacun. Au total, 150 codes ouverts ont été obtenus.

Les 4 grands thèmes du codage sélectif sont les suivants :

- Facteurs favorisant la transmission d'une IP
- L'IP : un acte difficile pour le médecin généraliste
- Conséquences d'une IP pour le médecin généraliste
- Perspectives d'amélioration

1) Facteurs favorisant la transmission d'une IP



- Tout d'abord, certains éléments contextuels et cliniques participaient à la prise de décision.

Le contexte familial, environnemental et clinique avait un impact majeur dans le choix de réaliser une IP, le problème rapporté par les parents en consultation étant parfois l'élément révélateur d'une carence multiple plus profonde :

M5 : « *La brûlure en tant que telle ne m'avait pas interpellée, c'était plutôt le contexte où il n'y avait pas franchement de maltraitance évidente mais plutôt carence éducative, carence de soins, euh retard vaccinal, et puis au niveau hygiène corporelle aussi, c'était un petit garçon qui n'était pas très propre, qui avait un retard de langage, donc il y avait quand même beaucoup d'éléments* »

M3 : « *Il y avait une carence de tout dans ce milieu-là, du coup ce n'était pas difficile* »

La connaissance de la famille à plusieurs degrés pouvait ainsi orienter la décision :

M1 : « *J'ai fait une IP parce que je savais aussi que dans la famille du père, il y avait eu des problèmes avec le grand-père, qui lui-même avait eu des problèmes avec la justice, bon... Il y avait un contexte familial assez particulier* »

M8 : « *Ce qui était compliqué, c'était qu'en plus le père était mis en cause dans plusieurs affaires d'agressions sexuelles* »

Ce besoin de soins et de soutien familial n'annonçait pourtant pas automatiquement une IP mais au moins le déclenchement d'un accompagnement, selon la nature du problème observé ; l'IP était réalisée si aucune prise en charge n'avait été initiée :

M12 : « *En fait je m'étais dit : s'il est suivi en PMI je m'arrête là. Mais si véritablement il n'a aucun suivi, je fais l'IP* ».

Le degré d'urgence était également un facteur clinique très important dans la prise de décision, ainsi que le choc de la découverte de la situation :

M4 : « *J'avais l'intime conviction que le gamin était mort si je ne le faisais pas* ».

M7 : « *Le bébé il devait avoir 4 mois, et il avait sur le flanc une grosse croûte genre euh...trou de cigarette, et comme un petit peu de cendres qui auraient glissé... Enfin une lésion vraiment qu'on ne pouvait pas trouver sur un nourrisson de cet âge-là en fait.* »

L'anamnèse de la situation, rapportée ou confirmée par l'enfant lui-même avait une place prépondérante et déclenchait la décision de facto :

M2 : « *Ce qui a déclenché l'IP, c'est que l'enfant ose en parler spontanément, d'ailleurs en banalisant les choses, puisqu'il expliquait que des fois quand il s'énervait un peu, le papa allait le mettre sous la douche d'eau froide, et le tapait pour essayer de le calmer. A priori ça arrivait très régulièrement, et puis ça venait dans un contexte, une prise en charge qui restait très difficile sur le plan médico-social* »

M9 : « *Les enfants confirmaient les propos, la grande fille s'est mise à pleurer et m'a dit que c'était invivable, qu'ils n'en pouvaient plus* ».

- L'attitude des parents et leur adhésion aux demandes du médecin importaient dans l'orientation de la prise en charge.

M6 : « *Je leur ai demandé qu'ils aillent aux urgences. Et comme ils ne s'étaient pas rendus aux urgences, et bien 24h plus tard j'ai appelé la CRIP* »

M6 : « *J'y suis venue parce que j'avais une rupture de contact* »

Ainsi une famille refusant les aides pouvait faire l'objet d'une démarche administrative. A contrario une famille adhérent au projet pouvait bénéficier d'une démarche de soins

articulée autour du médecin traitant et en collaboration avec le réseau local d'assistantes sociales et PMI :

M4 : « *Il y a des familles plus fragiles que d'autres, qui sont en difficulté, pour lesquelles on ne rédige pas forcément d'IP ! Quand ils sont adhérents, quand on a toujours un contrôle, un œil dessus, je sais pas si c'est forcément la peine de faire partir les choses de manière non contrôlée* »

- Pour plusieurs médecins, la place du médecin de famille, recevant des informations particulières ou des confidences liées à la proximité, était source de devoirs.

M3 : « *La question que je me suis posée à ce moment-là c'était assez compliqué : quel est mon devoir ?* »

M1 : « *Ça fait partie des situations où on est obligé de prendre parti [en tant que médecin traitant], on prend parti de l'enfant. Il fallait éclaircir cette histoire* ».

M2 : « *C'était vraiment le bien-être des enfants qui était à privilégier* »

M12 : « *A chaque fois je me suis dit : je suis le médecin traitant, donc si l'enfant est en danger, je ne dois pas tenir compte des autres paramètres* »

Pour ces médecins, défendre l'enfant faisait partie des rôles du médecin traitant. La protection de l'enfance était un devoir inhérent au travail de médecin généraliste, et donc un facteur favorisant à part entière.

- L'apport des échanges interprofessionnels et familiaux

Rapportés par la totalité des médecins interrogés comme facteurs favorisant la démarche, les échanges permettaient au médecin confronté à la situation de se sentir soutenu et conforté dans son choix.

La PMI tenait une place particulière dans les échanges, du fait de sa proximité territoriale et de son expertise dans le domaine de la protection de l'enfance. Elle fournissait au médecin de nombreux conseils.

M7 : *« A chaque fois j'appelle la PMI, je leur dis mon truc et c'est eux qui me disent : « Ben écoute, on les connaît déjà, on les suit, écris quelque chose... ». En fait je me laisse guider par eux, je passe un coup de fil et c'est eux qui me disent quoi faire. »*

M2 : *« On a très vite prévenu la PMI dans un premier temps »*

M3 : *« Pour cette famille-là, je suis en contact avec la PMI depuis le début, je crois qu'il faut vraiment s'appuyer sur les médecins de PMI ».*

Les confrères du cabinet étaient cités par tous les médecins interrogés, ainsi l'exercice en groupe étaient selon eux un facteur facilitant la démarche.

M1 : *« J'en ai discuté avec mes collègues qui connaissent la famille »*

M2 : *« L'exercice en groupe fait aussi qu'on a moins d'états d'âmes à faire ce genre de signalement »*

M3 : *« Pouvoir en parler à ses confrères, en qui on a confiance, c'est important »*

M4 : *« On a l'habitude de collégier les choses et de ne pas rester seul dans des situations compliquées ; donc oui j'en ai parlé et mes collègues effectivement m'ont dit qu'il fallait le faire »*

M9 : *« J'en ai discuté avec mon interne qui était là cette semaine-là, j'en ai rediscuté le lendemain avec mon collègue parce que ça me trottait vraiment dans la tête ».*

Les collègues pédiatres avaient été sollicités par un praticien interrogé. L'avis reçu avait conforté le médecin dans son analyse de la situation.

M6 : *« Quand j'ai vu l'enfant en consultation, je me suis dit : mais est-ce que c'est une histoire plausible ? Donc je me suis appuyée sur l'avis d'un pédiatre urgentiste que j'ai appelé au CHU de Rouen, parce que l'enfant avait 4 mois, pour lui dire « voilà est-ce que vous avez*

déjà eu ça, est-ce que c'est possible ? » ; je sentais un peu les choses en matière de maltraitance mais il m'a dit « non, bien sûr que non c'est absolument impossible qu'un enfant puisse... Bien sûr il peut être énervé et se donner des coups mais c'est impossible que ça donne lieu à des ecchymoses ».

Les conjoints des médecins interrogés ainsi que les amis aidaient parfois le médecin à prendre la décision de transmettre une IP.

M11 : « *J'ai une femme médecin, qui fait le même métier que moi (rires), dans un quartier plus sensible, donc j'en ai discuté avec elle* »

M4 : « *J'en ai parlé avec des amis, avec ma femme aussi, ce sont des situations complexes émotionnelles à gérer* »

M7 : « *Mon mari est médecin aussi, c'est vrai que c'est le genre de truc qu'on ramène à la maison* »

M10 : « *J'ai une amie psychologue qui travaille dans des suivis d'autistes, et donc qui fait aussi des notes d'informations préoccupantes assez régulièrement... C'est elle qui m'a aidée à faire ça* ».

Un praticien rapportait également avoir eu le besoin d'en discuter en groupe de pairs Balint.

- Le lien avec La CRIP

Plusieurs médecins ont évoqué leurs contacts avec la CRIP en amont de la rédaction de l'IP. Ils avaient apprécié la disponibilité téléphonique de la cellule, permettant un accès à de nombreux conseils tant sur la situation que sur la démarche en elle-même.

M1 : « *J'ai appelé la cellule Enfance en danger, j'ai eu un entretien avec le médecin à qui j'ai expliqué le truc, qui m'a dit de faire une IP.* »

M3 : « *Il y a un médecin joignable Enfance en danger ; pouvoir appeler le médecin en disant : « voilà la situation, c'est ça, je me pose la question de faire une IP, qu'est-ce que vous en pensez ? » Eh bien ça, ça peut aider. »*

M9 : « *Au début on a besoin d'avoir quelqu'un au téléphone pour savoir quoi mettre dans cette information, ce que ça va engendrer, parce que finalement on ne sait pas trop, de temps en temps on a une suspicion de quelque chose mais on n'est pas sûr à 100%, et j'avais besoin de quelqu'un au téléphone qui me rassure, qui me dise vraiment : « voilà ce qui va être fait, voilà comment ça va se passer », parce que même ça, je le savais pas. »*

Beaucoup ont été agréablement surpris par la facilité de la démarche d'un point de vue administratif ou technique.

M3 : « *Au niveau pratique c'est simple, plus simple que de faire un signalement au Procureur de la République »*

M6 : « *J'avais été bien dirigée par la personne au téléphone, j'avais fait un mail détaillé, j'ai été factuelle sur ce que j'avais constaté. J'ai trouvé que c'était même plutôt facile parce que je l'avais transmise par mail. »*

M8 : « *Sincèrement, sur le plan technique, sur le plan des outils, c'est assez facile, il n'y a pas vraiment de difficultés particulières ».*

Deux médecins évoquaient la possibilité de garder l'anonymat lors de la transmission de l'IP, ce qui pouvait rassurer notamment dans le cadre de violences familiales avec potentielles représailles, et ainsi faciliter la démarche.

M6 : « *La cellule m'a demandé si mon nom pouvait être mentionné ou pas, donc c'était une option, et donc le fait que notre nom ne soit pas forcément indiqué aux parents quand ils sont recontactés peut rassurer »*

M9 : « *J'avais demandé que la personne ne soit pas au courant que c'était moi qui avais fait la demande parce que c'était quelqu'un de violent, et très violent »*

- Paramètres personnels du médecin

Enfin, le tempérament ou la personnalité du médecin entrait en jeu dans la décision de réaliser une IP. Plusieurs médecins n'hésitaient pas car « il fallait le faire », outrepassant la peur des potentielles conséquences. Leur côté décisif était visible au cours des entretiens. Un médecin a relevé ce point de lui-même.

M4 : « *C'est aussi une histoire de personnalité, j'ai pas peur de ce que je fais et ...j'assume pleinement mes faits et gestes* »

Autre paramètre personnel apparaissant comme facteur favorisant : la formation médicale de chacun et les antécédents de transmission d'IP. L'expérience antérieure d'une IP bien conduite favorisait le renouvellement de la démarche. Un médecin a également mis en évidence un lien avec la gériatrie ou des démarches similaires peuvent être effectuées.

M4 : « *On fait des informations aussi en gériatrie, peut-être que c'est ça qui aide aussi, sur des personnes fragiles et des demandes de sauvegarde de justice et des choses comme ça* ».

2) Un acte difficile pour le médecin généraliste



Malgré de nombreux facteurs favorisant ou facilitant la démarche, la réalisation d'une IP reste un acte difficile pour le médecin traitant. Même si les médecins interrogés ont su les surmonter ou les dépasser, ces difficultés restent néanmoins intéressantes à analyser. Certaines pourront faire l'objet de mesures d'amélioration, tandis que d'autres resteront inhérentes à la condition de médecin de famille.

- La multiplicité de situations

Première difficulté majeure pour le médecin généraliste, la variété de situations de protection de l'enfance auxquelles il peut être exposé demande une capacité d'adaptation rapide au cours de la consultation. Le choc de la découverte de cas de maltraitance dans sa

patientèle, la participation affective du médecin, et le poids de la responsabilité d'agir vite accentuent encore la difficulté.

Sur les 12 situations de notre étude, aucune ne se ressemble, aucune n'est identique. Pourtant l'IP sera dans chaque situation l'aboutissement de la réflexion et de la démarche.

Nous pourrions toutefois regrouper certaines situations, comme définies dans la loi de 2007 : **situations d'enfants maltraités ou situations d'enfants en risque.**

Dans les **enfants maltraités**, nous retrouvons des situations d'abus sexuels :

M1 : « *La gamine a dit qu'elle dormait avec son père, que son père dormait tout nu, et qu'il y avait eu des attouchements* ».

M3 : « *Un jour, ses filles sont venues me révéler qu'elles avaient été victimes d'abus sexuels de la part de leur père dans leur enfance* ».

Les situations de maltraitance physiques étaient plusieurs fois évoquées :

M6 : « *Au cours de la consultation elle a constaté que l'enfant avait sur ses deux joues deux ecchymoses, le père disait que son enfant pleurait beaucoup et qu'il se donnait lui-même des coups de poing* ».

M2 : « *Un des enfants est arrivé un jour avec une marque sur le visage, on a essayé d'en savoir un peu plus, ça été compliqué ; mais l'enfant pris à part tout seul a dit assez rapidement que papa l'avait frappé* ».

M9 : « *Je lui ai demandé si le confinement n'avait pas été trop dur, et en fait là il a un peu craqué en me disant qu'il ne savait plus comment faire parce que sa femme menaçait régulièrement de tuer toute la famille* ».

Quelques cas de négligences lourdes ont été rapportés :

M12 : « *C'était un petit bébé de 3 mois avec ses parents, une mère très très jeune (elle avait 17 ans), et c'est noté dans la période à la maternité que le bébé a fait un AVC* ».

ischémique d'étiologie inconnue. Et dans le carnet de santé, aucun suivi depuis l'accouchement... Pas de kiné, rien. »

M2 : « Sur le plan alimentaire c'était très inadapté, et donc des difficultés dentaires. Un des enfants qui devait avoir 3 ans maximum a fait une cellulite dentaire, j'ai dû le faire hospitaliser et il a dû se faire édenté d'une bonne partie de ses dents de lait »

Mais la plupart des situations concernaient des **enfants en danger** (« *qui connaissent des conditions d'existence risquant de compromettre leur santé, leur sécurité, leur moralité, leur éducation ou leur entretien* » loi du 5 mars 2007), avec notamment des climats de violence familiale.

M10 : « Il est arrivé complètement bourré à la consultation, il a fait une clé de bras au fils devant moi. Lui il picolait, elle aussi un peu, et puis ils se tapaient dessus, je faisais parfois des certificats ».

M4 : « Elle est tombée enceinte et là franchement j'ai eu peur pour le gamin. Le milieu violent dans lequel il était ne laissait aucun doute sur le fait que le gamin il serait décédé très vite s'il restait là-bas ».

M10 : « Je me suis dit : un célibataire endurci qui passe ses journées à s'occuper de sa grand-mère, et qui à chaque vacances reçoit sa fille de 16 ans qui dort avec lui, c'était quand même un petit peu dangereux... ».

M5 : « Il y avait un faisceau d'arguments qui me faisait dire que c'était un enfant en carence de soins, carence affective peut-être pas, mais qui était dans une situation qui potentiellement pouvait être dangereuse pour son développement ».

M11 : « Il faut aller enquêter, c'est une famille qui a besoin de soutien, c'est une mère qui est isolée, et les enfants certainement perturbés. Je me dis que c'était presque préventif, parce qu'en fin de compte, la situation n'était pas catastrophique ! »

De cette variété de situations, difficiles à gérer émotionnellement et professionnellement, se dégage une autre difficulté totalement intriquée : celle de choisir entre l'IP ou le signalement

au Procureur de la République. L'interpellation du Procureur est normalement réservée aux situations d'urgences à protéger l'enfant en danger. Mais plusieurs médecins s'interrogent sur la définition « d'urgence » ou de « danger immédiat ». Pour eux, la limite de l'urgent et du non urgent n'était pas évidente à déterminer :

M9 : « *Je me suis déjà posé la question, à partir de quel moment il faut se dire que c'est un danger immédiat, ça n'a jamais été vraiment le cas, mais à partir de quand ça l'est ?* ».

M5 : « *Ma question ce n'était pas : « est-ce qu'il faut faire quelque chose ? », il fallait le faire ! La question c'était : quel est le grade ? Est-ce qu'on va vers une IP ou est-ce qu'on saisit le Procureur de la République ? C'était plutôt ça ma question ! Et je pense que c'était fonction de sa blessure : si ça avait été sur une face d'extension de membre ou de jambe, ou une brûlure punctiforme qui puisse faire penser à une cigarette, enfin voilà, s'il y avait eu des éléments qui m'avaient plus orienté vers une maltraitance physique, je pense que j'aurais certainement saisi le Procureur... ».*

- La place du médecin de famille

Déjà énoncée dans les facteurs favorisant l'IP, la place du médecin de famille engendre surtout des difficultés selon les praticiens interrogés. La connaissance de la famille depuis parfois plusieurs années voire plusieurs générations peut favoriser une sorte de « déni de la maltraitance », que le médecin se refuserait de voir dans les familles qu'il suit.

M7 : « *Pendant la consultation, le moment difficile c'est quand on tombe sur le truc, et puis dans notre tête on ne veut pas trop y croire quand on connaît bien les parents, on se dit que peut-être c'est autre chose, et puis comme eux ils vont dans ce sens-là, je trouve que c'est dur de prendre ce virage de dire : NON, c'est quelque chose de pas normal* ».

M8 : « *Je pense qu'on a tendance à minimiser systématiquement* ».

De plus, la réalisation d'une IP pour une famille que le praticien connaît de longue date faisait parfois apparaître un sentiment de trahison, mal vécu pour certains.

M7 : « *La maman c'est une petite que je suis depuis longtemps, et avec qui ça passe bien, on est en confiance, et donc j'avais un peu le sentiment de trahir. Trahir sa confiance. »*

M7 : « *J'ai trouvé ça vraiment dur parce que je la connaissais bien, et j'avais vraiment l'impression de ...oui ça faisait une sorte de délation un peu... parce qu'en fait j'avais déjà fait auparavant des trucs comme ça, mais plutôt sur des gens que je ne connaissais pas très bien, à qui je n'étais pas vraiment attachée en fait ! ».*

Ainsi, plus le médecin connaissait la famille et était investi affectivement avec ses patients, plus la réalisation de l'IP était difficile. A l'inverse, le fait de peu connaître la famille devenait un facteur favorisant pour un praticien interrogé :

M8 : « *C'est marrant parce que j'ai complètement éludé cette histoire parce que ce ne sont pas mes patients, alors que je me rappelle d'histoires beaucoup plus anciennes qui traitaient de mes patients ! Alors que je n'ai jamais eu une histoire aussi grave que celle-là quoi !! Je ne connaissais pas du tout le père, il n'y avait pas non plus un investissement émotionnel avec lui donc je ne le voyais que comme un agresseur potentiel quoi ! Donc ça a probablement facilité un petit peu les choses ».*

- L'information à la famille

Le médecin est tenu d'informer la famille de sa réalisation d'IP. Il doit faire part à la famille de ses inquiétudes et leur expliquer sa démarche, sauf intérêt contraire de l'enfant. La difficulté n'est pas tant de le dire à la famille, mais de leur faire comprendre la démarche.

La plupart des médecins interrogés avaient prévenu la famille de leur intention, soit par téléphone, soit au cours d'une consultation, de façon plus ou moins claire :

M1 : « *Je l'ai informée, j'ai rédigé, je lui ai lu ce que j'avais rédigé »*

M9 : « *J'ai toujours prévenu, je ne les prends jamais en traître, je leur dis à l'oral que je vais prévenir, j'ai pas le texte d'information à disposition mais je les informe toujours que je ne peux pas me taire, et qu'il s'agit de protéger l'enfant, et puis de les protéger eux aussi »*

M7 : « *Je les ai appelés ensuite pour dire que je l'avais fait* »

M3 : « *J'ai dû lui dire : je vais en discuter avec la PMI* »

Un médecin avouait ne pas avoir informé la famille :

M12 : « *J'avoue que c'est par lâcheté que je ne l'ai pas dit aux parents parce que je ne savais pas comment leur dire, et oui, je me sentais mal à l'aise de leur dire* »

L'enjeu de l'information à la famille est l'adhésion des parents. Le but est de les aider à prendre la démarche comme une aide pour résoudre les difficultés identifiées. Mais ce travail d'acceptation de la famille passe par un exercice difficile de communication :

M6 : « *Pour les parents ça doit être vécu, enfin je crois qu'on imagine que pour les parents bah...on les juge quoi. Et comment faire en sorte que cette information soit transmise tout en rassurant le parent qu'on ne juge pas mais qu'on voit qu'il est en difficulté ?* »

M9 : « *Souvent ils ont peur qu'on leur enlève leur enfant, donc les violences sont un peu tues. Donc j'essaie de leur expliquer que c'est pour les aider, et que c'est plutôt une enquête, et que ça veille à voir si tout se passe bien* »

Un médecin voyait même un intérêt pour la suite de la prise en charge d'une information bien donnée et expliquée :

M9 : « *Quand on explique, on ne perd pas les patients, je revois les enfants* »

Cette constatation, sur laquelle nous reviendrons dans la description des conséquences d'une IP, était d'autant plus avancée par les médecins « plus pourvoyeurs » d'IP que par les médecins ayant réalisé une seule IP au cours de leur carrière.

- La question du secret médical

Le secret médical n'est pas applicable en cas de sévices sur mineur. Au contraire, la loi punit la non-assistance à personne en danger.

Peu de médecins ont abordé ce point du secret médical.

La plupart se savaient soutenus par la loi, et considéraient qu'il était de leur devoir de prévenir. Toutefois, des hésitations à réaliser l'IP ont pu être constatées chez un médecin, notamment par peur de dépasser le cadre professionnel et d'aller trop loin dans la vie privée des patients, confiant des anecdotes au médecin au cours d'une consultation pour un autre motif.

M3 : « *Je fais quoi avec ce secret de famille qu'on me révèle en disant « faut surtout pas en parler » ? »*

- La peur de conséquences négatives sur les familles de l'IP

Point majeur dans les difficultés rencontrées, la peur de nuire à la famille était fréquemment retrouvée.

Tout d'abord, la peur de nuire par des dénonciations erronées ou calomnieuses : soit par instrumentalisation d'une partie de la famille, soit par des explications mensongères de la famille :

M1 : « *La crainte c'était de me faire instrumentaliser par la mère qui voulait la garde des enfants »*

M9 : « *La difficulté était de savoir s'il me disait réellement la vérité. J'avais l'impression que oui, mais en fait ça pouvait être aussi elle qui avait raison. Et puis après je me suis dit que quelle que soit la situation, les enfants étaient forcément dans une situation extrêmement compliquée, même psychologiquement »*

M8 : « *Peut-être qu'il y en a qui ont peur, moi aussi d'ailleurs, logiquement, de faire des faux signalements, enfin des signalements qui ne sont pas basés sur des faits réels »*

Un médecin évoquait une IP antérieure où il y avait eu mensonge de la part de la famille. Cela la laissait amère.

M9 : « *J'ai déjà eu une déclaration où la patiente avait menti, donc je suis prudente ; elle avait menti sur le fait que son mari secouait ses enfants* ».

Ensuite, la peur de nuire à la famille en la déstabilisant par une enquête pouvant la mettre en difficulté ou jugée trop invasive dans la démarche d'aide.

M11 : « *Ça peut être lourd de conséquences, c'est probablement aussi la peur que l'on a, c'est d'aller trop loin. On est là pour accompagner nos patients, pour les aider, si on les met en plus grande difficulté c'est un peu le risque* »

M3 : « *Est-ce que cette situation nécessite ou pas que je fasse une IP, et si je fais une IP quelles conséquences ça va avoir ? Pour l'enfant, pour la famille, pour moi.* »

La peur de nuire était directement en lien avec le moment de l'IP dans la prise en charge du patient. Ainsi, certains médecins préféraient commencer la prise en charge par un suivi personnalisé, régulier et moins invasif, initialement pour ne pas faire rentrer la famille dans un processus inconnu, et aboutir à l'IP s'ils ne voyaient pas d'amélioration. D'autres au contraire préféraient ne pas tarder à rédiger l'IP, la prise en charge étant plus simple par la suite et les conséquences moins lourdes.

Enfin, la peur de nuire était parfois directement soulevée par le patient lui-même, rendant plus difficile encore l'acceptation de la démarche du médecin :

M5 : « *La mère était en pleurs en disant : « ma belle-mère m'a dit que quand la PMI vient, ils retirent les enfants, je veux pas qu'on me retire mes enfants », donc je pense que c'était une crainte qui était déjà pré existante* ».

- Les difficultés psychologiques

Plusieurs médecins ont révélé avoir eu des moments difficiles psychologiquement dans les jours précédant la rédaction de l'IP. Des interrogations sans réponse, des réflexions sans fin, des insomnies parfois ou des doutes les envahissaient pendant quelques jours, d'autant plus lorsqu'il y avait possibilité de retrait de l'enfant de son milieu familial.

M4 : « *Parfois je me demandais si je faisais bien de faire ça, et si ma conscience serait tranquille avec ça... Tant dans la rédaction du truc parce que ça s'est fait avant la naissance, tant dans les semaines qui ont suivi la naissance, je me suis beaucoup interrogé* ».

M9 : « *Il m'a quand même fallu une nuit pour réfléchir (sourire), j'ai pas tout de suite fait la déclaration* »

M10 : « *Je me suis quand même dit : est-ce que c'est moi qui me fais des films ? Puis en en discutant autour de moi je l'ai fait pour éviter qu'il y ait un souci qui puisse arriver* »

M9 : « *J'étais pleine de doutes* ».

M12 : « *Ça questionne énormément, on y repense le soir, la nuit, oui oui c'est pas facile hein...* ».

- Difficultés administratives

Tout d'abord, un seul médecin évoquait le caractère chronophage de l'ensemble de la démarche, soit du début de la réflexion avec les appels et les discussions, jusqu'à la fin de la rédaction et l'envoi.

M4 : « *Il y a quelque chose qui fait que c'est compliqué de déclarer, c'est que ça prend énormément de temps de faire ce genre de démarches, vous explosez le compteur pendant la consultation, vous passez trois quarts d'heure ou une heure. La situation où j'ai fait placer le gamin avant la naissance ça m'a pris peut-être 8 ou 10 heures de temps... Vous n'êtes pas rémunérés pour faire ça* ».

S'ajoutait à cela la peur de ne pas être soutenu dans sa démarche, soit par les collègues à qui était adressé le patient (pédiatre, service de psychiatrie...) soit par la CRIP par lenteur de réaction.

M2 : *« Ce qui est toujours difficile, c'est qu'on espère que les choses puissent avancer rapidement... Et en l'occurrence c'est très long ! ».*

Enfin, un médecin soulevait que le fonctionnement du cabinet pouvait être source de difficultés administratives.

M8 : *« Nous on a un fonctionnement un peu particulier dans le sens où on voit quand même nos patients habituellement, mais dès qu'il y a des urgences les patients ont vite la possibilité de voir un autre médecin. Là je vois marqué [dans le dossier] : « prévenu par le père : jugement sans suite », c'est pas moi qui ait marqué ça ».*

Ainsi, le fait que le médecin ne voit pas ses propres patients pour les urgences pouvait le faire passer à côté d'informations capitales avec un retard dans le lancement des démarches.

3) Conséquences d'une IP pour le médecin généraliste



- Conséquences psychologiques immédiates

Les conséquences psychologiques à la suite d'une IP sont de plusieurs natures.

Tout d'abord, certains médecins se sont sentis libérés de ce poids par la réalisation de l'IP, et obtenaient satisfaction de leur travail. Le vécu était plutôt positif :

M11 : « *Je pouvais partager avec quelqu'un cette information que j'avais eue. Ça soulage (rires) ! C'est apaisant plutôt que de garder ça en disant « je vais résoudre tous les problèmes » comme on a l'habitude de résoudre tous les problèmes tout seul ».*

M5 : « *J'ai eu le sentiment d'avoir vraiment pris en charge l'enfant »*

D'autres étaient toujours dans le doute, les questions revenaient plusieurs semaines après, les pensées pouvaient être obsédantes :

M11 : « *Est-ce que j'ai fait plus de mal que de bien ? »*

M12 : « *Ça fait partie dans mon cas personnel des situations qui préoccupent au-delà du travail, qui débordent du cadre strictement professionnel. On se dit : « est-ce qu'on a bien fait ? Est-ce qu'on aurait pu faire autrement ... ? ». Enfin voilà, toujours des questionnements... ».*

M3 : « *C'est vraiment compliqué parce que c'est culpabilisant, on se remet en question... Est-ce que j'aurais pu, est-ce que j'aurais dû faire quelque chose plus tôt ? »*

M6 : « *Un peu de remord, parce que quand je me suis rendue chez les grands parents, le grand-père m'en a parlé à la fin et m'a dit que j'avais accusé son fils d'avoir frappé son petit-fils, et que à cause de moi son fils était dans un état de souffrance énorme, et que son petit-fils allait être privé de ses parents. Et donc forcément, même si je n'ai pas douté de l'intérêt de ce que j'avais fait, ça bouscule, ça suscite des questionnements sur l'avenir familial de cet enfant ».*

D'autres enfin évoquaient cette expérience comme un réel traumatisme :

M3 : « *C'est une situation qui est complexe parce qu'il y a une histoire de... (gêne) d'abus sexuel intra familial, ça c'est particulièrement traumatique je trouve »*

M7 : « *Il y a eu beaucoup d'agressivité, le père il s'est mis dans une fureur noire, il me gueulait dessus »*

M4 : « Ça vous renvoie à votre propre paternité quand on vous retire votre gamin, ça arrache les entrailles quand même ! Donc là, dire : « j'arrache sciemment les entrailles de quelqu'un » c'est pas une décision simple, ça m'a fait mal personnellement, ça m'a déchiré en tant que papa... »

M6 : « C'était juste avant mon congé maternité donc j'étais enceinte, cela avait un impact émotionnel important... Euh je pense que ça a majoré, ça a pris une proportion beaucoup plus importante »

Ainsi, l'état présent du médecin (jeune père, femme enceinte) devenait facteur de sévérité du traumatisme, ainsi que le problème identifié (abus sexuel) ou la réaction de la famille avec agressivité.

- Vécu sur le long terme

Pour certains praticiens, nous avons pu constater à distance (souvent plus d'un an après la rédaction) que l'IP avait été marquante et traumatisante.

Ces constatations se sont faites sur leur comportement au cours de l'entretien d'une part :

M6 : « Vous avez dû remarquer quand j'en parle, je parle très très vite, j'ai les épaules remontées, je suis tendue. C'est vrai que ça a été un épisode bouleversant. A chaque fois que j'en parle c'est comme ça. »

M7, en larmes pendant l'entretien : « Un jour on m'a appelé pour dire que le bébé il avait fait une mort subite du nourrisson... C'est une histoire... C'est un très gros mal vécu... Ça fait partie de ma thérapie de continuer à en discuter (rires gênés). Je suis amère sur la situation, je trouve que quelque chose n'a pas été bien géré. »

Mais également sur des stratégies adoptées par ces praticiens pour faire face à leurs angoisses, notamment lors des visites à domicile :

M10 : « *J'avoue qu'après quand j'allais voir la grand-mère j'appelais mon mari en disant : « bon si je te rappelle pas dans peu de temps c'est qu'il m'a peut-être tapé dessus », j'avais un peu peur oui. J'avais la trouille. Oui, la trouille des représailles ».*

M6 : « *Quand je suis allée voir cette femme, j'étais accompagnée de l'interne en stage, et j'avoue que j'étais plutôt contente de pas y être toute seule »*

- Apport de l'IP sur la situation

Certains médecins ont été confortés et rassurés dans leur choix par la découverte, au cours de l'enquête médico-sociale, d'éléments inattendus. Ce réconfort rétrospectif était pour eux très important :

M2 : « *Les lits étaient faits en palettes, ils avaient de pseudo draps, un sac poubelle qui servait de couverture... Nous n'avions pas connaissance puisque nous n'allions pas au domicile. Le petit je l'ai fait hospitaliser en urgence pour cassure de la courbe de croissance et de poids... Mais ce qui a été conclu après hospitalisation c'était une carence alimentaire...Donc voilà, ça apporte rétrospectivement des justifications à l'IP faite pour le grand frère ».*

M4 : « *A posteriori je ne regrette pas du tout de l'avoir fait parce que les violences ont continué, y a pas eu d'évolution du côté maternel malgré le fait qu'elle était mère. Le juge a été très inquiet, il avait demandé une observation de 10 jours en maternité, qui s'est soldée à J6 par un retrait du gamin devant effectivement un père ultra violent, et une arme retrouvée dans la chambre de la maman ».*

Dans d'autres cas les praticiens ont observé une amélioration de la situation, matériellement ou psychologiquement :

M9 : « *J'ai vu les enfants sourire, j'ai vu les enfants me dire qu'ils étaient enfin bien, j'ai essayé de sonder du coup pour savoir si leur maman leur manquait mais non pas du tout, ils allaient pouvoir ressortir, faire des choses en famille, enfin ça avait l'air d'être bénéfique »*

M10 : « *Un jour j'ai vu apparaître un lit superposé... Moi je demandais pas plus !* ».

- Le retour d'informations sur la situation

Les évolutions familiales observées lors de visites à domicile ou de consultations sont toutefois assez rares. Il est important de souligner que la plupart des médecins se sont plaints du manque d'information sur les suites données à leur IP. Cela les laissait dans un sentiment de frustration et de déception, mais aussi parfois dans des situations encore plus complexes.

M2 : « *On pensait avoir des nouvelles très rapidement. J'ai juste reçu un courrier me disant qu'ils avaient bien reçu le nôtre.* »

M3 : « *Ce qui est compliqué, c'est que nous on est informé de rien. On ne sait pas ce qui est dit, ce qui est fait. On a le sentiment d'avoir fait ce qu'on devait faire pour protéger un enfant d'une éventuelle situation de danger, mais on n'a pas de retour. C'est ça qui est assez frustrant... C'est difficile. Alors je croise les doigts, j'espère qu'il ne s'est rien passé, mais...je ne sais pas.* »

M5 : « *C'est peut-être ce qui pêche, c'est que je n'en ai eu aucun [retour d'information].* »

Ce manque de retour pouvait entraîner des problèmes dans la suite de la prise en charge de l'enfant, et laisser à la fois la famille et le médecin dans la détresse :

M9 : « *Ça m'a posé un problème de temps en temps... Notamment avec un papa ultra violent pour lequel on voulait éviter à l'enfant d'aller chez lui. Il avait peur, il était terrorisé par son père qui avait mis un couteau sous la gorge de sa belle-mère. Il n'y avait pas de décision de justice, je ne savais pas où en était le dossier, et son ex-femme me demandait sans cesse où ça en était puisqu'elle refusait de donner son fils à son ex-mari, mais la police venait le chercher ... ça avait été extrêmement compliqué, j'avais pas de retour de mon IP, j'avais rien...* »

Un médecin avait eu le sentiment que son IP avait été inutile car elle n'avait pas eu d'information sur les suites données, et l'enfant était décédé trois mois plus tard. Sa grande déception avait entraîné une perte de confiance dans le système :

M7 : *« Cette histoire elle m'a dégoûtée... Après, je sais bien qu'on ne peut pas tout maîtriser... S'il devait de nouveau y avoir quelque chose, une deuxième information à faire, je ne sais pas, je me sens super mal à l'aise, surtout que la première n'a rien donné ».*

Les seuls retours d'informations évoqués par les médecins émanaient de la PMI de secteur, de façon informelle :

M5 : *« C'est la PMI qui m'avait recontacté, sans doute la semaine d'après, pour échanger avec moi. Et finalement le retour que j'ai eu c'était avec la PMI de secteur »*

Une fois la CRIP avait rappelé le médecin concerné par téléphone pour lui annoncer que l'IP était classée « sans suite » car la maman de l'enfant était revenue sur ses déclarations.

Enfin, plusieurs médecins ont découvert au cours de ces démarches que des enfants qu'ils suivaient étaient en réalité déjà dans une situation gérée par la CRIP et PMI de secteur depuis longtemps, sans en avoir été informés...

M10 : *« En fait, ils étaient suivis par la PMI : pourquoi la PMI ne m'a pas appelée pour me dire « sachez qu'on les suit aussi, n'hésitez pas si vous voyez quelque chose, on a des doutes ». Chacun travaille de son côté, eux ils savent que j'existe, ils voient mes mots dans le carnet de santé mais moi je ne suis au courant de rien ! Ca m'a : et d'une vexée, et de deux pas aidée, de pas savoir qu'au final ils avaient le juge des enfants sur le dos depuis 2 ans ! Pourquoi je ne suis pas au courant de ces choses hyper importantes ?»*

- Conséquences sur la relation médecin malade

Nous avons vu en introduction que l'un des freins principaux ou que l'une des grandes réticences des médecins généralistes face à l'IP était la peur de la perte de leur patient, la peur de briser la relation de confiance.

Dans cette étude, nous avons pu observer que les attitudes des familles par la suite étaient en réalité multiples et imprévisibles.

Tout d'abord, quelques médecins ont rapporté n'avoir jamais revu leurs patients ou les avoir perdus de vue :

M6 : « *Ils ont complètement changé de cabinet* »

M2 : « *Je ne les ai jamais revus depuis, ils ont fait un peu de nomadisme médical, toujours au sein du cabinet* »

M8 : « *Ils n'ont pas quitté le cabinet, mais ils ne vont jamais voir les mêmes médecins* »

Un médecin ne revoyait pas la famille du fait d'un déménagement, mais avait reçu des remerciements de la part de la mère de l'enfant :

M1 : « *Elle m'a écrit une lettre pour me remercier, donc je suppose que les choses se sont arrangées pour elle, mais je ne l'ai jamais revue* ».

La majorité des médecins ont poursuivi leur suivi avec la famille, de façon inchangée, parfois à leur grand étonnement :

M10 : « *Bizarrement aucun impact, moi je pensais qu'ils allaient me rayer, que je n'allais plus être leur médecin traitant...* »

M11 : « *Je le revois maintenant pour des activités, des certificats de sport, il a repris une scolarité normale* »

M3 : « *C'est une maman qui continue à venir me voir et qui a besoin de soutien, et je ne crois pas que ça changera nos liens* »

M4 : « *Je lui ai fait retirer son gamin à J6 de vie, même pas sortie de la mater, et en fait elle continue à venir me voir. Je pensais que la grand-mère de l'enfant me ferait la tête, euh mais en fait pas du tout !* »

Un médecin était en revanche mal à l'aise de poursuivre le suivi :

M7 : « *Dernièrement, le papa est revenu, il a mis longtemps à revenir. Mais c'est un peu compliqué, moi je me sens mal à l'aise, je suis tracassée quand je vois leur nom au planning* »

Enfin, un médecin avait rompu de lui-même le lien avec le patient :

M3 : « *J'ai mis fin à notre relation médicale quelques temps après ça... En lui expliquant que c'était compliqué pour moi de le prendre en charge. Le patient était susceptible d'être un violeur en fait, vis-à-vis de cette enfant que j'avais croisée chez lui... Je lui ai dit que je ne pouvais pas continuer à le suivre, et donc je lui ai donné une liste de médecins du secteur, j'ai attendu qu'il ait un médecin.* »

- Modification de certaines pratiques et formation

L'expérience de la première IP pour le médecin a parfois permis de découvrir le domaine de la protection de l'enfance. Un médecin avait changé quelques habitudes au cours de ses consultations :

M12 : « *Maintenant, systématiquement quand je demande les antécédents, je demande s'il y a eu de la violence... A tout le monde, aux enfants, aux adultes : « avez-vous subi de la violence au cours de votre vie, quelle qu'elle soit ? ». Bah maintenant, ça, c'est systématique.* »

Une autre avait ressenti le besoin d'approfondir ses connaissances et de se former :

M6 : « *Je me suis documentée sur les bébés secoués, sur les niveaux d'alerte* »

Enfin, plusieurs médecins disaient avoir amélioré leurs pratiques par l'expérience même, notamment les médecins ayant réalisé plusieurs IP au cours des dernières années. Ils avaient ainsi plus d'assurance dans leurs choix, plus de facilités et d'automatismes dans la réalisation de la démarche :

M12 : « *Maintenant je connais les interlocuteurs à qui m'adresser, la procédure...* »

M9 : « *J'ai fait plusieurs IP donc j'ai affiné mes contacts au niveau de la CRIP, j'ai fini par avoir de numéros de plus en plus précis, à appeler de temps en temps* »

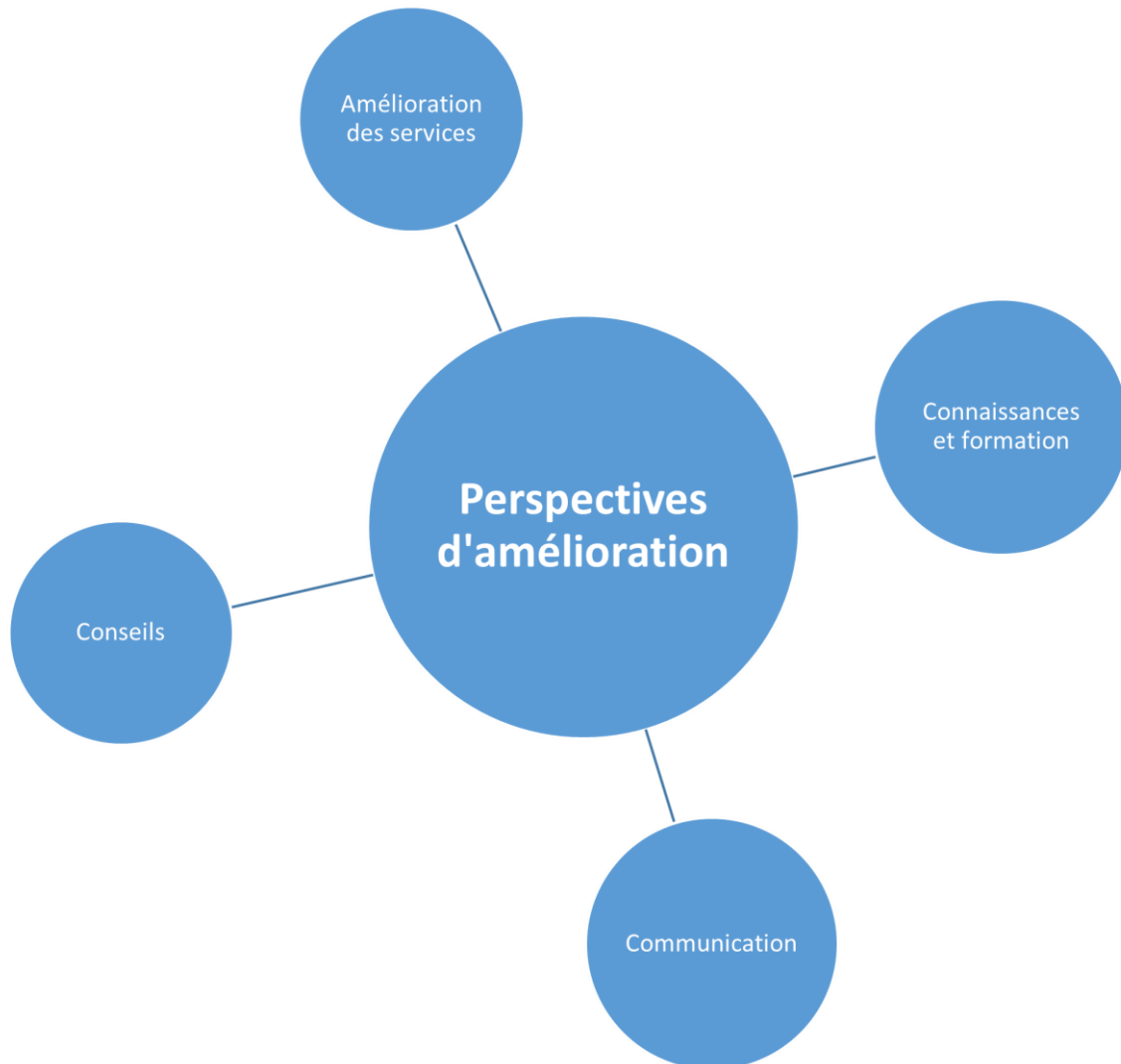
- Conséquences judiciaires

Un seul médecin de notre étude avait eu des poursuites judiciaires à la suite de son information préoccupante.

M1 : « *ça s'est compliqué car le père a porté plainte contre moi pour dénonciation calomnieuse. Donc il a fallu que je prenne un avocat, que j'aie me faire entendre à la police. Il y a eu une réunion au conseil de l'ordre de médiation : moi j'avais mon avocat, eux ne sont pas venus. Au conseil de l'ordre on a écouté mon témoignage et c'en est resté là.* »

Même si cette plainte est finalement classée sans suite, elle n'en est pas moins restée un souvenir désagréable pour le praticien.

4) Perspectives d'amélioration



- Communication

La principale demande des médecins généralistes interrogés était une amélioration de la communication avec la CRIP et les services de PMI. En effet, la majorité des praticiens souhaitaient d'une part :

- Être informés si un de leur patient faisait l'objet de mesures éducatives,
- Et d'autre part être mis au courant de la suite donnée aux IP (mesures administratives, judiciaires...).

M12 : « *Ce qui me pose problème, c'est qu'on ne sait pas dans notre patientèle les enfants qui font l'objet de mesures éducatives. Je ne sais pas pourquoi on ne le sait pas, je ne sais pas si c'est une rupture du secret médical mais je pense que ça pourrait nous aider dans notre pratique si on savait que tel enfant faisait l'objet d'une mesure éducative... On serait peut-être encore plus vigilant, je pense que ça pourrait améliorer les pratiques.* »

M8 : « *Peut-être que ça vaudrait le coup qu'on ait un peu d'informations, au moins pour savoir où en sont les procédures, parce que tu te sens vite désinvesti dès lors que tu n'as plus d'infos et encore plus si la famille t'en parle pas quoi !* »

M10 : « *Si les PMI pouvaient ne serait-ce que nous envoyer un courrier en disant « nous vous informons que nous prenons en charge, si vous voulez plus d'informations contactez-nous », ce serait la moindre des choses !* »

- Services administratifs

Même si nous avons vu que globalement les médecins étaient satisfaits des services administratifs de la CRIP, certains ont émis des suggestions pour faciliter encore la démarche.

Un médecin proposait à la CRIP de rédiger un modèle d'IP à remplir et à distribuer à tous les médecins généralistes :

M10 : « *Avoir un modèle de certificat tout prêt qu'on a dans l'ordinateur qu'on peut ressortir quand il y a besoin* »

Ce médecin proposait également d'y joindre une fiche informative ou explicative de l'information préoccupante à donner aux parents, tel un outil d'aide à la communication :

M10 : « *Un discours qui pourrait dédramatiser un peu les choses* »

Un médecin proposait à la CRIP de créer un site internet dédié où une connexion par carte professionnelle serait possible :

M5 : « *Qu'il y ait un site dédié, ou que l'interface soit plus simple. Faut qu'on puisse se connecter je sais pas avec notre carte CPS en messagerie sécurisée, et qu'on ait quelque chose de plus simple.* »

Un médecin souhaitait une tarification d'activité pour ce genre de démarche :

M4 : « *Si effectivement ce temps d'expertise était rémunéré, peut-être qu'il y aurait plus de gens qui le feraient.* »

Enfin, d'un point de vue « pratique personnelle », un médecin évoquait la nécessité de retravailler le logiciel du cabinet, de pouvoir éventuellement paramétrer des alertes sur certains dossiers informatiques de façon à en discuter avec les confrères associés dès lors que l'un d'entre eux voyait la famille en consultation.

- Connaissances et formation

Nous avons pu constater au cours des entretiens une réelle méconnaissance du domaine de la protection de l'enfance par les médecins généralistes.

La question des connaissances était souvent éludée et une grande confusion entre l'IP et le signalement était fréquente chez les médecins ayant eu recours pour la première fois à l'IP.

Finalement, ces derniers initiaient leurs démarches par un appel à la PMI :

M10 : « *C'est un peu flou pour moi, j'avais eu quand même des formations, globalement je savais qu'il y avait différents niveaux ; pour moi on pouvait appeler la PMI pour un premier point. Le niveau extrême on peut carrément prévenir le préfet, je ne sais plus comment ça s'appelle.* »

Plusieurs médecins avouaient n'avoir jamais eu de formations sur le sujet, qu'elles soient personnelles ou universitaires.

Quelques-uns avaient une vague connaissance de l'IP, de la possibilité de cette voie de recours.

La plupart s'étaient formés du fait d'une confrontation à une situation compliquée, le type de population consultant au cabinet entrant alors en compte :

M9 : « *Je m'occupe de 6 crèches, où il y a des situations qui sont compliquées, je suis dans un milieu où les situations sont compliquées, on essaye d'aider tant bien que mal, mais quand c'est plus possible : c'est plus possible !* »

- Conseils

Une des dernières questions du guide d'entretien était : quels conseils donneriez-vous aux médecins en difficulté pour ce genre de démarches/situations ?

La plupart des médecins ayant une réponse à donner étaient en fait des « habitués » de l'IP (plusieurs médecins interrogés en réalisaient 2 par an).

Leur première réaction était la compréhension des difficultés :

M4 : « *Oui c'est un déchirement et je comprends qu'on se refuse à faire ça parce qu'on fait un transfert, mais je pense qu'il faut passer au-delà.* »

M9 : « *Je comprends que ce soit pas facile. Bon moi je me suis heurtée à beaucoup de problèmes, de doutes ; je pense qu'on n'a pas envie de perdre ses patients, mais ça ne m'est pas arrivé beaucoup.* »

Les conseils donnés ensuite visaient à dépasser ces difficultés, ayant eux-mêmes observé que les craintes n'étaient pas toujours justifiées. Ainsi, une première expérience plutôt mauvaise de l'IP ne devait pas être un frein à en refaire :

M9 : « *Car chaque situation est différente, et il y aura toujours des doutes, on n'est jamais sûr de ce qu'on dit, de ce qu'on pense, de ce qu'on voit.* »

Nous avons vu dans la partie « conséquences sur la relation médecin-malade » que les patients étaient finalement peu perdus de vue par le médecin, ce qui faisait dire à M4 que cette peur était non justifiée et que dans les cas où cela arrivait :

M4 : « *Ils trouveront un autre médecin pour récupérer les choses derrière.* »

Enfin, un médecin insistait, à la suite de ses nombreuses expériences d'IP, sur la nécessité de transmettre l'IP le plus tôt possible :

M12 : « *Ne pas attendre en fait, je pense ne pas se satisfaire... Dès qu'on a un doute, je pense que le doute il est justifié. Il vaut mieux faire une IP « pour rien » que d'attendre euh...je ne sais quoi d'ailleurs ! Je me l'applique à moi-même.* »

DISCUSSION

Notre étude a permis de mettre en évidence d'une part les facteurs déterminant et facilitant la transmission d'une IP, et d'autre part de nombreuses difficultés lors de la réalisation de la démarche. Nous avons analysé les conséquences pratiques et psychologiques afin de mieux appréhender le sujet et de pouvoir mettre en place des solutions pour répondre aux difficultés énoncées.

Une des principales forces de cette étude était la réalisation d'un échantillonnage ciblé de médecins généralistes ayant tous adressé une IP à la CRIP 76 entre janvier 2018 et mai 2019. A notre connaissance, aucune étude ne s'était intéressée directement au vécu des médecins généralistes ayant déjà eu recours à l'IP. Une étude universitaire avait analysé le vécu des médecins généralistes face à une situation d'enfance en danger en région Midi Pyrénées en 2016, mais la réalisation d'une IP n'était pas un critère obligatoire et les médecins de PMI étaient inclus dans l'étude (34). Dans notre étude, en revanche, la réalisation d'une IP était le principal critère d'inclusion. Pour ce faire, l'étroite collaboration avec la CRIP 76 était indispensable. Les différents rendez-vous avec le directeur et les médecins coordonnateurs ont facilité la réalisation de l'étude, notamment grâce à l'accès aux données. Nous avons choisi de ne pas inclure les médecins remplaçants et les médecins de PMI afin de recueillir le ressenti des médecins « de famille ».

Cette importante collaboration avec la CRIP nous a également permis de discuter des analyses obtenues avec le directeur et les médecins coordonnateurs, afin de pouvoir réellement permettre une amélioration du système de transmission et faire remonter les demandes et suggestions des médecins interrogés. Ce travail a ainsi été encouragé et soutenu par la CRIP 76.

Les autres forces de cette étude tiennent à sa crédibilité grâce à la triangulation des données. Celles - ci ont été recueillies au sein de plusieurs cabinets de médecins généralistes installés dans toutes les zones de la Seine Maritime et les sujets inclus ont fait l'objet d'une

analyse descriptive détaillée. Le double codage (triangulation de chercheurs) réalisé avec le directeur de thèse sur les deux premiers entretiens renforce la crédibilité de notre étude.

Enfin une autre force de cette étude est la spontanéité du discours, qui tient de la méthodologie choisie. En effet, les médecins interrogés ont eu connaissance du sujet de l'étude avant l'entretien mais n'ont pas eu accès au guide d'entretien avant notre rencontre. Les émotions ont été ainsi plus faciles à explorer, et moins théoriques. Les questions de relance ont permis d'éviter une digression trop importante. L'analyse itérative a quant à elle permis de modifier le guide d'entretien au fur et à mesure.

Concernant les limites de notre étude, il apparaît opportun de signaler que l'investigateur réalisant les entretiens connaissait personnellement un des médecins interrogés. En effet il s'agissait d'un MSU chez qui l'investigateur était venu en stage au cabinet durant l'internat : cela pouvait tendre à diminuer la fiabilité de notre étude. De même, la retranscription du verbatim réalisé par une tierce personne pouvait générer des difficultés dans l'analyse ultérieure et en diminuer ainsi la fiabilité. Toutefois, chaque verbatim retranscrit a été réécouté et relu avant d'être codé puis analysé.

A propos du seuil de saturation des données, il a été obtenu après le onzième entretien, mais n'a pu être complété que par un seul entretien final, faute de sujets. Ceci pourrait ainsi diminuer la transférabilité de notre étude. Enfin, il n'a pas été proposé aux sujets inclus de recevoir le verbatim de leur entretien pour le valider, du fait du risque de refus important des participants devant le temps nécessaire à cette requête. Il ne leur a pas été demandé non plus de retourner sur les résultats d'analyse, le sujet de la protection de l'enfance paraissant trop sensible pour cela.

Concernant le profil des médecins interrogés, nous avons retrouvé dans l'analyse descriptive des sujets une prédominance de médecins « récemment installés » (sur les dix dernières années). Nous avons autant de femmes que d'hommes, et tous exerçaient une activité pédiatrique importante (environ le tiers de la patientèle), avec donc une certaine expérience du suivi de l'enfant.

Les principaux biais retrouvés sont d'une part l'activité de MSU (Maître de Stage Universitaire) de la plupart des praticiens, recevant des internes en formation dans leur cabinet, et correspondant possiblement à un profil de médecins plus informés ou formés à la Protection de l'Enfance. D'autre part, le fait que tous aient une activité de groupe représente également un biais. En effet, la plupart des praticiens interrogés mettaient en avant l'importance du dialogue avec leurs confrères lors d'une confrontation à une situation difficile et qualifiaient d'indispensable l'activité de groupe ; pour autant, aucun n'avait jamais exercé seul. Un médecin travaillant seul en cabinet a-t-il d'autres contacts privilégiés (PMI, pédiatres...), d'autres voies de recours (urgences notamment), ou est-ce un hasard si en 2018 aucun médecin installé seul n'ait réalisé d'IP ? L'exercice seul en cabinet est-il une difficulté à la réalisation d'une IP ? L'exercice de groupe est-il réellement un facteur favorisant ? Cette étude ne peut le dire, faute de médecin inclus exerçant seul. Dans tous les cas, l'important est de ne pas rester seul face à une situation complexe et de savoir alerter.

Concernant les résultats obtenus, les freins et les difficultés à la réalisation d'une IP retrouvés dans notre étude étaient partiellement concordants avec la littérature universitaire (7). En effet, l'étude de Balençon *et al* retrouvait comme principaux freins le manque de formation sur le sujet, la peur des conséquences pour les familles ou encore la peur de perdre la confiance des familles. Dans notre étude, les médecins avaient « franchi le pas » malgré ces peurs, tout en affirmant que celles-ci restaient des difficultés à la réalisation.

D'autres difficultés ont été avancées par les médecins interrogés, non retrouvées dans les autres études, notamment la difficulté d'information à la famille. Nous avons pu constater que les médecins les plus « pourvoyeurs » d'IP informaient probablement mieux les familles de leurs démarches, étaient globalement plus à l'aise dans la réalisation de l'IP et subissaient peu de conséquences négatives dans leur relation médecin-malade ultérieure. Cette réflexion semble concordante avec les résultats d'une étude universitaire de 2019, qui montrait une association franche entre le manque de connaissance et la peur de dénonciation abusive (8). La première IP était la plus difficile, et l'on peut dire que l'expérience dans ce domaine améliorerait la pratique, et était en elle-même une solution au frein potentiel.

A l'inverse, certains freins potentiels décrits dans la littérature n'étaient pas retrouvés dans notre étude : la crainte de faire une erreur lors de la rédaction, la méconnaissance des services de protection, ou l'absence d'interlocuteur médecin à la CRIP. Nos médecins interrogés ici ne semblaient pas gênés par le côté administratif ou technique de l'IP, mais plutôt satisfaits du fonctionnement. Ils étaient peut-être également plus formés à la protection de l'enfance que l'ensemble des médecins généralistes.

Toutefois, il serait malvenu de dire que nous avons ici seulement les « bons élèves » et il semble important de rappeler que certains médecins utilisent d'autres voies de recours, notamment un adressage du patient aux urgences après appel téléphonique avec l'urgentiste ou le pédiatre. Cette voie de recours entraîne un détournement de l'IP, puisque ce sera le service hospitalier qui la réalisera ou au besoin alertera la justice suite à la réalisation d'examens complémentaires (35). Les médecins inclus dans cette étude ne représentent donc pas tous les médecins soucieux de la protection de l'enfance.

Autre difficulté rencontrée dans notre étude, la variété de situations cliniques et contextuelles, qui engendrait elle-même une difficulté de « graduation de l'urgence » de la situation. A partir de quand doit-on interpeller le Procureur de la République ou rédiger une OPP ? Nous avons discuté de ces interrogations avec la CRIP. Pour les médecins coordonnateurs, le rôle du médecin généraliste n'est pas de savoir si la situation est de l'ordre du pénal ou du civil, mais plutôt de rechercher l'urgence à protéger l'enfant : si la situation paraît trop difficile ou s'il y a une urgence à séparer l'enfant de son milieu, les médecins de la CRIP conseillaient d'adresser l'enfant aux urgences et d'avoir un lien téléphonique avec le milieu hospitalier. L'OPP et le lien avec le Procureur leur paraissant en pratique trop compliqué en ville, l'adressage aux urgences était selon eux un bon compromis, le milieu hospitalier bénéficiant de voies de recours plus simples pour alerter la justice. Cette recommandation de la CRIP allait dans le même sens que les résultats obtenus dans une étude qualitative de 2017, où les pédiatres interrogés semblaient unanimes sur l'intérêt d'hospitaliser un enfant présentant des éléments suspects, et comprenaient les difficultés d'une prise en charge en ville pour le médecin généraliste. L'hospitalisation permettait en outre la réalisation d'examens complémentaires paracliniques pouvant contribuer au choix de l'IP ou du signalement judiciaire (36).

Ces réflexions sur la place de l'hôpital sont à mettre en relation avec les plans triennaux de 2017-2019 (19) puis de 2020-2022 (20), visant à améliorer le repérage par les médecins hospitaliers des enfants victimes de violences grâce à la mise en place dans chaque établissement hospitalier d'un médecin référent sur les violences faites aux enfants. Celui-ci pourrait ainsi être consulté à la demande par des médecins extérieurs à l'hôpital, afin de donner un avis spécialisé. Le deuxième plan triennal évoque également la désignation de deux équipes pédiatriques référentes par région. Celles-ci pourraient avoir pour mission de former et de soutenir les médecins libéraux dans le repérage et le diagnostic des violences, mais aussi dans l'annonce aux familles, et pourraient être interpellées par les professionnels pour les aider dans la réalisation des procédures administratives ou judiciaires.

Le manque de retour d'information décrit dans notre étude, que nous avons analysé dans la partie « conséquences » mais aussi dans la partie « outils d'amélioration », est également retrouvé dans d'autres études (7). Il serait parfois un frein à la réalisation d'une IP ultérieure. En effet, le désinvestissement qui en découle entraîne le médecin à ne pas réitérer sa démarche. En Seine Maritime, les médecins reçoivent en retour de leur IP un mail accusant réception de leur démarche, et les informant par ailleurs du destinataire de l'IP concernant la suite de la prise en charge. Les médecins de notre étude souhaitaient en fait avoir des nouvelles du devenir de l'enfant, éventuellement des aides mises en place (administratives notamment). Ces demandes ont été rapportées à la CRIP et semblent légitimes. En effet, le CASF prévoit dans l'article 226-5 une obligation d'information du président du conseil départemental à la personne informatrice sur les suites données. Nous pouvons espérer une amélioration de la communication à ce sujet même si la suite donnée n'est en fait pas toujours connue de la CRIP elle-même puisque l'IP est ensuite relayée aux centres sociaux.

Concernant les conséquences psychologiques sur les médecins interrogés à la suite de l'IP, certains médecins gardaient en mémoire un épisode douloureux, parfois traumatisant. Ces résultats sont concordants avec une étude universitaire de 2016 évaluant le ressenti des médecins généralistes face à l'enfance en danger (34). Cette étude faisait état

de répercussions psychologiques parfois éprouvantes pour le médecin confronté à la maltraitance, sans toutefois les préciser. Dans notre étude, malgré les conséquences psychologiques parfois importantes, les médecins ne semblaient pas pour autant avoir eu recours au Conseil de l'Ordre ou à une consultation avec un psychologue du travail ou toute autre personne intervenant dans le « débriefing » d'une situation traumatique. Seul un médecin de notre étude a déclaré avoir rediscuté de la situation en groupes d'échanges Balint (37). Ces groupes d'échange de pratique et de discussion sur la relation médecin-malade lui ont permis d'être entendu sur ce qu'il avait vécu.

Le secteur de la protection de l'enfance étant un espace à haut risque de survenue d'événements psychologiques graves, l'ONPE a émis en 2019 un guide pour organiser une démarche de « retour sur événement dramatique en protection de l'enfance » (38). Celui-ci précise que la décision d'un plan d'action, sa mise en œuvre et son suivi relèvent de la responsabilité de directions ayant autorité (ARS, direction de la protection de l'enfance, centre hospitalier). En outre, cette démarche participe de façon plus globale à l'amélioration des pratiques et au développement professionnel continu, au même titre que les revues de mortalité et de morbidité (39). De telles démarches pourraient s'envisager en Seine Maritime, comme dans d'autres départements ces dernières années (Côte-d'Or, Pyrénées-Orientales). Ne pourrait-on pas également envisager un appel systématique du médecin généraliste par la CRIP quelques semaines ou mois après la réalisation de l'IP, afin d'en rediscuter et d'éviter ainsi des conséquences psychologiques parfois lourdes ?

Il existe par ailleurs des réseaux d'aide pour le médecin généraliste en difficulté psychologique (40) : notamment l'Association Aide Professionnelle de santé aux Médecins Libéraux (AAPML), dispositif téléphonique d'accompagnement et de soutien psychologique (41) ; le « numéro vert- Entraide » du Conseil National de l'Ordre des médecins, permettant à tout médecin ou interne en difficulté de joindre une psychologue dans le respect de la confidentialité et du secret médical (42) ; ou encore « Imhotep Haute Normandie », qui à ce jour n'existe plus, et qui était coordonné par des médecins ayant validé le DIU « soigner les soignants » (43).

Ces aides sont-elles suffisamment connues des médecins généralistes ?

Il est par ailleurs intéressant de noter que dans le plan triennal de 2020-2022 proposant de former et soutenir les praticiens libéraux face aux situations de protection de l'enfance, la question de l'accompagnement psychologique n'est pas abordée (20).

Enfin, concernant la formation pratique et théorique des médecins généralistes, on observe en France une grande variabilité en fonction des facultés de médecine. En Seine Maritime, les internes de médecine générale bénéficient d'un semestre complet en pédiatrie dans leur maquette d'internat, ainsi que de huit demi-journées obligatoires au sein des services de PMI. La faculté de Rouen propose également le Diplôme Universitaire de Pédiatrie Préventive (DUPP) afin de renforcer les connaissances en pédiatrie des médecins. Dans notre étude, les médecins interrogés étaient pour la plupart récemment installés et avaient bénéficié de ces formations pratiques et/ou théoriques. Cela concorde avec les études antérieures qui montraient que le terme d'IP était significativement mieux connu des jeunes médecins avec un faible nombre d'années d'exercice et des médecins soignant de nombreux mineurs (7). Toutefois, ces jeunes médecins excluent souvent de la maltraitance les enfants en risque, et peuvent alors ne pas prendre en considération les violences plus insidieuses (psychologiques ou éducatives ordinaires) dont les conséquences sur le long terme sont redoutables (44).

Le rapport du Colloque National sur les violences faites aux enfants de 2013 (25), déjà cité, évoquait le besoin de formation initiale mais aussi de formation continue pour les médecins généralistes et pédiatres, ainsi qu'une nécessité de formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Celle-ci permettrait d'améliorer les connaissances notamment législatives, et un décloisonnement des professionnels de l'enfance, tout en renforçant la coopération entre les professionnels de terrain. La démarche de consensus réalisée en 2017 sur les besoins fondamentaux de l'enfant pourrait servir de base à ces formations (45).

Enfin, la CRIP 76 propose de travailler sur la diffusion d'une plaque informative « Protection de l'Enfance » adressée aux médecins généralistes du département. Elle pourrait expliquer brièvement les enjeux d'une IP et les différentes issues, avec notamment la description des mesures administratives, souvent méconnues des médecins généralistes.

CONCLUSION

Malgré plusieurs campagnes de sensibilisation, la maltraitance demeure aujourd'hui un problème de santé publique sous-estimé. La protection de l'enfance est une notion centrale pour le médecin généraliste suivant de façon régulière des mineurs. Il ressort de notre étude plusieurs éléments principaux.

Tout d'abord le système actuel de transmission d'IP semble bien fonctionner sur le versant technique, avec notamment une facilité d'accès et une disponibilité téléphonique de la CRIP, appréciable pour le médecin généraliste en situation.

Les difficultés à la réalisation d'une IP restent multiples, la participation affective étant très importante dans ce type de situations. Il s'agit en effet de situations lourdes sur le plan émotionnel, compte-tenu du lien étroit entre le médecin de famille et ses patients. Cette proximité entraîne le médecin généraliste à douter, à craindre d'accuser à tort, mais aussi à redouter des conséquences négatives pour l'enfant et sa famille. La première IP est un évènement troublant pour le médecin et reste la plus difficile. Au fur et à mesure de ses expériences, le médecin affrontera mieux les situations suivantes. Beaucoup sont finalement surpris de garder la confiance de leurs patients, même si le suivi reste parfois irrégulier dans les suites de l'IP.

Cette formation expérimentale est à mettre en lien avec le manque de formation théorique des médecins généralistes dans le domaine de la protection de l'enfance. Beaucoup d'entre eux seraient favorables à des formations régulières sur le sujet, type DPC, en reprenant les besoins fondamentaux de l'enfant afin de ne pas passer à côté de situations d'enfants en danger. L'impression par la CRIP d'une fiche informative incluant le parcours de l'IP, les principales mesures d'aides administratives, ainsi que quelques outils et conseils pour la communication et la présentation de cette mesure à la famille, serait également une aide appréciable pour les médecins généralistes. Ces fiches existent déjà dans certains départements, et il serait souhaitable de les développer en Seine Maritime, voire de les généraliser à l'ensemble du territoire.

Enfin, la communication avec la CRIP en aval de la transmission de l'IP est un point qu'il serait intéressant d'améliorer. En effet, le sentiment de désinvestissement des

médecins généralistes du fait du manque d'informations par la suite, est à prendre en compte si l'on veut améliorer leur participation. Au-delà d'une demande légitime ou d'une curiosité envers la suite donnée, il s'agit d'une analyse des pratiques participant à la formation personnelle médicale, et permettant ainsi de pouvoir revenir sur une situation aux conséquences psychologiques parfois lourdes.

BIBLIOGRAPHIE

1. ONPE. 14^{ème} rapport au Gouvernement et au Parlement. 2020 mai.
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
3. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2009;16(6):936-9.
4. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2017.
5. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. août 2007;588:8.
6. ODPE 76. Rapport d'observation 2018 de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. 2019.
7. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. [Child protection system: Knowledge and role of the general practitioners in Ille-et-Vilaine]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. janv 2016;23(1):21-6.
8. Prévost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2019.
9. Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007: enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
10. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale: les freins au dépistage, les aides possibles [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
11. Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Ann D'Hygiène Publique Médecine Légale*. 1860;13:361-98.
12. Brueyre M. Loi Roussel du 24 juillet 1889 [Internet]. Disponible sur: <http://data.decalog.net/enap1/Liens/fonds/F9C64.PDF>
13. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant. nov 20, 1989.
14. LOI n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance (1). 2004-1 janv 2, 2004.
15. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
16. Ronzière V. Dispositif des informations préoccupantes. *Arch Pédiatrie*. 2014;(21):236-7.

17. Gouttenoire A. 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui. 2014 févr.
18. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1). 2016-297 mars 14, 2016.
19. Ministère des familles, de l'enfance, et des droits des femmes. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019.
20. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022.
21. Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072634/1995-09-08/
22. Article 44 - Sévices [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices>
23. Chaïeb S, Frantin C, Lejbowicz T. Enquête nationale informations préoccupantes. ONED; 2011 oct.
24. Raynal F, Allermoz E. Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir. Le bulletin de l'Ordre national des médecins [Internet]. mars 2015;(38). Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2015-01/MEDECINS-38.pdf>
25. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. 2013 juin.
26. 119 : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) [Internet]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/presentation>
27. Étude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019. SNATED;
28. Frappe P. Initiation à la recherche. 2^e éd. Condé-en-Normandie : CNGE Productions et Global Média Santé; 2018. 224 p.
29. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2009;10(4):293-304.
30. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. WONCA (World Organization of Family Doctors); 2002. Disponible sur: http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
31. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
32. NVivo. QSR International; 2020.

33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
34. Font J, Point-Rabiller C. Vécu des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, face à l'enfance en danger: étude qualitative auprès de 7 médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
35. Ledoyen A, Bresson V, Dubus J-C, Tardieu S, Petit P, Chabrol B, et al. Explorations complémentaires face à une situation d'enfant en danger : état des lieux des pratiques en France en 2015. *Arch Pédiatrie*. 1 sept 2016;23.
36. Camenen B. Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant?: Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2017.
37. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
38. ONPE. Le retour sur événement dramatique en protection de l'enfance - Sens et repères méthodologiques. 2019 oct.
39. Haute Autorité de santé (HAS). Revue de mortalité et de morbidité (RMM): guide méthodologique. 2009 p. 60.
40. Linant M. Évaluation des besoins de suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018.
41. Association Aide Professionnelle de santé aux Médecins Libéraux (AAPML). Numéro Indigo : 0826 004 580 [Internet]. Disponible sur: <http://aapml.fr>
42. Numéro vert - Entraide [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-interne/numero-vert-entraide>
43. Imhotep, médecine préventive pour les libéraux. *Le Quotidien du Médecin*. juin 2019;
44. Gréco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale: bases pour améliorer la formation [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
45. Martin-Blachais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. 2017 févr.

Annexe 1 : Modèle de signalement donné par le Conseil de l'Ordre

(A adresser directement au Procureur ou à la CRIP)

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 : «

»

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 :

Annexe 2 : Courrier d'information aux médecins participants

(Envoyé avant entretien)

Madame, Monsieur,

Etudiante en 3^{ème} année de médecine générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur les facteurs déterminants la réalisation d'une information préoccupante (IP) en médecine générale par rapport à un mineur en danger. Je cherche à évaluer le ressenti du médecin confronté à cette situation difficile, ainsi que les conséquences retrouvées en pratique quotidienne.

A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à recueillir votre avis sur le sujet.

Afin de vous contacter, j'ai obtenu vos noms et coordonnées auprès de la Cellule de recueil des informations Préoccupantes (CRIP 76) sur la base juridique de la mission d'intérêt public, en lien avec le Directeur de la cellule départementale de la Protection de l'Enfance.

Les données personnelles vous concernant issues de l'entretien seront traitées sur la base de votre consentement. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à ce projet. Pour exemples dans ce contexte, ces données concerneront le nombre d'années d'installation, l'âge, le sexe, le pourcentage de patientèle pédiatrique ...

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront supprimées ou anonymisées dans un délai de 3 mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne autre que moi-même susceptible d'accéder aux données est ma directrice de thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données

- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits s'exercent auprès du Délégué à la Protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté par mail (dpo@univ-rouen.fr) ou par courrier (DPO, DAJS, Université de Rouen Normandie, 1 rue Thomas Becket, 76821 Mont Saint Aignan).

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL).

Je vous contacterai au cours des prochains mois par téléphone pour savoir si vous acceptez de participer à mon étude et afin de convenir d'un rendez-vous.

Par avance, merci à vous,

Bien cordialement,

Lucie GREGOIRE

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Lucie GREGOIRE et termine mes études de médecine générale.

Tout d'abord, merci pour votre participation à mon travail de thèse évaluant le ressenti des médecins généralistes à la suite d'une déclaration d'information préoccupante adressée à la CRIP.

Si vous êtes d'accord, je vais vous poser quelques questions et enregistrer notre entretien. Sentez-vous libres dans vos réponses. Tous vos propos seront bien sûr anonymisés lors de mon analyse. Votre témoignage personnel sera accueilli sans jugement.

I-/ Entretien semi dirigé :

- Pouvez-vous me raconter la consultation qui vous a amené à transmettre une IP à la CRIP ?
- Quelles craintes avez-vous eues ?
- Qu'est-ce qui vous a finalement amené au choix de l'IP ?
- Comment avez-vous vécu cette situation ?
- Quelles ont été les conséquences dans votre pratique par la suite ?
- Quelles seraient vos suggestions pour aider les médecins généralistes confrontés à une situation de protection de l'enfance ?

II-/ Relances :

- Etiez-vous le médecin traitant de cet enfant ?
- Avez-vous des connaissances par rapport aux différentes lois sur la protection de l'enfance ?
- Connaissez-vous la différence entre IP et signalement judiciaire ?
- Avez-vous déjà transmis une IP durant votre parcours professionnel ?

- Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
- Quels outils avez-vous utilisés pour la rédaction
 - o Modalités
 - o Interactions avec d'autres professionnels (PMI, CRIP, médecine scolaire)
- Quelle information avez-vous donné à la famille présente à la consultation ? Avez-vous lu l'IP rédigée ?

- Avez-vous ressenti un doute *a posteriori* ?
- Avez-vous ressenti le besoin d'en discuter, et si oui avec qui ?

- Pensez-vous que cette IP ait eu un impact sur le lien de confiance avec la famille et l'enfant ?
- Avez-vous revu l'enfant par la suite ?
- Que pensez-vous du retour des informations sur ces démarches ?
- Avez-vous eu connaissance des décisions prises et des aides potentielles mises en place ?

Je vous remercie. Il me reste cependant quelques questions d'ordre général pour m'aider à mieux vous connaître.

III-/ Caractéristiques du médecin généraliste

- Sexe
- Age
- Activité : urbaine, semi-urbaine, rurale
- Exercice individuel ou en groupe
- Nombre d'années d'installation
- Pourcentage d'activité pédiatrique
- Activité unique ou mixte
- Formation particulière sur la protection de l'enfance (stage PMI, DU, DPC...)

Je vous remercie pour votre participation, si vous le souhaitez je vous tiendrai informé des résultats de mon étude.

Annexe 4 : Protocole départemental de l'alerte et du signalement en protection de l'enfance en Seine Maritime



MINISTÈRE DE LA JUSTICE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil Départemental de l'Ordre



Protocole départemental de l'alerte et du signalement en protection de l'enfance

Préambule

La loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance dispose que :

«Le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'État et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours.

Des protocoles sont établis à cette fin entre le président du conseil général, le représentant de l'État dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.

Après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.

Les services publics, ainsi que les établissements publics et privés susceptibles de connaître des situations de mineurs en danger ou qui risquent de l'être, participent au dispositif départemental. Le président du conseil général peut requérir la collaboration d'associations concourant à la protection de l'enfance. » (Art L.226-3 alinéas 1 à 4 du CASF).

Par ce protocole les partenaires s'accordent sur le rôle pivot confié au Président du Conseil Général et s'engagent à respecter le cadre et les procédures qui y sont définis.

En le portant à la connaissance des personnels de leurs institutions ils concourent à améliorer la nécessaire coordination des acteurs du champ de la protection de l'enfance.

En aucun cas les dispositions de ce protocole ne doivent faire obstacle à un traitement adapté et réactif des informations préoccupantes et signalements concernant un mineur dont la protection doit être prise en compte prioritairement.

Article 1 – Définitions

1.1 Information préoccupante :

L'information préoccupante est une information transmise pour alerter le Président du Conseil Général sur l'existence d'un danger ou d'un risque de danger pour un mineur bénéficiant ou non d'un accompagnement lorsque :

- la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur sont considérées être en danger ou en risque de danger,
- ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.

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

1.2 Signalement :

Terme réservé à la transmission au procureur de la République d'une information préoccupante appelant une réponse judiciaire.

1.3 Évaluation :

Démarche méthodique, pluri-professionnelle, de recueil et d'analyse de données relatives à la situation d'un enfant et permettant d'apprécier :

- la réalité, la nature et le degré du risque ou du danger encouru par l'enfant ;
- son état au regard des besoins essentiels à son développement physique, affectif, intellectuel et social, ainsi qu'à la préservation de sa santé, sa sécurité et sa moralité ;
- le niveau de conscience des parents concernant les difficultés rencontrées par leur enfant ;
- les compétences et potentialités des parents à se mobiliser ainsi que les aides auxquelles la famille peut faire appel dans son environnement ;
- le niveau d'adhésion des parents à un projet d'aide.

L'évaluation, outil d'aide à la décision, comporte, le cas échéant, une ou des propositions d'interventions adaptées à la situation de l'enfant et de celle de ses parents.

1.4 L'urgence : découle de la nécessité de soustraire l'enfant en danger de son environnement pour sa protection.

Est considérée comme relevant d'un accueil d'urgence une situation dans laquelle le service de l'Aide sociale à l'enfance doit assurer, sans délai, l'hébergement d'un mineur ou d'une mère isolée avec ses enfants de moins de trois ans ayant besoin d'un soutien matériel et psychologique.

Article 2 – Répartition des compétences

- 2.1 La protection administrative ou judiciaire de l'enfance en danger intervient selon les mêmes critères, c'est-à-dire « quand la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou risquent de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. »
- 2.2 La protection administrative est mise en œuvre prioritairement, avec l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, que le mineur soit en danger ou en risque de l'être.
- 2.3 La protection judiciaire est sollicitée lorsqu'un mineur est en danger ou en risque de l'être et :
- qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs mesures administratives de protection et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation.
 - qu'il n'a jamais fait l'objet de l'une de ces mesures mais que celles-ci ne peuvent être mises en place en raison :
 - du refus de la famille ou de l'un des parents d'accepter l'intervention administrative ;
 - de l'impossibilité dans laquelle la famille se trouve de collaborer à l'intervention administrative ;
 - de l'impossibilité d'évaluer la situation : dans cette hypothèse il conviendra de préciser les circonstances qui ont fait obstacle à cette évaluation.
- 2.4 Les informations préoccupantes susceptibles de recueillir une qualification pénale sont obligatoirement transmises sans délai à l'autorité judiciaire.

Article 3 - Traitement et évaluation des informations préoccupantes

- 3.1 Les informations préoccupantes qui émanent des services médico-sociaux du département sont traitées par les cadres territoriaux des services du département chargés de la protection de l'enfance.
- 3.2 Pour le Département de Seine-Maritime la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes est dénommée « Cellule Enfance en Danger » (CED). Elle relève du service de l'Aide sociale à l'enfance. Elle est responsable du recueil centralisé des informations préoccupantes ne provenant pas des services du Département et apporte son appui technique aux acteurs sociaux, éducatifs et de santé qui peuvent la solliciter. Elle répond également aux demandes de conseil ou d'information des particuliers.

La CED dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Elle est joignable, du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00, par :

- téléphone : 02.35.03.51.15
- fax : 02.35.03.51.00
- courrier électronique : cellule-enfance-en-danger@cq76.fr
- courrier postal :

Hôtel du Département
Direction ASE/PMI
Cellule Enfance en Danger
Quai Jean Moulin – BP 3049
76041 ROUEN Cedex 1

- 3.3 Lorsqu'ils ont à connaître la situation d'un mineur en danger ou en risque de l'être les établissements hospitaliers, scolaires ou éducatifs, les associations, les services autres que ceux du Département, les médecins et autres professionnels de santé ainsi que les personnes privées transmettent ces informations préoccupantes à la CED.
- 3.4 L'auteur de l'information préoccupante doit expressément mentionner si les détenteurs de l'autorité parentale sont informés de cette transmission. En cas d'intérêt contraire de l'enfant il justifiera de l'absence d'information des détenteurs de l'autorité parentale.
- 3.5 En dehors des heures d'ouverture de la CED et en cas d'urgence l'Inspecteur Chargé de la Protection de l'Enfance (ICPE) d'astreinte au service de l'Aide sociale à l'enfance recueille et assure le traitement de l'information préoccupante (N° d'appel : 02.35.03.52.85).
- 3.6 A la réception d'une information préoccupante la CED apprécie l'urgence et détermine le destinataire le mieux à même de traiter la situation.
Elle effectue un travail de vérification, procède à une évaluation de premier niveau et, si nécessaire, recueille des informations complémentaires.
- 3.7 La CED accuse réception des informations préoccupantes :
- aux partenaires extérieurs en leur indiquant l'orientation donnée à leur transmission ;
 - aux particuliers sur leur demande.
- 3.8 La CED peut :
- transmettre pour suite à donner au cadre territorial chargé de la protection de l'enfance (Responsable Prévention Enfance ou Inspecteur Chargé de la Protection de l'Enfance) ;
 - signaler sans délai au procureur de la République si la situation l'exige compte tenu de l'urgence et/ou de l'extrême gravité de la situation ;
 - signaler au procureur de la République les situations de mineurs victimes de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale et pour lesquels n'est pas envisagée une mesure de protection à court ou moyen terme ;
 - diffuser si nécessaire l'information préoccupante plus largement vers des correspondants ciblés : ensemble des UTAS, autres départements, hôpitaux, maternités, etc.
- 3.9 Au terme de l'évaluation le cadre territorial des services du département chargé de la protection de l'enfance informe les auteurs de l'information préoccupante, recueillie dans le cadre de l'exercice de leur activité professionnelle ou d'un mandat électif, des suites qui lui a été donnée.
Sur leur demande il indique aux particuliers à l'origine d'une information préoccupante si une suite y a été donnée.

Article 4 – Articulation Département / Autorités judiciaires

Soit-transmis du Parquet

- 4.1 Les soit-transmis du Parquet sont directement adressés à la CED. Y est joint l'ensemble des pièces et informations permettant un traitement et une intervention efficaces des services médico-sociaux du Département.
- 4.2 La CED transmet au Parquet un état mensuel des soit-transmis précisant l'orientation qui leur a été donnée.

- 4.3 Les soit-transmis ayant fait l'objet d'une évaluation médico-sociale ne concluant pas à la nécessité d'un signalement sont retournés par la CED au Parquet émetteur avec la mention des réponses apportées dans le cadre de la protection administrative. Lorsque l'évaluation conclut à la nécessité d'un signalement, celui-ci est transmis au Parquet par l'ICPE, cette orientation faisant l'objet d'une information à la CED. Les pièces de la procédure judiciaire accompagnent ces retours de soit-transmis.
- 4.4 Sur demande précise du Parquet la CED ou l'ICPE lui retournent dans les meilleurs délais les informations dont disposent les services du Département.

Signalements des services du Département

- 4.5 L'ICPE transmet au Parquet les signalements, notamment ceux élaborés à partir des évaluations des services médico-sociaux du Département, et l'informe des actions déjà menées dans le cadre administratif.
- 4.6 La CED peut adresser au Parquet les signalements concernant des mineurs victimes de faits susceptibles de recevoir une qualification pénale et pour lesquels n'est pas envisagée une mesure de protection à court ou moyen terme. La CED retransmet une copie du signalement à l'attention du cadre territorial chargé de la protection de l'enfance afin qu'une suite éventuelle puisse être donnée en coordination avec l'autorité judiciaire.
- 4.7 L'ICPE ou la CED informe par écrit les parents ou le représentant légal du ou des mineurs du signalement, dans la limite de la préservation de la sécurité des personnes concernées et des nécessités du bon déroulement de l'action judiciaire.
- 4.8 Le Parquet informe dans les meilleurs délais, par retour de la fiche navette Parquet/ASE, la CED ou l'ICPE des suites apportées aux signalements qui lui sont communiqués.

Autres signalements

- 4.9 Le Parquet retransmet à la CED les informations et les décisions relatives aux mineurs ayant fait l'objet d'un signalement direct en y joignant tous les éléments nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée par la loi au Président du Conseil Général.
- 4.10 S'ils sont amenés à signaler directement, en cas d'extrême gravité, une situation au procureur de la République, les services publics et les établissements publics ou privés participant à la protection de l'enfance adressent, pour information, une copie de cet envoi à la CED. La mention explicite de cette double transmission doit être indiquée.
- 4.11 Lorsque l'information préoccupante recueillie est la copie d'un signalement, la CED peut adresser au Parquet les informations utiles qu'elle détient sur la situation familiale et prend, sauf intérêt contraire de l'enfant ou risque de gêne pour l'action de la justice, toute initiative relevant de la mission de protection de l'enfance confiée au Président du Conseil Général, en coordination avec le procureur de la République.

Article 5 – Évaluation et révision

5.1 Les cosignataires du protocole s'engagent à participer à l'évaluation du dispositif de l'alerte et du signalement en protection de l'enfance organisée par le Président du Conseil Général.
La révision des modalités du présent protocole interviendra à l'échéance de la période d'application du schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille 2011-2015.

Le Préfet de la Région Haute Normandie
et du Département de Seine Maritime


Pierre-Henry MACCIONI


Le Président du Département
de Seine Maritime


Didier MARIE

Le Procureur de la République


Michel SENTHILLE

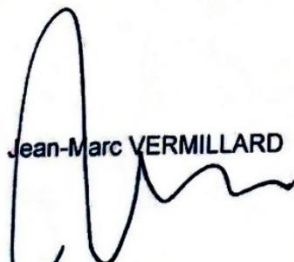
Le Procureur de la République
du HAVRE


Francis NACHBAR

Le Procureur de la République
de DIEPPE


Valérie CADIGNAN

Le Directeur Territorial de la Protection Judiciaire
de la Jeunesse de Haute-Normandie


Jean-Marc VERMILLARD

Le Directeur Académique des Services
de l'Education Nationale de Seine-Maritime


Philippe CARRIERE

Le Président du Conseil Départemental de l'Ordre
des Médecins de Seine-Maritime


Jean-Luc MAUPAS

Fait en 8 exemplaires, le 08 MARS 2013

RESUME

Introduction – Les informations préoccupantes (IP) concernant les mineurs en danger et transmises à la cellule de recueil départementale émanent peu souvent des médecins généralistes (0.5%). Pourtant ceux-ci suivent de façon régulière la majorité des enfants en consultation. Nous souhaitons par cette étude évaluer et analyser le vécu des médecins généralistes ayant transmis une IP entre 2018 et 2019 en Seine-Maritime, ainsi que les conséquences que cette démarche a pu engendrer sur leur pratique.

Matériels et méthodes – Une étude qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes ayant transmis une IP à la CRIP de Seine Maritime entre janvier 2018 et mai 2019. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données et analysés avec une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats – Douze entretiens ont été réalisés. Malgré des éléments facilitant la démarche tels que la connaissance du contexte familial, les échanges avec la PMI ou encore la disponibilité de la CRIP, l'IP reste un acte difficile pour le médecin généraliste. Les difficultés sont principalement liées à la variété de situations rencontrées, à la peur des répercussions négatives pour la famille, et au manque de pratique. Plusieurs médecins gardent des souvenirs pénibles de leur IP, surtout s'il s'agissait de la première. Le manque de retour d'information sur la situation est fréquemment retrouvé, laissant parfois les médecins dans l'embarras et avec un sentiment de désinvestissement.

Discussion – Compte tenu du lien étroit entre le médecin de famille et ses patients, l'IP reste un acte émotionnellement difficile pour le médecin généraliste. Une meilleure connaissance de la protection de l'enfance ainsi qu'une amélioration de la communication interprofessionnelle pourraient aider les médecins à transmettre. Il serait également intéressant de mettre en place des démarches de retour sur ces événements afin d'en diminuer les conséquences psychologiques.

Mots clés : Maltraitance des enfants ; signalement de maltraitance ; protection de l'enfance ; médecine de famille ; médecine générale ; enfance en danger ; information préoccupante