



HAL
open science

Le Médecin Référent Protection de l'Enfance et le partenariat avec les médecins généralistes dans le cadre de la Protection de l'Enfance en France Métropolitaine

Leslie Klamecki

► **To cite this version:**

Leslie Klamecki. Le Médecin Référent Protection de l'Enfance et le partenariat avec les médecins généralistes dans le cadre de la Protection de l'Enfance en France Métropolitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03213854

HAL Id: dumas-03213854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213854v1>

Submitted on 30 Apr 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
UFR des Sciences Médicales

Année 2021

N°40

Thèse pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

KLAMECKI Leslie

Née le 20 mars 1984 à VALENCIENNES (59)

Le 29 Avril 2021

**Le Médecin Référent Protection de l'Enfance et le partenariat
avec les médecins généralistes dans le cadre de la Protection de
l'Enfance en France Métropolitaine**

Thèse dirigée par :

Madame Le Docteur Christine BAREL

Membres du jury :

| | |
|--|------------|
| Monsieur le Professeur BARAT Pascal | Président |
| Monsieur le Docteur ADAM Christophe | Rapporteur |
| Monsieur le Professeur LEFEVRE Yan | Membre |
| Madame le Docteur LEROUGE-BAILHACHE Marion | Membre |
| Madame le Docteur BAREL Christine | Membre |

Remerciements

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur BARAT Pascal,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de participer et présider la présentation de mon travail. Un merci, également, pour votre bienveillance et votre tolérance à mon égard lorsque je suis passée en tant qu'externe dans votre service.

A Monsieur le Professeur LEFEVRE Yan,

Je vous remercie d'avoir rapidement accepté d'être présent pour ce jury et de donner votre avis sur mon travail. Je vous remercie, également, d'avoir pris soin de mon fils lorsque vous avez été amené à le prendre en charge.

A Monsieur le Docteur ADAM Christophe,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de mon travail et d'être présent en tant que membre du jury.

A Madame le Docteur LEROUGE-BAILHACHE Marion,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail en tant que membre du jury et de vous être rendue disponible.

A ma directrice de thèse

A Madame le Docteur BAREL Christine,

Je te remercie infiniment d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse alors que je savais que, initialement, ce n'était pas une mission qui t'intéressait. Tu es ma best cheffe !

A ma famille

A mes grands-parents,

J'aurai tellement aimé que vous soyez auprès de moi pour ce jour si exceptionnel. Je pense souvent à vous 2, vous me manquez énormément...

A mon fils Raphaël,

Merci mon Raph d'avoir toujours été là, soutenant et patient. Tu es un enfant merveilleux. J'aurai tellement aimé être plus présente auprès de toi pendant les 1ères années de ta vie... Je suis fière et heureuse d'être ta maman. Je t'aime fort mon « Carf » (dixit Nini !).

A ma fille Nalani,

Merci ma Nini d'illuminer notre vie à ton frère et à moi. Tu es notre rayon de soleil, notre petite chipie. Du haut de tes 2 ans, ta malice et ton humour se distinguent déjà de tes autres traits de ton caractère. Je t'aime fort ma petite chouquinette.

A mes amis

A Florence, Patrice et leurs deux enfants Pauline et Lilian,

Merci d'avoir toujours été là pour moi et m'avoir soutenue dans les périodes les plus sombres de ma vie. Je vous serai toujours infiniment reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi et mes enfants. Je vous aime fort.

A Christophe,

Je te remercie infiniment pour tout ce que tu as fait pour moi : m'avoir aidée à revenir étudier dans la région, m'avoir soutenue dans mes difficultés, t'être toujours occupé avec bienveillance de mes animaux, m'avoir accueillie alors que je n'étais qu'une adolescente au sein de ton cabinet afin d'assouvir ma passion des animaux. Tu représentes le père que j'aurai aimé avoir.

A Jonathan dit « John »,

A toi mon ami d'enfance depuis plus de 20 ans, que je considère comme mon frère, je te remercie d'être là dans ma vie même si cela fait des années que nous ne nous sommes pas revus. Je t'aime mon frère.

A Sarah I.,

Je te remercie d'être là, de prendre régulièrement de mes nouvelles, d'être soutenante et de bon conseil dans mon travail de thèse.

A mes collègues de PMI du Médoc

Merci pour votre patience, votre indulgence et votre bienveillance à mon égard. Je ne pouvais pas imaginer une meilleure équipe pour débiter ma fonction de médecin de PMI.

A tous ceux qui ont participé à mon projet ou qui l'ont soutenu

Aux professionnels du SSSM de Mérignac,

Merci pour votre soutien, votre bienveillance. Je suis heureuse de vous connaître et de travailler à vos côtés.

A Karine L.,

Je te remercie de m'avoir aiguillé dans le démarrage de mon travail de thèse, de m'avoir aidé à trouver des idées. Un merci, également, pour ta disponibilité et ton professionnalisme lorsque tu œuvrais dans le cadre de l'enfance vulnérable au sein du Conseil départemental.

Aux médecins qui ont participé aux entretiens,

Je souhaite vous remercier chaleureusement d'avoir accepté de consacrer un peu de votre temps si précieux aux interviews et de m'avoir apporté votre aide en me faisant parvenir divers documents et informations. Merci infiniment.

Table des Matières

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 2 |
| Table des Matières..... | 5 |
| Table des illustrations..... | 10 |
| Tableaux | 10 |
| Figures..... | 10 |
| Liste des abréviations | 11 |
| Introduction | 12 |
| Contexte | 14 |
| 1. Les besoins fondamentaux de l'enfant..... | 14 |
| 2. L'enfance en danger..... | 14 |
| 2.1. Quelques définitions | 14 |
| 2.2. Epidémiologie..... | 15 |
| 2.2.1. A l'échelle mondiale | 15 |
| 2.2.2. En France | 16 |
| 2.3. Ses conséquences..... | 17 |
| 3. Les Grandes Etapes de la Protection de l'enfance en France | 18 |
| 3.1. Loi du 6 juin 1984 (25)..... | 18 |
| 3.2. Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 | 18 |
| 3.3. Loi du 4 mars 2002 (26) | 19 |
| 3.4. Loi 2007-293 du 7 mars 2007 (27)..... | 19 |
| 3.5. Loi 2015-1402 du 5 novembre 2015 (32)..... | 20 |
| 3.6. Loi du 4 mars 2016 (33)..... | 21 |
| 3.7. Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 (8) | 21 |
| 3.8. Stratégie de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) (37)..... | 22 |
| 4. Les médecins généralistes face à l'enfance en danger..... | 22 |
| 4.1. Devoirs du médecin généraliste face à la maltraitance | 22 |
| 4.2. Différents moyens mis à disposition du médecin généraliste afin de protéger les enfants | 25 |
| 4.2.1. L'information préoccupante (IP) | 25 |
| 4.2.2. Le signalement judiciaire | 26 |
| 4.3. Les freins au signalement | 27 |
| 4.3.1. La définition du terme de « maltraitance » (46)..... | 27 |
| 4.3.2. La difficulté diagnostique | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3.3. Des difficultés liées au mode d'exercice..... | 27 |
| 4.3.4. Un partenariat avec les services départementaux compliqué | 28 |
| 4.4. Les attentes des médecins en termes de Protection de l'Enfance..... | 28 |
| 5. Le médecin Référent Protection de l'Enfance..... | 29 |
| 5.1. Loi MEUNIER-DINI du 14 Mars 2016 | 29 |
| 5.2. Pourquoi sa mise en place ?..... | 29 |
| 5.3. Missions du MRPE selon la loi du 04 mars 2016..... | 31 |
| Matériel et méthode..... | 32 |
| 1. Choix de la méthode | 32 |
| 2. Choix des entretiens individuels, semi-dirigés..... | 32 |
| 3. L'échantillon..... | 32 |
| 3.1. Taille de l'échantillon | 32 |
| 3.2. Critères d'inclusion..... | 33 |
| 3.3. Critères d'exclusion | 33 |
| 3.4. Recrutement de l'échantillon..... | 34 |
| 4. Guide d'entretien | 34 |
| 5. Déroulement des entretiens | 35 |
| 6. Retranscription et analyse des entretiens | 35 |
| 7. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) | 36 |
| Résultats | 37 |
| 1. L'échantillon..... | 37 |
| 1.1. Recrutement des participants | 37 |
| 1.2. Nombre de participants | 37 |
| 1.3. Déroulement des entretiens | 38 |
| 1.4. Caractéristiques de l'échantillon | 39 |
| 2. Le poste de MRPE | 40 |
| 2.1. La prise de fonction..... | 40 |
| 2.2. La communication auprès des partenaires sur la prise de fonction du MRPE au sein du Conseil Départemental..... | 42 |
| 2.3. La priorisation des missions..... | 43 |
| 2.4. La disponibilité des MRPE..... | 44 |
| 3. Le partenariat entre le MRPE et le Conseil Département de l'Ordre des Médecin (CDOM) | 46 |
| 4. La mission de repérage et d'information sur les conduites à tenir en cas d'enfance en danger .. | 48 |
| 4.1. Le rôle du MRPE auprès des Médecins Généralistes | 48 |
| 4.2. Les liens entre le MRPE et les Médecins Généralistes | 48 |
| 4.2.1. Les appels de Médecins Généralistes..... | 48 |
| 4.2.2. Appels des MRPE | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.3. L'apport de ces entretiens téléphoniques | 53 |
| 4.2.4. La prise en compte de l'avis, des recommandations énoncées par le MRPE | 54 |
| 4.2.5. Le retour fait aux Médecins Généralistes des suites de leur démarche | 55 |
| 4.2.6. Résumé des principaux résultats sur les liens entre MRPE et MG | 59 |
| 4.3. La création d'outils à destination des professionnels de santé | 60 |
| 4.3.1. La mise en place d'un guide partenarial..... | 60 |
| 4.3.2. La création d'une aide à la rédaction d'IP | 60 |
| 5. La mission de partage des connaissances..... | 61 |
| 5.1. Les champs d'interventions des MRPE | 61 |
| 5.1.1. Dans le cadre de l'enseignement..... | 61 |
| 5.1.2. Dans le cadre des Formations médicales Continues..... | 62 |
| 5.1.3. Dans le cadre de journées organisées par le Conseil Départemental | 63 |
| 5.2. Les informations transmises lors des temps de formation..... | 64 |
| 5.3. La plus-value des formations..... | 65 |
| 5.4. L'absence de mise en place de temps de formation..... | 66 |
| 5.5. Résumé de la mission partage de connaissances | 67 |
| 6. L'évolution du nombre d'IP émanant des Médecins Généralistes | 68 |
| 7. La mission de suivi des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance..... | 69 |
| 7.1. La mise en place d'un parcours de soins coordonné pour les enfants placés..... | 69 |
| 7.1.1. Justification de la nécessité de sa mise en place | 69 |
| 7.1.2. Les objectifs de ce parcours coordonné | 70 |
| 7.1.3. La création du lien avec les Médecins Généralistes | 71 |
| 7.1.4. Une revalorisation financière de la consultation | 73 |
| 7.1.5. Les difficultés de mise en place | 73 |
| 7.2. La prise en compte de la santé des Mineurs Non Accompagnés..... | 75 |
| 8. La relation MRPE/Médecins Généralistes | 76 |
| 9. Les difficultés rencontrées pour instaurer un partenariat entre le MRPE et les Médecins Généralistes | 76 |
| 9.1. Le contexte sanitaire actuel..... | 76 |
| 9.2. L'intérêt pour la problématique | 77 |
| 9.3. La création d'un lien avec les anciennes générations de Médecins Généralistes plus compliquée..... | 77 |
| 9.4. Les difficultés inhérentes au poste de MRPE | 77 |
| 9.4.1. Une loi difficile à mettre en place sur le terrain | 77 |
| 9.4.2. La charge de travail | 78 |
| 9.4.3. L'isolement du MRPE au sein de son administration | 78 |

| | |
|---|-----------|
| 9.4.4. La présence d'autres structures sur le territoire peut déstabiliser, questionner la légitimité du rôle du MRPE..... | 79 |
| 9.4.5. Le questionnement sur l'utilité d'un MRPE au sein de chaque département ou au sein de services..... | 79 |
| 9.5. L'accumulation des fonctions et missions..... | 80 |
| 9.6. L'absence de difficultés..... | 81 |
| 9.7. Résumé des difficultés de mise en place d'un partenariat..... | 82 |
| 10. Points à développer afin d'améliorer le partenariat avec les MG et permettre aux MRPE de remplir ses missions..... | 83 |
| 10.1. Renforcer la création du lien entre MRPE et MG..... | 83 |
| 10.2. Sensibiliser les médecins à la problématique de la Protection de l'Enfance..... | 84 |
| 10.3. La création d'un numéro unique à destination des professionnels de santé..... | 85 |
| 10.4. Ajouter des informations dans le courrier de retour des IP à destination des professionnels de santé..... | 85 |
| 10.5. Renforcer la formation..... | 85 |
| 10.5.1. Au niveau de la formation initiale des étudiants en Médecine..... | 85 |
| 10.5.2. La formation des médecins en activité..... | 87 |
| 10.6. Faire en sorte que les MRPE soient plus visibles..... | 87 |
| 10.7. Recruter un 2 ^{ème} MRPE..... | 88 |
| 10.8. Augmenter l'implication des MG dans le parcours de soins des enfants confiés à l'ASE..... | 88 |
| 10.9. Questionner le service de rattachement du MRPE au sein du Département..... | 88 |
| 10.10. Résumé des axes d'amélioration proposés par les MRPE..... | 90 |
| 11. Un projet de modifications du poste de MRPE..... | 91 |
| Discussion..... | 92 |
| 1. Forces de l'étude..... | 92 |
| 1.1. Originalité du sujet..... | 92 |
| 1.2. Méthode adaptée au sujet..... | 92 |
| 1.3. Fiabilité de l'étude..... | 93 |
| 2. Faiblesses de l'étude..... | 93 |
| 2.1. La perte d'informations..... | 93 |
| 2.2. Pauvreté des études sur le même thème..... | 93 |
| 3. Biais de l'étude..... | 93 |
| 3.1. Biais de l'échantillon..... | 93 |
| 3.2. Biais liés à l'enquêtrice..... | 94 |
| 3.3. Biais liés au recueil des données..... | 94 |
| 3.4. Biais d'interprétation..... | 95 |
| 4. Discussion des principaux résultats..... | 95 |

| | |
|--|------------|
| 4.1. Facteurs influençant la mise en place du partenariat | 96 |
| 4.1.1. Les conditions de travail du MRPE conditionnent la création du lien..... | 96 |
| 4.1.2. Le lien privilégié avec le CDOM permet d'initier un partenariat avec les médecins généralistes..... | 98 |
| 4.1.3. La sensibilité des médecins généralistes à la question de la protection de l'enfance est une condition majeure dans la création d'un lien de qualité..... | 99 |
| 4.1.4. Les médecins généralistes sont-ils prêts à travailler avec les MRPE ? | 100 |
| 4.2. Différences dans la priorisation des missions..... | 101 |
| 4.3. Facteurs influant le maintien du lien..... | 108 |
| 4.3.1. Facteurs favorisants | 108 |
| 4.3.2 Facteurs entravants | 110 |
| 4.3.3. Autre point à renforcer : Augmenter la visibilité du MRPE..... | 111 |
| 4.4. Impact du partenariat sur l'évolution du nombre d'IP émanant des médecins généralistes ... | 112 |
| 5. Perspective future | 113 |
| Conclusion..... | 114 |
| Références | 117 |
| Annexes..... | 124 |
| Annexe 1 : Formulaire de consentement transmis à tous les participants | 124 |
| Annexe 2 : Entretien semi guidé..... | 125 |
| Annexe 3 : Décret du 7 novembre 2016 relatif au MRPE..... | 128 |
| Annexe 4 : Arbres décisionnels de l'HAS..... | 130 |
| Annexe 5 : Modèle-type signalement de l'HAS | 135 |
| Serment d'Hippocrate..... | 138 |
| Résumé en français..... | 139 |

Table des illustrations

Tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : caractéristiques des participants | 40 |
|---|----|

Figures

| | |
|--|----|
| Figure 1: Le partenariat entre le CDOM et le MRPE..... | 47 |
| Figure 2: Résumé des principaux résultats sur les liens entre MRPE et MG | 60 |
| Figure 3: Résumé de la mission partage de connaissances | 67 |
| Figure 4: Résumé des difficultés de mise en place d'un partenariat..... | 82 |
| Figure 5: Résumé des axes d'amélioration proposés par les MRPE..... | 90 |

Liste des abréviations

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AF : Assistant Familial

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIDE : Convention Internationale des Droits des Enfants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire Assurance Maladie

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DGA : Direction Générale Adjointe

DPS : Département Promotion de la Santé

EPU : Enseignement Post-Universitaire

FF MRPE : Fait Fonction de Médecin Référent Protection de l'Enfance

FMC : Formation Médicale Continue

IP : Information Préoccupante

MECS : Maison de l'Enfance à Caractère Social

MG : Médecin Généraliste

MRPE : Médecin Référent Protection de l'Enfance

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PE : Protection de l'Enfance

PPE : Projet pour l'Enfant

PPT : Power point

Proc : Procureur de la République

Puér/Pués : Puéricultrice/ Puéricultrices

TS : Travailleur Social

Introduction

La maltraitance infantile est une problématique universelle qui tend à s'intensifier avec les différents confinements mis en place dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire actuelle liée à la COVID-19.

Elle peut se manifester sous différentes formes : physiques, psychologiques, sexuelles mais également sous forme de négligences. Ces violences sont, le plus souvent, justifiées par l'entourage proche (famille, enseignant) comme une nécessité éducative (1).

Les conséquences de cette maltraitance sont maintenant bien connues, documentées. Elles ont des répercussions à l'échelle individuelle mais également à l'échelle sociétale (2) (3) (4) (5). Ainsi, sa prévention en fait un enjeu majeur en Santé Publique.

Depuis la ratification par la France de La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) le 7 août 1990 (6), plusieurs lois renforçant la prévention de la maltraitance infantile et son repérage, par le corps médical entre autre, se sont succédées. Cependant, selon le Conseil National de l'Ordre Des Médecins (CNOM), ce sont moins de 5% des informations préoccupantes qui émanent du corps médical.(7)

C'est dans ce contexte que la loi du 14 mars 2016 (7) fait naître la fonction de Médecin Référent Protection de l'Enfance (MRPE) au sein de chaque Département. Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 (8), qui vient en complément des lois déjà existantes, permet, quant à lui, de rappeler son rôle central auprès des médecins libéraux et scolaires dans la prévention et le repérage des situations d'enfance en danger.

Cependant, à l'heure actuelle, les données sur les MRPE en poste sont pauvres. Leurs conditions d'exercice, leur travail sur le terrain dont leur partenariat avec les médecins généralistes sont peu voire inconnues. Or, cette alliance MRPE/médecins généralistes est importante puisque, actuellement, des expérimentations de « parcours de soins coordonnés des enfants et adolescents confiés à l'ASE » (9) sont en cours dans 3 Départements et pourraient se développer à l'échelle nationale si les résultats sont probants.

Ce travail a pour objectif principal de comprendre comment fonctionne le partenariat entre, d'une part le MRPE et, d'autre part, les médecins généralistes au sein des Départements.

Les objectifs secondaires sont de comprendre comment ce partenariat a été mis en place, si cela a permis de faire évoluer le nombre d'IP émanant des médecins généralistes, permettre d'identifier les difficultés de son fonctionnement mais également de faire émerger des pistes d'amélioration.

Contexte

1. Les besoins fondamentaux de l'enfant

Selon le rapport du Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHET (10), tout enfant a besoin, pour pouvoir grandir et s'épanouir de manière harmonieuse que certains besoins primordiaux soient respectés. Ainsi, ce rapport met en évidence 5 besoins fondamentaux.

Il y a, tout d'abord, un méta-besoin qui est : « *la sécurité à la fois physique et affective* ». Les besoins suivants ne pourront être assouvis qu'à la condition que ce méta-besoin soit respecté.

Les autres besoins sont :

- « *Le besoin d'expériences et d'exploration du monde,*
- *Le besoin d'un cadre de règles et de limites,*
- *Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi,*
- *Le besoin d'identité* »

Ces besoins sont universels, indépendants de l'âge et du stade de développement de l'enfant.

Aussi, lorsque ces besoins ne sont pas satisfaits et/ou mis en danger par l'environnement proche de l'enfant, il est important que l'Etat puisse garantir leur respect. C'est par le biais du service de Protection de l'Enfance appelé Aide Sociale à l'Enfance (ASE) au niveau de chaque Département que cela est mis en application.

2.L'enfance en danger

2.1. Quelques définitions

En 1989, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance infantile par « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligence, d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance, ou de pouvoir » (11).

En France, l'article 375 du Code Civil (12) définit la notion de situation d'enfant en danger : « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* ».

La maltraitance infantile peut se présenter sous différentes formes. Elle comprend (13) :

- Les violences physiques telles que des claques, des fessées, un étranglement, le syndrome du bébé secoué...
- Les violences sexuelles telles que le viol, l'inceste, la corruption de mineurs, l'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel
- Les violences psychologiques telles que le rejet actif, le dénigrement, le terrorisme, l'isolement-confinement, l'indifférence, l'exploitation (14)
- Les négligences lourdes telles que la négligence physique (habillement, alimentation, soins médicaux...), la négligence éducative (surveillance, stimulation...), la négligence multiple (à la fois physique et éducative) et la négligence affective (15)

2.2. Epidémiologie

2.2.1. A l'échelle mondiale

D'après une étude parue dans le journal *Pediatrics* en 2016 (16), il est estimé que le nombre d'enfants de 2 à 17 ans ayant subi des violences physiques, sexuelles, psychologiques, mais également de graves négligences au cours de l'année 2015 dépasse le milliard de victimes.

Selon l'OMS, il y aurait 41 000 enfants de moins de 15 ans qui seraient victimes d'homicides chaque année (17). Ce chiffre semble être sous-estimé du fait que certaines maltraitances sont considérées comme étant des accidents domestiques (noyades, brûlures, chutes, mort inattendue du nourrisson etc...).

Dans un rapport publié par l'UNICEF en 2017, intitulé « *Un visage familial. La violence dans la vie des enfants et des adolescents* » (1), il est fait état de données toutes aussi alarmantes :

- violences dites « éducatives » :

- « **entre 12 et 23 mois, ce sont environ 6 enfants sur 10** qui en seraient victimes dont environ la moitié subirait des châtiments corporels et un nombre similaire subirait des violences verbales »

- « **entre 2 et 4 ans, ce sont près de 300 millions d'enfants** victimes dont environ **200 millions** qui subissent des violences physiques »

- « **La moitié (soit 732 millions) des enfants en âge d'être scolarisés** vit dans un pays où les châtiments corporels à l'école ne sont pas totalement interdits »

- « **environ 1,1 milliard** d'adultes (parents ou adultes intervenants auprès d'enfants) sont en accord avec le fait que les violences physiques font partie intégrante de l'éducation des enfants »

- violences sexuelles :

- « **entre 15 et 19 ans, ce sont environ 15 millions d'adolescentes** qui ont déjà subi des violences sexuelles »

- « selon les données de 28 pays, **9 jeunes femmes victimes sur 10** ont subi des agressions de la part de proches ou de personnes connues »

- morts violentes :

- « **toutes les 7 minutes, un adolescent est tué par un acte violent** »

2.2.2. En France

Les chiffres exacts concernant la maltraitance en France sont encore mal connus et sous évalués du fait de l'absence de données suffisantes.

Cependant, les pouvoirs publics travaillent sur cette problématique afin d'avoir une meilleure visibilité sur les statistiques de la maltraitance infantile sur le territoire français. Cela va se traduire, par exemple, par la systématisation de l'autopsie pour tous les enfants âgés de moins de 1 an qui décèdent de Mort Inattendue du Nourrisson (MIN).

Entre 2012 et 2016, ce sont 363 décès d'enfants qui ont été comptabilisés, ce qui correspond à une moyenne de 72 enfants tués par leurs parents par an soit un enfant tué tous les 5 jours (18). Cependant cette moyenne ne prend pas en compte les nouveau-nés tués à la naissance ni ceux dont l'origine du décès n'a pas été déterminée.

Au 31 décembre 2017, ce sont près de 341 000 enfants âgés de moins de 21 ans qui bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance, soit une augmentation de 2,2% par rapport à 2016. 42% d'entre eux bénéficient d'une aide éducative (AED, AEMO) et 52% sont placés, principalement en famille d'accueil (19).

La crise sanitaire actuelle liée au COVID-19 et la mise en place d'un 1^{er} confinement entre mars et mai 2020 ont eu un impact sur l'évolution des signalements de cas de maltraitance auprès de la ligne téléphonique 119. Ce service a, par ailleurs, déclenché son plan de continuité d'activité afin de maintenir l'activité des professionnels écoutants (20). Cela s'est traduit, en comparaison avec une période similaire en 2019, par une augmentation des appels au 119 de +56,2%, une augmentation du nombre d'appels traités par les écoutants de +17%, une augmentation du nombre d'IP transmises par le 119 de +30,4%. L'évolution du nombre d'interventions des forces de l'ordre (gendarmerie et police) ainsi que celle du SAMU à la demande du 119 a, elle aussi, subi une augmentation de +113,5%. La sollicitation des départements dans le traitement en urgence de certaines situations a, quant à elle, augmenté de +87,1% (21).

2.3. Ses conséquences

Les conséquences de la maltraitance subies durant l'enfance sont bien connues et étudiées depuis de nombreuses années. Les impacts se situent à plusieurs niveaux : à l'échelle individuelle avec des effets à courts et à longs termes mais également des effets au niveau sociétal.

A l'échelle de l'individu, les effets à court termes peuvent se manifester sur le plan physique par des hématomes, des fractures multiples, des lésions organiques (lésions cérébrales en cas de bébé secoué par exemple), apparition ou aggravation d'une pathologie chronique en cas de défaut de soins, des troubles du développement staturo-pondéral en cas de malnutrition, des altérations biologiques dont des modifications du système neuro-endocrinien et du système des neuro-transmetteurs (2). Sur le plan psychologique, cela peut se manifester par un état de stress, de la peur, des troubles du développement, des difficultés

d'apprentissage (22) mais également des troubles du comportement (colère, impulsivité, agressivité), une faible estime de soi, du retrait, de l'évitement (2) (13) (23). Tout cela peut évoluer vers un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)

A long terme, ces enfants devenus des adultes sont plus à risque de développer certaines pathologies telles que : de l'obésité, des addictions (alcool, toxicomanies), des conduites à risques (sexuelles, violences), des maladies cardio-vasculaires (17), des pathologies psychiatriques (dépression, psychoses, ESPT, troubles alimentaires, idées suicidaires, troubles émotionnels, relationnels) (2) (3).

Au-delà de l'individu, la maltraitance et ses conséquences ont un impact au niveau sociétal de par son aspect économique. En effet, les dépenses liées aux soins (hospitalisations, traitements des pathologies psychiatriques), les dépenses liées à la protection de l'enfance représentent un coût important pour la société (17). Selon l'OMS, 581 milliards de dollars sont dépensés, chaque année en Europe, pour soigner les enfants victimes de violences (24)

3. Les Grandes Etapes de la Protection de l'enfance en France

3.1. Loi du 6 juin 1984 (25)

La loi n°84-482 est une loi relative « *aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et au statut de pupille de l'Etat* ». Les éléments clés de cette loi sont le respect de l'autorité parentale, la prise en compte des droits des enfants en les associant aux décisions qui sont prises pour eux, la possibilité pour les familles qui le souhaitent de bénéficier d'un accompagnement.

3.2. Convention internationale des droits de l'enfant de 1989

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant est adoptée le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale des Nations unies.

Cette convention, valable pour tous les enfants sans discrimination, rappelle la nécessité, pour chaque état signataire, de prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant en respectant l'ensemble de ses droits : son identité, la prise en

compte de ses choix et avis, permettre sa protection contre toutes les formes de maltraitance, un accès à la santé, à l'éducation, à des conditions de vies suffisantes, à la justice (6).

Cette convention est signée par la France le 26 janvier 1990 puis ratifiée le 7 août 1990.

3.3. Loi du 4 mars 2002 (26)

Cette loi permet de redéfinir ce qu'est l'autorité parentale et quelles sont ses modalités d'exercice auprès de l'enfant.

3.4. Loi 2007-293 du 7 mars 2007 (27)

La loi du 7 mars 2007, appelée « *l'appel des 100* », permet une 1^{ère} grande réforme de la Protection de l'Enfance. Elle arrive dans un contexte de drames médiatisés où l'efficacité des services chargés de la Protection de l'Enfance est remise en question. Il y est pointé la trop grande place donnée à l'autorité parentale, la défaillance de la communication entre les différents professionnels (28) qui concourent à la protection de l'enfance.

Elle redéfinit la Protection de l'Enfance qui a « *but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* ».

Ses objectifs sont : « *de clarifier les missions et les compétences des différents acteurs en protection de l'enfance, de développer la prévention et renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger, d'améliorer et diversifier les modes d'intervention, ainsi que de développer les droits des enfants et des familles* » (28).

Certains axes de la réforme sont (29) :

- Le renforcement de la prévention primaire : mise en place de l'Examen Périnatal Précoce, augmentation du champ d'action de la PMI avec les suivis à domicile et le suivi médical post-natal, la systématisation du bilan des 3-4 ans à l'école maternelle mais également à l'instauration de bilans médicaux à des âges plus élevés

- La création d'un circuit unique de signalement par la création d'une Cellule de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP). Celle-ci permet de centraliser toutes les informations, organiser une réponse adaptée, graduée à la problématique et n'envoyer au parquet que celles qui le nécessitent. Toutes fois, la transmission directe de signalements au Parquet par certains acteurs de la protection de l'enfance comme, par exemple les médecins, reste possible
- La nécessité d'instaurer et sécuriser le partenariat entre les différents acteurs de la Protection de l'Enfance grâce la création *du partage d'information à caractère secret* (30) et d'améliorer l'étude de la protection de l'enfance à l'échelle départementale, par exemple, par la création d'un Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) dans chaque département
- L'apparition d'une nouvelle notion : la notion d'enfant « en danger ou à risque de l'être » en remplacement de la notion d'enfants « victimes de mauvais traitements »
- La place de l'enfant est mise au centre de la réforme avec la prise en compte de son intérêt, le respect de ses besoins fondamentaux et le respect de ses droits. Cependant, la protection de l'enfant dans le cadre de l'autorité parentale est maintenue. Un nouveau document intitulé « Projet Pour l'Enfant » (PPE) apparaît et permet d'établir les objectifs, en lien avec la famille et l'enfant, qui seront à travailler pendant toute la durée du placement
- Une évolution dans l'aide et la prise en charge des familles se trouvant en difficultés avec, par exemple, la création de l'AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert) avec hébergement, de l'accueil jour...
- L'article 25 de cette nouvelle loi renforce l'obligation, pour les professionnels travaillant pour la protection de l'enfance comme les médecins, par exemple, de suivre une formation initiale puis continue (31)

3.5. Loi 2015-1402 du 5 novembre 2015 (32)

Cette loi permet « l'immunisation » du professionnel médical qui fait un signalement d'enfant maltraité tant sur le plan pénal que sur le plan ordinal et civil.

3.6. Loi du 4 mars 2016 (33)

La loi du 14 mars 2016 s'inscrit dans la poursuite de la réforme de la Protection de l'Enfance initiée en 2007. Elle donne une nouvelle direction à la Protection de l'Enfance en plaçant l'enfant au cœur de la réforme.

En effet, l'Art. L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles donne une nouvelle définition au rôle de La protection de l'enfance : *« elle vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »*

De plus, les axes de travail instaurés en 2007 sont maintenus : *« elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. »* Cette nouvelle loi vient en complémentarité de la loi de 2007 car de nouveaux moyens à mettre en place, afin d'atteindre les objectifs fixés en 2007, apparaissent (34) : la fonction de Médecin Référent de la Protection de l'Enfance est créée, par exemple .

Le point marquant de cette loi est la place centrale de l'enfant. Tout est réfléchi, organisé et adapté dans le respect de ses besoins fondamentaux aussi bien dans le cadre de la prévention, qu'une fois l'enfant inclus dans un parcours ASE.

3.7. Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 (8)

Celui-ci fait suite à la loi du 4 mars 2016 qu'il complète. Son but est de sensibiliser et mobiliser l'ensemble des citoyens dans la lutte contre toutes formes de maltraitances à l'encontre des enfants. Il se divise en *« 4 axes d'intervention :*

- *Améliorer la connaissance et comprendre les mécanismes des violences*
- *Sensibiliser et prévenir*
- *Former pour mieux repérer*
- *Accompagner les victimes de violences »*

Il y est rappelé, dans ce plan, le rôle central des professionnels de santé dans la prévention et le repérage des enfants en danger. Cela passe par la nécessité d'une meilleure formation et la mise en place, au sein de chaque hôpital, d'un médecin référent des violences faites aux enfants. Il est, également, réaffirmé, le rôle que peut jouer en termes de soutien et d'accompagnement le MRPE auprès des médecins libéraux, scolaires dans l'atteinte de cet objectif.

De plus, c'est dans ce contexte-là que l'HAS a publié un document intitulé « *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* » (35), à destination des professionnels de santé afin de les aider dans la prise de décision en cas de suspicion de maltraitance. Ce document a été récemment actualisé, en novembre 2019 (36).

3.8. Stratégie de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) (37)

Cette stratégie nationale, annoncée par le secrétaire d'Etat Adrien TAQUET, doit débuter en janvier 2020 (38). Elle se base sur un contrat d'engagement mutuel entre l'Etat et les Départements. Ses objectifs sont :

- *« Accélérer le virage de la prévention dans la protection de l'enfance*
- *Faire des enfants protégés des enfants comme les autres*
- *Ecouter d'avantage les enfants protégés afin de faire changer le regard de la société »*

4. Les médecins généralistes face à l'enfance en danger

4.1. Devoirs du médecin généraliste face à la maltraitance

En prononçant le serment d'Hippocrate, le nouveau professionnel s'engage à respecter plusieurs règles qui encadrent le métier de médecin.

Un des devoirs du médecin et qui est régit par l'article 226-13 du Code pénal (39) est que: « *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 ». Aussi, le médecin se doit de garder toutes les informations, qu'il reçoit du patient, secrètes afin qu'il ne s'expose pas à un risque de poursuite judiciaire.

Cependant plusieurs articles viennent nuancer l'article ci-dessus.

En effet, l'article R.4127-44 (40) du Code de Santé Publique explique que :
« 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. »

L'article 226-14 du Code pénal (39) informe que *« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret ».* Il y est ajouté que : *« En outre, il n'est pas applicable :*

- *1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;*
- *2° Au médecin 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, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire [...]*
- *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. »

De plus, d'après l'article R.4127-43 (40) du Code de Santé Publique, il est rappelé que « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* ».

Ainsi, dans le cadre de la protection de l'enfance, le médecin qui décide de livrer le secret médical concernant un mineur pour des faits dont il a eu connaissance ou qu'il a constaté lors de consultations, est protégé tant sur le plan, pénal, civil et disciplinaire. Le consentement du mineur pourra être recherché mais celui-ci n'est pas obligatoire. L'accord parental n'est pas requis.

Cependant, il y a des situations pour lesquelles le médecin est obligé de signaler. En juillet 2020, un médecin généraliste a été condamné à 9 mois de prison avec sursis ainsi que des dommages et intérêts au titre du préjudice moral pour « non-assistance à personne en danger » dans le cadre de la mort d'un enfant alors âgé de 22 mois. Celui-ci est mort de faim et de déshydratation. Ce type de condamnation pénale est exceptionnelle dans le milieu médical mais rappelle aux professionnels de santé l'importance de leurs rôle et devoirs en protection de l'enfance.

Deux articles rappellent ces obligations de signalements :

- L'article 434-3 du Code pénal (41) : « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.* »
- L'article 223-6 du Code pénal (42) : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis*

sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans. »

4.2. Différents moyens mis à disposition du médecin généraliste afin de protéger les enfants

En cas de détresse vitale ou en cas de nécessité à mettre en sécurité l'enfant de manière urgente, il est possible pour les médecins généralistes de faire hospitaliser l'enfant (43) soit via le SAMU (pour les urgences vitales), soit via les urgences.

Le médecin peut émettre 2 types de documents : une information préoccupante (IP) ou un signalement judiciaire. Cela est rendu possible car il entre dans le cadre du partage des informations à caractère secret inscrit dans l'article L226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (30) : *« Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 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 »*. Cependant dans la mesure du possible, la famille doit être avertie en amont de l'envoi du document.

4.2.1. L'information préoccupante (IP)

D'après l'article R.226-2-2 du CASF (44), une IP *« est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique,*

affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. » Celle-ci est à transmettre à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département qui jugera des suites à donner : évaluation de la situation par l'équipe de secteur, requalification de l'IP en liaison accompagné du classement de l'IP ou transmission au procureur.

4.2.2. Le signalement judiciaire

Le recours au signalement est clairement expliqué dans l'article 226-4 du CASF : *« Le président du conseil départemental avise sans délai le procureur de la République aux fins de saisine du juge des enfants lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et :*

1° Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles L. 222-3 et L. 222-4-2 et au 1° de l'article L. 222-5, et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation ;

2° Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service ;

3° Que ce danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance

Il avise également sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger au sens de l'article 375 du code civil mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation.

Aussi, les MG se trouvant devant une situation grave de maltraitance peuvent saisir, directement, le Procureur de la République de leur département.

Que ce soit une IP ou un signalement, le médecin doit retranscrire uniquement des faits. Certaines informations doivent y être mentionnés comme, par exemple, les coordonnées de l'enfant, des parents et de la fratrie. Il n'existe pas de document officiel. L'HAS propose un modèle-type (45).

4.3. Les freins au signalement

Plusieurs travaux de thèses ont été effectués afin de comprendre les problématiques qui peuvent se poser aux médecins généralistes lorsque ceux-ci se retrouvent face à une situation de protection de l'enfance.

4.3.1. La définition du terme de « maltraitance » (46)

En effet, ce terme n'aura pas la même définition selon les médecins du fait de leur histoire personnelle, leur positionnement vis-à-vis des violences dites « éducatives », leur perception du danger. Ainsi, la tolérance d'un médecin vis-à-vis de la maltraitance n'est pas la même. Cela peut être à l'origine d'une absence de signalement ou un signalement trop tardif.

4.3.2. La difficulté diagnostique

Elle est liée à la diversité des tableaux cliniques qui peut aller d'une passivité importante de l'enfant à des troubles du comportement très bruyants avec agitation par exemple (46).

Dans un autre travail de thèse, il est démontré que 80,2% des médecins généralistes (MG) interrogés expriment « leur peur de se tromper » (47).

4.3.3. Des difficultés liées au mode d'exercice

En effet, l'isolement professionnel (46) et le statut de médecin de famille (48) peuvent être des freins au signalement.

De plus, il est fait état de peur de représailles de la part des familles envers le MG signalant.

4.3.4. Un partenariat avec les services départementaux compliqué

Il a été démontré que de nombreux MG ne connaissent pas les services départementaux de Protection de l'Enfance, ni les personnes qu'ils peuvent solliciter afin de répondre à leurs questionnements (46) (49). En effet, 46% de MG interrogés disent « manquer de connaissances sur les procédures de signalement » (47).

De plus, un certain nombre ne connaît pas le cadre légal du partage d'information. La peur d'une condamnation pour non-respect du secret médical est très présente (46).

Pour les MG qui sont allés au bout de la démarche, le manque de retour de la part des services de la Protection de l'Enfance est souvent pointé du doigt (46). Cela peut engendrer un sentiment de frustration chez le signalant ainsi qu'une remise en question de l'efficacité de prise en charge des services de la PE.

Enfin, certains MG ont une image erronée des services sociaux et de la PE (49) (48). Certains n'ont pas confiance dans les services sociaux. Les procédures des SS peuvent être perçues comme intrusives, violentes et traumatisantes, avec un recours au placement parfois abusif.

4.4. Les attentes des médecins en termes de Protection de l'Enfance

Les attentes des médecins dans le cadre de la protection de l'enfance sont claires (46) (48) (50) (51) :

- Une sensibilisation plus importante des MG à la PE par la mise en place de formations tant pour les futurs médecins que ceux qui sont déjà en activité, la transmission de documents pratico-pratiques dans lesquels sont notés les coordonnées des différents intervenants en PE. Ils souhaitent que ces formations soient faites par les professionnels de la PE, en présentiel, avec la possibilité d'échanger sur des situations qui leurs ont posé problème. Les thèmes qu'ils souhaiteraient voir aborder sont : le circuit de l'IP et le cadre juridique, les signes cliniques à repérer ;

- La création d'un « réseau de la PE » afin d'améliorer la communication, l'accès aux professionnels compétents dont un privilégié,

informer les signalants de ce qu'il advient du signalement et des conséquences pour la famille et l'enfant.

5. Le médecin Référent Protection de l'Enfance

5.1. Loi MEUNIER-DINI du 14 Mars 2016

La notion de Médecin Référent Protection de l'Enfant apparaît dans le cadre de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (52).

En effet, selon l'article L221-2 du CASF complété par l'article 7 (53), il est noté que *« dans chaque département, un médecin référent "protection de l'enfance", désigné au sein d'un service du département, est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part, dans des conditions définies par décret »*.

5.2. Pourquoi sa mise en place ?

Selon le rapport d'information (54) en date de 2014, établi au nom de la commission des Affaires Sociales sur la Protection de l'Enfance par les sénatrices Mmes Muguettes DINI et Michelle MEUNIER, il a été démontré que le milieu médical est une faible source d'IP. En effet, la part d'IP provenant des médecins (tous services confondus) arrive *« quasi-systématiquement derrière tous les autres acteurs (éducation nationale, autorité judiciaire, établissement médico-social, association, membre de la famille, source anonyme...)*. Il en va de même s'agissant des signalements au parquet ».

Ce constat est corroboré par le Conseil National de l'Ordre des médecins qui confirme que seulement 5% du nombre total d'IP émane de l'ensemble du corps médical.

Par ailleurs, il est précisé que les médecins libéraux (médecins généralistes, pédiatres) signalent encore moins que les médecins hospitaliers.

Nous avons vu, précédemment (chapitre 4.1), plusieurs causes pouvant expliquer ce faible taux de participation des médecins généralistes dans la Protection de l'Enfance (isolement professionnel, méconnaissance des protocoles de signalement, des partenaires de la protection de l'enfance...)

Aussi, c'est dans ce contexte qu'est né la proposition de loi n°21 (54) : *« désigner, dans chaque service départemental de PMI, un médecin référent « protection de l'enfance » chargé d'établir des liens de travail réguliers entre les services départementaux (PMI, ASE), les médecins libéraux du département (plus particulièrement les médecins généralistes et les pédiatres), les médecins de santé scolaire, et les praticiens hospitaliers s'occupant d'enfants (urgentistes, pédiatres) ».*

Ainsi, cela *« permettrait à la fois de rompre avec l'isolement du médecin exerçant en secteur libéral et d'améliorer la coopération entre les professionnels de santé, dans l'objectif d'une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée des enfants en danger ».*

Cependant, une autre raison non évoquée jusqu'à présent et qui pourrait expliquer le manque de motivation des médecins à solliciter les services départementaux de la protection de l'enfance (par exemple la CRIP), est l'absence de médecin au sein de la CRIP. En effet, dans le cadre du souhait de respecter le secret médical, il est plus aisé pour des médecins d'échanger entre médecins sur des informations, des inquiétudes médicales.

De ce nouveau constat découle la proposition de loi n°25 (54): *« développer, dans chaque Crip, une permanence médicale assurée par le médecin de PMI référent « protection de l'enfance » ».*

Au final, ce rapport propose, dans chaque Département, au sein de chaque service de PMI, la mise en place d'un Médecin Référent Protection de l'Enfance dont les missions seraient de créer des liens entre les différents partenaires intervenants dans la protection de l'enfance (services départementaux, médecins libéraux, médecins hospitaliers et médecins scolaires) mais également d'être présent au sein des CRIP, sous la forme de permanence médicale afin de répondre aux sollicitations des médecins contactant la CRIP.

5.3. Missions du MRPE selon la loi du 04 mars 2016

D'après le décret du 7 novembre 2016 (55), d'application immédiate, et l'Art. D. 221-25, le MRPE a plusieurs missions. Il « *contribue* :

- *1° Au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ;*

- *2° A l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département ;*

- *3° A l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs visés à l'alinéa précédent.*
« Le médecin référent “ protection de l'enfance ” peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire ».

De plus, dans l'Art. D. 221-26.-, il est ajouté que le MRPE « *propose, dans le domaine de la santé des enfants en risque de danger ou protégés, les actions nécessaires à la coordination des services départementaux et à la coordination de ces services avec les médecins mentionnés au 2° de l'article D. 221-25. Il peut conduire ou participer à la mise en œuvre de ces actions, qui peuvent prendre la forme de réunions d'information et de sensibilisation sur la protection de l'enfance, d'échanges sur les pratiques et les procédures, de formations telles que prévues aux articles L. 542-1 et D. 542-1 du code de l'éducation.* »

Le MRPE est ainsi positionné en tant qu'interlocuteur départemental privilégié pour les MG, à la fois dans le repérage et le signalement des enfants en danger mais également dans le cadre du suivi des enfants placés chez des assistants familiaux.

Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

L'étude menée a été une enquête phénoménologique, qualitative, à l'échelle nationale, par entretiens téléphoniques, individuels, semi-dirigés.

Nous avons choisi cette méthode car nous recherchions à comprendre un phénomène et non dans de l'analyse de valeurs (56). Par conséquent, cette méthode paraît la plus appropriée.

La liste COREQ a été utilisée afin de vérifier que tous les éléments devant être présents dans une recherche qualitative y apparaissaient bien (57).

2. Choix des entretiens individuels, semi-dirigés

Cette méthode nous a semblé la plus adaptée au sujet car chaque Département ayant ses particularités, son propre fonctionnement, l'utilisation d'une autre méthode comme par exemple le focus group n'aurait pas été possible.

De plus, le contexte sanitaire empêchait des réunions de plus de 10 personnes en présentiel. Par conséquent, cela a renforcé la nécessité d'utiliser la méthode des entretiens individuels.

3. L'échantillon

3.1. Taille de l'échantillon

Initialement, il était prévu que l'étude soit faite au niveau de la Région Nouvelle-Aquitaine, constituée de 12 Départements. Chaque département a, au maximum, un MRPE. Ainsi, notre échantillon était de maximum 12 participants.

Cela était justifié par le fait que « *l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est, de manière générale de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur*

probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (10) ».

Cependant, après concertation avec ma directrice de thèse, nous avons fait le choix d'intégrer les médecins qui font fonction de MRPE dans le but d'avoir un nombre suffisant de personnes à interviewer car nous savions que certains départements n'avaient pas de MRPE ou que certains MRPE ne souhaiteraient pas répondre favorablement à notre sollicitation. De plus, le fait d'inclure les FF MRPE permettait d'avoir d'autres points de vue.

Malgré ces précautions et une relance à un mois d'intervalle, le nombre de réponses positives était très faible. La zone d'inclusion de participants a été étendue à la Région Occitanie. Encore une fois, le nombre de réponses favorables était très insuffisant. Par conséquent, nous avons décidé de l'élargir à l'ensemble de la France Métropolitaine.

3.2. Critères d'inclusion

Chaque MRPE de chaque Département ou les FF MRPE qui acceptaient de participer à l'étude étaient inclus dans l'échantillon.

Ils devaient être en poste depuis au moins 6 mois minimum afin qu'ils aient eu le temps de réfléchir ou de mettre certaines choses en place.

L'inclusion se faisait selon l'ordre chronologique des retours réponses.

3.3. Critères d'exclusion

Les MRPE ou FF MRPE qui refusaient de participer à l'étude ou qui restaient injoignables malgré plusieurs sollicitations directes ou par l'intermédiaire de leur secrétariat.

Les médecins qui n'étaient ni MRPE, ni FF MRPE.

Ceux qui étaient en poste depuis moins de 6 mois.

Les Départements qui n'avaient pas de MRPE ou de FF MRPE.

3.4. Recrutement de l'échantillon

Dans un 1^{er} temps, chaque responsable de CRIP de chaque département était contacté par téléphone afin de savoir s'ils avaient un MRPE ou un FF MRPE dans leur département. Si c'était le cas, nous leur demandions de nous transmettre l'adresse mail du MRPE ou du FF MRPE afin de le contacter directement.

Nous avons choisi de passer par le responsable de la CRIP des différents départements car le MRPE est un de leurs partenaires privilégiés. En effet, ceux-ci peuvent les solliciter au sujet d'IP qu'ils reçoivent et pour lesquelles ils se retrouvent en difficulté. Aussi, toutes les CRIP ont un médecin avec qui elles travaillent de manière privilégiée.

Dans un second temps, il était proposé aux MRPE ou FF MRPE, par l'intermédiaire d'un premier mail de présentation, de participer à l'enquête. Dans ce mail était joint un formulaire de consentement qu'ils devaient remplir et signer avant l'entretien (Annexe 2). Une relance un mois après était parfois nécessaire afin d'obtenir une réponse de leur part.

Lorsque nous obtenions leur accord pour participer à l'enquête, nous les recontactions par mail afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique. Plusieurs mails pouvaient parfois être nécessaires afin de trouver une date qui convenait aux 2 personnes.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été établi à partir de la littérature puis relu par ma directrice de thèse afin d'y apporter des modifications et des améliorations (annexe 1).

Il était constitué de questions ouvertes. Celles-ci étaient accompagnées d'annotation afin d'aider la thésarde à approfondir les questions si les réponses données par les participants étaient trop brèves.

Il était divisé en 3 grandes parties : les caractéristiques du participant, les missions du MRPE auprès des MG, les difficultés rencontrées dans le cadre du partenariat avec les MG.

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens étaient réalisés par téléphone, à l'initiative de la thésarde, du fait de contraintes géographiques mais également du fait du contexte de crise sanitaire majeure liée à la pandémie de SARS COV-2.

La durée d'entretien prévue se situait entre 30 minutes et 1 heure.

Au début de chaque entretien, il était rappelé le contexte de l'étude et les objectifs de l'entretien. Il était rappelé également aux participants qu'ils pouvaient, à tout moment, mettre fin à l'entretien s'ils le souhaitaient.

Les entretiens étaient enregistrés, en intégralité, à l'aide du dictaphone SONY ICD-TX650. Une prise de note manuscrite complétait l'enregistrement afin de permettre la création de relances, tout en évitant de couper la parole à l'interlocuteur.

Si certains sujets évoqués par les participants et en lien avec le sujet de la thèse ne figuraient pas dans le guide d'entretien, ceux-ci étaient approfondis au moment de l'entretien puis ajoutés au guide d'entretien. Ainsi, son contenu évoluait au fur et à mesure des entretiens, il devenait plus riche.

6. Retranscription et analyse des entretiens

La retranscription était de type « mot à mot ». Elle était intégralement faite par la thésarde. Les émotions des participants n'étaient pas retranscrites car elles n'auraient pas été analysées. Cela n'aurait rien apporté aux résultats de la recherche.

Elle avait lieu à l'issue de chaque entretien, à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD afin de constituer le verbatim. Ils étaient intégralement retranscrits par la thésarde. Chaque entretien était intitulé « entretien 1 à entretien 14 », noté E1 à E14 et était anonymisé par la suppression des noms de lieux, des noms de ville, des noms de personnes.

De plus, les entretiens retranscrits n'étaient pas inclus en annexe dans la thèse car il aurait pu être aisé de retrouver la personne à l'origine des propos, du fait de la description du parcours professionnel et du poste actuel.

Les erreurs de syntaxes ont été intentionnellement gardées afin de ne pas dénaturer les propos.

Chaque entretien était réécouté dans le but de vérifier l'exactitude des propos retranscrits.

Les entretiens étaient codés et analysés à l'aide du logiciel WORD et sur papier.

Nous avons, tout d'abord, effectué un codage axial des entretiens afin d'en extraire les thèmes principaux et les verbatims qui s'y associaient. Puis secondairement une analyse transversale était réalisée afin d'identifier pour chaque thème, les différentes réponses qui y ont été apportées lors des entretiens.

7. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Une déclaration auprès de la CNIL n'a pas été nécessaire du fait de l'absence de données à caractère personnel, intime. Cela a été confirmé par mail par Mr MELANCON Guy, vice-président en charge du numérique à l'université de Bordeaux.

Résultats

1.L'échantillon

1.1. Recrutement des participants

Initialement, il était prévu d'interroger uniquement des MRPE ou des FF MRPE situés en région Nouvelle-Aquitaine. Devant le faible nombre de retour et une absence importante de MRPE ou FF MRPE au sein des départements, il a été décidé, conjointement avec ma directrice de thèse, d'élargir la zone au Grand Sud-Ouest. Celle-ci est constituée de la Nouvelle-Aquitaine et de l'Occitanie. Cependant, le constat était le même : peu de MRPE ou de FF MRPE, peu de réponses favorables. Aussi, j'ai décidé de solliciter l'ensemble des MRPE de France.

Tous les départements de France Métropolitaine ont été contacté par téléphone, à l'exception d'un car le numéro de téléphone inscrit ne fonctionnait pas. Et cela malgré plusieurs tentatives, à différents moments de la journée.

1.2. Nombre de participants

Sur l'ensemble des médecins contactés, plusieurs médecins ont refusé de participer aux entretiens.

Les principaux motifs de refus de la part des médecins sont :

2. Le médecin, identifié par la CRIP comme étant le MRPE, n'en est pas un
3. Le manque de temps
4. L'absence de travail de partenariat avec les médecins généralistes :
uniquement médecin de CRIP, par exemple
5. L'arrivée depuis très peu de temps sur le poste et donc ne se sent pas encore suffisamment à l'aise avec la fonction

Six médecins qui souhaitaient participer aux entretiens n'ont pas été retenus. Le 1^{er} était en poste en tant que MRPE depuis moins de 6 mois. Le 2^{ème} était à la retraite. Le 3^{ème} n'était pas MRPE ou FF MRPE. Le 4^{ème} souhaitait répondre à un questionnaire et non participer à l'entretien du fait de sa charge de travail importante. Le 5^{ème} proposait de participer mais ultérieurement, dans un délai trop lointain par rapport au planning de la thèse. Le 6^{ème} était en poste

depuis peu et n'avait pas une vision précise de l'ensemble des missions du MRPE.

La saturation des informations a été acquise au bout de 14 entretiens. J'ai fait le choix de faire un entretien supplémentaire car le MRPE était intéressé par ma thèse et était d'accord pour y participer.

Un entretien n'a pas été conservé pour les résultats car le médecin interrogé n'était ni MRPE, ni FF MRPE.

Au total, ce sont 14 entretiens qui ont été retranscrits et analysés. La numérotation des entretiens a été faite à ce moment-là.

1.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre août et décembre 2020, par téléphone, sur le temps de travail des participants. Certains étaient en télétravail, d'autres sur leur lieu de travail. J'ai appelé chacun des participants, sur leur ligne téléphonique directe sauf 2 médecins qui m'ont rappelée : l'un parce que la communication était mauvaise et donc il a fallu changer de téléphone et l'autre parce qu'elle a eu une urgence à traiter au début de l'appel.

Un participant avait oublié le rendez-vous téléphonique. L'entretien a dû se faire rapidement car il ne l'avait pas pris en compte dans son planning et avait d'autres choses à faire.

Au cours de 2 entretiens, les participants ont été dérangé par des appels téléphoniques privés ou professionnels.

Deux médecins ont demandé à ce que certains passages de ce qui était expliqué n'apparaissent pas sur la retranscription.

De plus, lors d'un des entretiens, un 2^{ème} médecin a intégré la discussion car les participants se partagent le poste de MRPE à 2. J'ai fait le choix de conservé cet entretien. Les caractéristiques du médecin, renseignées dans le tableau 1, correspondent aux caractéristiques du médecin initialement sollicité.

Les horaires prévus ont été respectées.

Le téléphone que j'ai utilisé était sur haut-parleur afin que le dictaphone puisse enregistrer les conversations. Un seul des participant a exprimé sa

difficulté à m’entendre correctement au début de l’entretien. Je me suis adaptée afin que cela n’entrave pas le dérouler de l’interview.

La durée moyenne des entretiens était de 45 min. Un des entretiens a duré 30 min et un autre a duré 1h40.

1.4. Caractéristiques de l’échantillon

Les caractéristiques des participants sont réunies dans le tableau 1.

| | MRPE ou FF MRPE | AUTRE FONCTION | SPECIALITE INITIALE | ANNEE ARRIVEE | DIRECTION/SERVICE DE RATTACHEMENT | ETP | CREATION POSTE OU REPRISE |
|-----|-----------------------------|---|---------------------------------------|------------------|---|------------------------|---------------------------------|
| E1 | MRPE | Directrice adjointe PMI | Santé Publique et Médecine Sociale | 2018 | Direction Enfance et Petite Enfance, service PMI | 0.1 | Reprise |
| E2 | MRPE | Médecin responsable de PMI | Médecine Générale | 2018 | PMI | 0.2 | Création |
| E3 | MRPE | Médecin responsable de PMI | Santé Publique | 2016 | PMI | Non connu | Création |
| E4 | MRPE | Unité de Santé Publique et d’Epidémiologie de la PMI et CPEF | Médecine Générale | 2019 | Direction de l’Enfance et de la Famille, servie de la PMI | 0.7 | Création |
| E5 | MRPE | Poste hospitalier | Pédiatrie | 2016 | Direction de la PMI et de la Santé publique | 0.6 | Reprise |
| E6 | MRPE | Aucune | Pédiatrie | 2018 | Direction enfance famille | 0.8 | Création |
| E7 | MRPE | Aucune | Médecine Générale | 2018 | Direction enfance famille, service ASE | 1 | Création |
| E8 | MRPE pour CRIP et MNA | Médecin d’une unité de médecine légale | Médecine d’Urgence | 2016 | Pôle enfance | 0.2 | Création |
| E9 | MRPE | Médecin chef de PMI par intérim | Médecine Générale | 2016 | DGA | 1 | Création |
| E10 | MRPE | Médecin responsable PMI | Médecine Générale | 2016 | PMI | Entre 0.1 et 0.2 | Création |
| E11 | MRPE | Adjointe du chef de service de PMI | Médecine Générale | Janvier 2020 | PMI | 1 | Reprise de poste |

| | | | | | | | |
|-----|------|--|-------------------|------------|--|-----|------------------|
| E12 | MRPE | Médecin départemental de PMI par intérim | Médecine Générale | Avril 2020 | Direction Enfance-Famille et sous-direction Aide Sociale à l'Enfance | 1 | Création poste |
| E13 | MRPE | Aucune | Médecine Générale | 2017 | Service Aide Sociale à l'Enfance | 1 | Création poste |
| E14 | MRPE | Aucune | Médecine Générale | 2015 | Direction Enfance-Famille, service Protection de l'Enfance, unité médicale | 0.9 | Reprise de poste |

Tableau 1 : caractéristiques des participants

Les participants sont majoritairement des femmes. Seul E8 est un homme.

Les participants ont principalement suivi une formation en Médecine Générale. Sont également présents 2 pédiatres : E5 et E6 ainsi que 2 médecins de Santé Publique E1, E3 et un médecin urgentiste : E8.

Le temps d'exercice de la fonction de MRPE est très hétérogène allant de 0,1 ETP soit 1 demi-journée par semaine à 1 ETP c'est-à-dire un temps complet soit 5 jours par semaine.

Les participants sont répartis de façon homogène sur l'ensemble de la France métropolitaine. Seules les régions Centre-Val de Loire et Auvergne-Rhône-Alpes ne sont pas représentées.

2. Le poste de MRPE

2.1. La prise de fonction

Il est constaté que pour certains MRPE en poste, principalement ceux qui ont une autre fonction au sein du Conseil Départemental et qui ont une faible amplitude horaire pour exercer cette fonction, **la prise de poste de MRPE n'a pas été choisie mais attribuée.**

En effet, selon 3 MRPE, **l'attribution a été automatique, sans ouverture du poste ni appel à candidature.**

E3 : « C'est-à-dire qu'il n'y a pas eu une publication de fiche de poste et quelqu'un qui s'est positionné pour l'être. Au moment de la loi, on a dit il faut un médecin référent. On a dit ce médecin ça sera la PMI ».

E10 : « Il fallait nommer un MRPE, on m'a dit : « bah écoute, t'es là, tu vas prendre le poste quoi ».

Une des explications avancées est **l'existence de liens privilégiés entre l'ASE et le service de rattachement du MRPE** :

E3 : « Peut-être aussi officialiser le fait que la PMI était souvent sollicitée par l'ASE. Et le caractériser par une personne, en l'occurrence le médecin responsable, quitte à se débrouiller pour trouver des solutions »

E10 : « Mais voilà, moi je suis dans la même direction que l'ASE, on a une très longue tradition. Il n'y a pas de véritable service de l'ASE (...). Donc moi, j'ai été médecin de secteur, avant, en PMI et j'ai toujours fait de l'ASE. Ça a toujours été une tradition. Donc que la PMI travaille avec l'ASE et que je sois MRPE était quelque chose qui paraissait assez naturel au Département ».

Cependant, pour la majorité des médecins interviewés, **la prise de fonction de MRPE est choisie**.

Plusieurs types de motivation sont retrouvés :

- Un attrait pour la protection de l'enfance

E4 : « Je pense qu'on ne va pas à la protection de l'enfance par hasard. C'est quelque chose qui me parle depuis un moment. »

E7 : « j'ai toujours été très, comment dire, très intéressée par tout ce qui était protection de l'enfance. (...) De tout temps, je me suis beaucoup formée à ça, sur ce qu'on devait aller chercher, les compétences parentales, les besoins de l'enfant. Donc voilà. C'était un intérêt particulier pour la protection de l'enfance. (...) Il y a cet axe-là de la protection de l'enfance qui a toujours pris beaucoup d'importance. (...) les médecins de PMI, on était en charge du suivi des enfants confiés. Voilà, donc c'est des choses qu'on connaît bien en PMI. Avoir un poste qui était centré que sur ça, ça me convenait vraiment bien. »

E12 : « Et un souhait de reprendre une mission de protection de l'enfance pure plutôt que de la PMI »

- Un souhait d'améliorer la prise en compte de la santé des enfants confiés à l'ASE

E5 : « bah ce sont les enjeux humains, les enjeux d'utilité, les besoins et le flou en fait. Donc l'idée est d'arriver... D'objectiver les pratiques autour des enfants confiés. »

E6 : « c'était, je pense, d'améliorer la prise en compte des problématiques en protection de l'enfance, à la fois que l'ASE prenne mieux en compte la problématique santé et

à la fois que les acteurs du sanitaire prennent mieux en compte les problématiques protection de l'enfance. Je vais résumer par une formule que j'avais utilisée à l'époque : « mettre un peu de soin dans l'éducatif et un peu d'éducatif dans le soin ».

E9 : « L'arrivée de la réforme qui, pour moi, était vraiment sensée, qui, pour moi, allait amener de réels progrès dans la prise en charge globale de l'enfant confié ne serait-ce que sur les missions de coordinations qui étaient inexistantes. »

E14 : « (...) C'était en ayant travaillé au CDEF. Ça faisait déjà 5 ans, je voyais quand même que il y a des enfants qui rentraient en protection de l'enfance bien tardivement (...) Voilà pourquoi j'ai eu envie de faire plus pour ces enfants qui ont besoin de beaucoup, beaucoup d'aide. C'est de l'équité. Ils ont besoin de beaucoup plus que d'autres enfants. Donc moi, ça m'intéresse de participer avec plein d'institutions, plein de professionnels à ça, à faire évoluer le dispositif de protection de l'enfance en pensant la santé, en pensant le développement de la santé de l'enfant que ce soit au niveau du repérage jusqu'à quand il y a une mesure de protection quelle qu'elle soit. Et puis bah si on s'occupe bien de la santé, plus l'accompagnement bah l'enfant, il grandit mieux. »

- Un souhait de créer et mener de nouveaux projets

E4 : « Et la protection de l'enfance, ça m'intéresse beaucoup sur tout ce qui est le développement du plan santé, justement. En lien et avec la loi de la santé et la nouvelle loi stratégie enfance. »

E9 : « L'ampleur du travail à mener donc beaucoup de choses à créer. »

E13 : « Bon, je suis quelqu'un qui aime bien innover, qui aime bien conduire des projets, qui aime bien avancer donc c'est vrai qu'au niveau du territoire, on avait fait pas mal de choses déjà. (...) Et j'avais besoin, effectivement, de me projeter dans de nouveaux projets. (...) Donc je me suis découvert une certaine appétence, entre guillemets, pour la matière et des liens très proches avec l'ASE déjà, avec la CRIP. »

- Un souhait d'apporter une aide aux médecins dans leur démarche de transmission d'éléments inquiétants

E8 : « Une autre motivation de mon travail à la CRIP : j'ai déjà été directeur d'une thèse sur le signalement par les médecins généralistes. Pourquoi ils signalaient pas, quels étaient les problèmes ? Donc ça, ça avait été aussi un motif d'aller à la CRIP ».

2.2. La communication auprès des partenaires sur la prise de fonction du MRPE au sein du Conseil Départemental

Afin de se faire connaître auprès de leurs partenaires, les MRPE ont utilisé différents moyens :

- Aller à la rencontre, au contact de leurs futurs partenaires.
- Utilisation d'outil en accès libre sur le site de son département, afin de se faire connaître
- Soutien d'un de ses partenaires pour jouer ce rôle d'informateur (exemple : l'hôpital)

Cependant, de nombreux médecins disent **ne pas avoir fait de communication particulière** avec leur prise de poste :

E1 : « *non pas du tout et c'est le problème. On a pas informé quand on a ouvert. (...) On a pas dû faire un mail aux médecins libéraux* ».

E2 : « *non, je ne pense pas. Il n'y a pas eu d'information particulière* ».

E4 : « *Il n'y a pas eu, je trouve, d'information vraiment officielle* ».

E9 : « *Et le Département n'a pas spécialement communiqué puisque la porte d'entrée c'est la CRIP.* »

Cette absence de diffusion de l'information est **un choix pour E3 qui ne souhaite pas être repérée comme tel** :

E3 : « *Oh bah moi, je n'ai pas souhaité faire de la publicité. (...) C'est vrai que je ne cherche pas à être repérée, je ne cherche pas à dire qu'il y a un médecin référent* ».

2.3. La priorisation des missions

Plusieurs MRPE ont fait le choix de **prioriser certaines missions en s'adaptant aux besoins, aux ressources déjà existantes** sur le département dont ils dépendent.

E5 a fait le choix de se concentrer sur **la mission de repérage et de sensibilisation** :

E5 : « *Justement, moi, j'ai fait tout ce travail de maillage territorial dans un 1^{er} temps pour le repérage, la sensibilisation etc, créer du lien s'ils sont, eux, en demande* ».

E8 exerce **uniquement** au niveau de **la CRIP et dans le cadre de l'arrivée des Mineurs Non Accompagnés (MNA)** sur son territoire :

E8 : « *alors je ne suis pas référence de l'enfance pour tout le département (...) pour la CRIP et les MNA* ».

Certains médecins ont fait de **la mission de suivi des enfants confiés une priorité** :

E1 : « *on avait formaté ce poste en se disant qu'il va également assurer le lien avec les médecins libéraux, mais aussi le lien avec les MNA et également le lien avec les enfants qui ont des problématiques de santé graves au niveau de l'ASE. On voulait profiler là-dessus* ».

E4 : « *Donc moi j'ai mis en place un peu, c'est protocoliser le suivi des enfants confiés* ».

E6 : « *(...) Chaque année, je me mets un objectif, en discussion avec la direction et les projets stratégiques, c'est justement de constituer un réseau de praticiens libéraux qui sont intéressés par les problématiques de protection de l'enfance (...) Donc en pratico-pratique, sur la coordination aujourd'hui, non je n'y suis pas. Je suis plus sur la stratégie sur les années qui vient.* »

E13 : « *(...) je priorise l'accompagnement des situations, et des situations à risques et des situations en rupture d'enfants qui vont pas bien et qui explosent dans les structures et tout ce qui concerne la formation, la conduite de projet et tout ça, ça passe un peu après. (...)* »

2.4. La disponibilité des MRPE

Pour recevoir les appels des Médecins Généralistes, dans le cadre du repérage des cas de maltraitance, il apparaît que les MRPE font preuve d'**une grande disponibilité**.

E5 : « *Alors moi, je suis là 3 jours par semaine puisque je suis à 60%. Après les 2 autres jours où je suis à l'hôpital, c'est vrai que je reçois aussi des coups de fil sur mon portable professionnel, après je fais comme je peux quoi.* »

E7 : « *à n'importe quel moment. Mon téléphone fixe, il est directement transféré sur mon portable. Tant que je suis en condition de travail, j'ai des horaires assez larges, je réponds, il n'y a pas de problème. J'ai pas du tout de limites. Le but est, quand même, que le MRPE soit disponible pour les médecins. (...). Donc, du coup, rendre des créneaux où on peut être joignable, je pense que c'est pas faciliter la communication* ».

E9 : « *il n'y a pas de jours particuliers parce que les urgences de la CRIP, ça n'attend pas donc il est pas possible de mettre en attente des IP pour que je les vois que le vendredi après-midi, par exemple. C'est pas possible ça. Non, ça demande beaucoup de plasticité, au contraire.* »

E13 : « *(...) Donc ils me sollicitent par mail ou par téléphone portable quand ils ont besoin que je les joigne rapidement. Lors de sollicitations, je réagis, je réponds dans la minute, quoi. C'est l'enfance en danger donc on traine pas.* »

E11 : « (...) ils peuvent m'appeler du lundi au vendredi ».

E14 : « (...) Et les médecins, ils ont mon numéro dans l'outil, très clairement. Donc ils m'appellent (...) Nous la CRIP, c'est 8h-18h30. Il faut cette disponibilité-là. (...) Non, non, c'est tous les jours que je peux être sollicitée, autant que besoin. »

Concernant **les autres missions**, comme le suivi des enfants placés, celles-ci **sont plus organisées** :

E10 : « Il y a des réunions collégiales pour l'étude des IP particulières, 1 après-midi par semaine. Et après, la commission d'études des enfants pour suivre l'évolution des enfants, l'évolution du statut : 1 après-midi toutes les 2 semaines. »

Lorsque les MRPE sont absents, **des protocoles sont mis en place** :

- Une prise de relais par la CRIP dans le cadre des IP

E5 : « et bien en fait, je passe le relais à la CRIP parce que je travaille très, très bien avec les agents de la CRIP et on a instauré, vraiment, une vraie relation de confiance, de partage réciproque etc... On a partagé les outils. Et l'idée c'était de rétablir la confiance et moi je sais que quand je reçois des coups de fil, des messages sur mon portable professionnel et que je ne peux pas répondre, bah je leur dis quand même d'appeler la CRIP sur ce sujet-là. Vous appelez de ma part, et je sais que les agents de la CRIP répondront correctement. Ils apportent un éclairage et après moi je les rappelle quand je peux ».

- Une prise de relais par le service d'attache

E10 : « En mon absence, j'ai une adjointe (...) Et c'est elle qui répond, oui, si... Si je ne suis pas là, c'est elle qui répond ».

E14 : « Alors si je suis absente pendant les congés, nous organisons nos congés à 3 avec le médecin-chef de PMI et un autre médecin qui est plus sur la santé ».

- Une prise de relais par les médecins de PMI sur les territoires

E3 : « C'est vrai que si ça concerne une situation d'enfant, il y a toujours un médecin de PMI qui va venir s'en occuper, toujours. »

E7 : « Voilà, le relai sera fait par les médecins de PMI ».

- Une prise de relais par le secrétariat

Le médecin E13 bénéficie de l'aide d'une secrétaire, une demi-journée par semaine, pour transmettre les IP que le MRPE pourrait recevoir pendant ses absences à la CRIP. Cette aide n'est qu'administrative.

Cependant, certains MRPE **ne bénéficient pas de relais** du fait, selon eux, de l'absence d'un réel rôle auprès de la CRIP, qui est en capacité de fonctionner même en l'absence de celui-ci :

E6 : « *non parce que, du coup, je n'ai pas réellement un rôle... La CRIP fonctionne sans moi quoi. On a pas d'organisation qui fait que... On a pas de retour d'évaluation en central donc le dispositif fonctionne bien sans MRPE. (...) Donc quand je suis pas là, c'est pas grave !* ».

3. Le partenariat entre le MRPE et le Conseil Département de l'Ordre des Médecin (CDOM)

Il apparaît que le CDOM est **un partenaire privilégié** dans la **prise de contact** et dans le **lien auprès des médecins généralistes**.

Les médecins font part de la **bienveillance et du dynamisme du CDOM** vis-à-vis du thème de la Protection de l'Enfance :

E6 : « (...) *Il y a une bonne écoute et une bonne réactivité aux propositions.* »

E14 : « (...) *Une écoute et une attention pour les enfants de la protection de l'enfance que j'ai trouvées bien* ».

La plupart des médecins questionnés **n'ont pas de lien direct** avec le CDOM et **sont allés à la rencontre** de celui-ci afin d'initier un partenariat.

Cependant, 4 des MRPE n'ont pas eu cette démarche à effectuer puisqu'ils **assurent une fonction au sein du CDOM** ou **ont des connaissances au sein du CDOM**.

L'ensemble des liens entre les MRPE et le CDOM est répertorié dans la figure 1 ci-après.

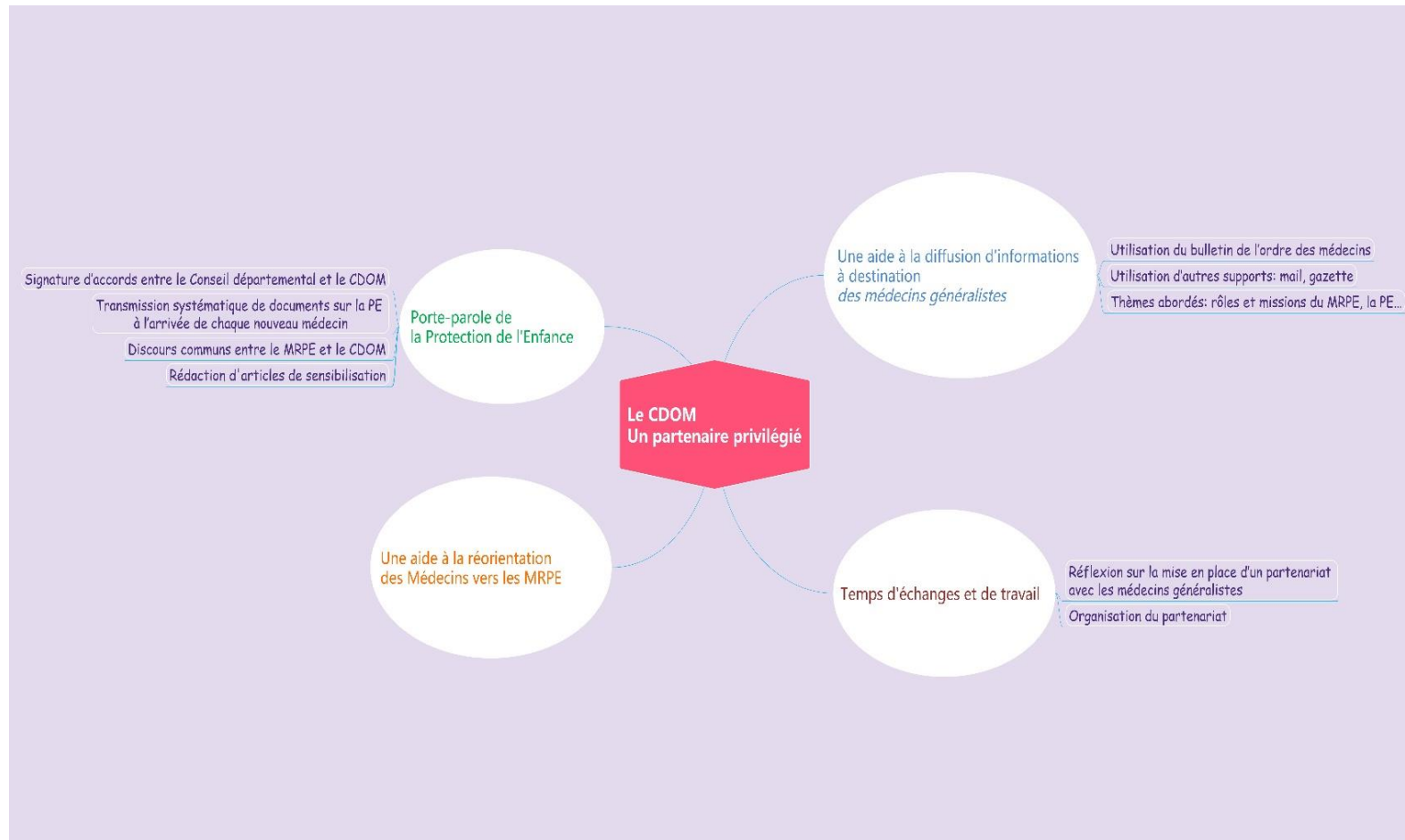


Figure 1: Le partenariat entre le CDOM et le MRPE

Cependant, parfois, **ce lien** avec le CDOM **n'arrive pas à se mettre en place**. Tel est le cas pour le médecin E1 qui se retrouve en difficulté pour diffuser des informations :

E1 : « *Le problème, c'est que nous, on a pas les mails des médecins généralistes. L'ordre ne veut pas nous les communiquer quand même. (...) ah non, ils étaient pas chaud quand on avait voulu* ».

4. La mission de repérage et d'information sur les conduites à tenir en cas d'enfance en danger

4.1. Le rôle du MRPE auprès des Médecins Généralistes

Comme le souligne le médecin E5, le MRPE est **un soutien technique** pour le médecin généraliste qui se trouve face à une situation préoccupante :

E5 : « *Et l'idée c'est d'être l'interlocuteur privilégié des professionnels de santé du département lorsqu'ils sont confrontés à une situation de danger. Donc ils peuvent m'appeler, je ne suis pas là pour leur dire ce qu'ils doivent faire ou pas faire mais je suis là pour leur apporter un éclairage dans une situation de doute.* »

4.2. Les liens entre le MRPE et les Médecins Généralistes

Ils se font prioritairement par **des échanges téléphoniques**. La 2^{ème} voie de communication est le mail. Cela peut-être le médecin généraliste qui contacte le MRPE ou le MRPE qui sollicite le médecin généraliste.

4.2.1. Les appels de Médecins Généralistes

Ces appels peuvent s'organiser de 2 manières différentes : soit les MG appellent d'abord la CRIP puis ils peuvent être réorientés, dans un second temps, vers le MRPE. Soit, ils sollicitent directement le MRPE.

Ces médecins qui **sollicitent les MRPE** peuvent être :

- De nouveaux appelants

E7 : « *Et puis, il y en a aussi que je ne connais pas du tout, que je vais avoir qu'une seule fois.* »

E13 : « *(...) en général, c'est une fois ponctuelle. (...)* »

E14 : « *(...) Mais non je peux avoir des nouveaux.* »

- Des appelants réguliers

E5 : « *Après, forcément, il y a des liens qui se créent. Et puis pendant un temps, on est, voilà, pas mal en lien. Et puis après, ils ont acquis et ils ont moins besoin.* »

E14 : « *Effectivement, il y en a qui n'hésitent pas.* »

Cela s'explique par le fait que pour quelques médecins, **les appelants peuvent être d'anciens internes qui sont passés en stage dans leur service :**

E1 : « *moi, j'ai une ancienne interne qui m'appelle régulièrement quand elle a une situation en tuyau de poêle* », « *soit les médecins qui sont déjà passés en PMI* ».

E7 : « *C'est-à-dire que les médecins qui, comment dire, vous connaissent et bien s'ils ont une situation qui va les alerter, qui les intriguer bah ils vont me contacter, c'est sûr. Ils ne vont pas avoir de réserve maintenant puisqu'on a déjà échangé. (...)* « *j'ai eu des internes qui, après, étaient installés, qui m'ont contacté.* »

E10 : « *Parce qu'on est aussi terrain de stage en PMI depuis très longtemps. Et donc, on a toujours eu des internes et donc qui sont, pour pas mal, installés et donc qui nous connaissent. C'est bien plus facile.* »

Certains médecins ont constaté que **les appelants sont préférentiellement de jeunes médecins. Les médecins plus âgés les sollicitent rarement voire pas du tout.**

E1 : « *C'est surtout les jeunes médecins. (...) mais parmi les vieux, c'est exceptionnel. (...) Les vieux médecins, on est très peu sollicité. Ils se dépatouillent entre eux, ils gèrent la situation.* »

E10 : « *c'est plutôt les jeunes. Ah oui, franchement. Honnêtement, c'est plutôt les jeunes installés.* »

E13 : « *(...) j'ai l'impression que, malgré tout, les jeunes, ils sont, peut-être alors, plus sensibles. Bon peut-être un peu moins peur aussi d'y aller (...)* Du coup, pour des jeunes installés depuis moins longtemps, c'est peut-être moins compliqué d'y aller. »

Il est constaté **une disparité dans la fréquence des appels** puisque certains affirment ne pas recevoir d'appels tandis que d'autres confirment en recevoir régulièrement.

L'explication à de telles variabilités peut être liée à :

- Une gestion de la protection de l'enfance directement sur les secteurs

E1 : « *En fait, nous, la protection de l'enfance, c'est géré sur les territoires. (...) Donc c'est vrai que c'est plutôt eux qui sont, à la limite, qui rappellent le médecin quand il y a des doutes. Donc nous, en central, on est très peu sollicité.* »

E12 : « *Ce qui explique aussi le peu d'entrées. Puisque tout un réseau s'est développé à partir des correspondants locaux qui sont des référents protection de l'enfance.* »

- La présence sur le territoire de structures clairement identifiées par les médecins généralistes

En effet, **l'hôpital est le partenaire privilégié pour les MG :**

E1 : « *Je pense que, effectivement, le médecin libéral se réfugie, entre guillemets, derrière l'hôpital.* »

E4 : « *Je pense que, quand il y a quelque chose comme ça, même je le vois pour les femmes et les violences faites aux femmes, leur réflexe, c'est plus la médecine légale au CHU. C'est plus identifié.* »

- La mise en place d'un circuit des appels qui transite par la CRIP

E3 : « *Je crois que les médecins ont pris le pli d'appeler la CRIP. Je pense.* »

E10 : « *La plupart du temps, ils appellent à la CRIP et si ma collègue de la CRIP est en difficultés, ou si c'est vraiment... Elle me transmet le téléphone. Mais ça passe beaucoup plus souvent par la CRIP que directement par moi.* »

- La possibilité pour les médecins de solliciter directement le Procureur

E3 : « *(...) ou alors ils appellent directement le proc.* »

- La possibilité d'accéder à une aide à la rédaction d'IP en ligne

E9 : « *on est plus du tout sur le problème rédactionnel. Ça, c'est fini.* »

Les **motifs d'appels** recensés par les MRPE sont de plusieurs ordres :

- Un souhait d'être aidé dans la prise de décision face à une situation qui les préoccupe

E2 : « *donc des fois, ils s'interrogent* ».

E5 : « *je suis face à cette situation au cabinet, qu'est-ce que je fais ?* »

E7 : « *ils peuvent m'appeler pour un avis. (...) pour une situation qui les préoccupe et ils ont besoin d'échanger* ».

E9 : « *En général, c'est plutôt les aider à se donner du temps au regard des informations qu'ils ont. (...).* »

E13 : « *Ils viennent à moi pour savoir comment, bah, réagir (...), ce qu'on peut mettre en place* ».

E14 : « *« une situation qui me tracasse depuis longtemps, je ne suis pas sûre c'est à vous que je dois en parler, je suis pas sûre si je dois faire une IP ».* »

- Une aide à la compréhension de la situation

E5 : « *Ou alors c'est souvent quand on sait pas trop.* »

E10 : « *c'est quand ils sont face à des situations d'enfants pris dans des conflits conjugaux ou des choses qui leur paraissent pas claires* ».

- Une aide à la rédaction d'IP ou de signalement

E9 : « *(...) ils nous appelaient parce qu'ils ne savaient pas comment rédiger malgré les guides de l'HAS.* »

E11 : « *Une aide à la décision, une aide à l'orientation et une aide à la rédaction et des suites à donner.* »

E13 : « *(...) comment faire pour écrire, rédiger une IP (...)* ».

- Un besoin de réassurance et d'accompagnement

E9 : « *Et surtout de prendre le temps avec les parents de les sensibiliser au fait que l'enfant ne va pas bien, il y a des choses à amener et d'aider les professionnels à donner aussi leur ressenti aux parents. Leur dire ça ne va pas, il y a des choses à faire jusqu'à les aider progressivement à faire une IP s'il y a assez d'éléments. Donc je leur dis souvent « bah n'hésitez pas à me rappeler, redonnez RDV à l'enfant et aux parents, posez ces questions-ci et*

puis si vous voyez vraiment que la petite négligence que vous auriez repérée, qui revient régulièrement n'est pas une grosse négligence au final voire une maltraitance ». Donc il y a une question d'accompagnement des professionnels ».

4.2.2. Appels des MRPE

Les MRPE peuvent être amenés à contacter les médecins généralistes.

Nous retrouvons 3 motifs principaux d'appels :

- L'IP est incomplète

E1 : « Ou quand on a besoin d'éléments supplémentaires, ce qui arrive le plus souvent quand il y a une IP et qu'on sait pas ce qu'il se passe exactement. Nous, on rappelle après le médecin. »

E5 : « (...) je me mets en lien avec le médecin traitant soit qui a rédigé l'IP et qui est incomplète ».

E7 : « Il m'arrive de les rappeler parce qu'on a besoin d'un peu plus de contextualisation de l'IP, voilà ».

- Ils ont besoin de discuter de la situation

E5 : « (...) je me mets en lien avec le médecin traitant (...) soit qui traite et qui est le médecin traitant de l'enfant, pour aller discuter avec lui. »

E7 : « c'est moi qui les rappelle suite à une IP qu'ils ont faite pour en discuter avec eux. »

Pour le médecin E2, c'est en général parce que **la situation ne nécessite pas de faire une IP** :

E2 : « Enfin les éléments ne justifient pas une IP et moi, je les rappelle ».

Pour le médecin E4, cela peut être dû au fait que **la situation est complexe et parfois difficile à comprendre** :

E4 : « Ça arrive que, quand il y a un enfant avec des problèmes médicaux vraiment complexes, qu'il faut travailler en inter-partenarial, que je comprends pas le fil du dossier, voilà, j'appelle et on échange ».

- Dans le cadre de l'accompagnement et du soutien

E10 : « (...) C'est comme ça qu'on a réfléchi ensemble, tout en discutant. Ça a duré un petit moment quand même, on s'est rappelé une paire de fois pour faire évoluer ça (...) et qu'on puisse derrière avancer ».

E12 : « Après, c'est un accompagnement c'est-à-dire que lors des échanges, ce qui est important, c'est de rassurer le médecin sur le fait qu'il est légitime à faire son IP. C'est de l'aider à objectiver ce qui fait qu'il s'est posé la question, qu'il a eu les clignotants qui se sont allumés et qu'à partir de là, il doit en parler le plus possible aux parents puisque ce qui fait qu'il est inquiet, c'est l'intérêt de l'enfant. (...) Rappeler que quand on fait une IP, on transmet les inquiétudes qu'on a : des choses qu'on a observé, objectivé et qui sont dans l'intérêt de l'enfant et de ses besoins fondamentaux. On est pas dans « je signale pour qu'il y ait une sanction des parents ». Et rappeler la définition de l'IP c'est : tout élément d'inquiétude et ça va déclencher une évaluation et les aides possibles. Là aussi, ça légitime l'IP. (...) Et donc, effectivement, c'est de réexpliquer quel est l'objectif final, quelle est notre responsabilité vis-à-vis d'un enfant et d'autant plus pour les enfants les plus jeunes. Les besoins d'un ado ne sont pas ceux d'un nourrisson de 3 jours. »

E14 : « (...) Donc cette personne, je l'ai eu plusieurs fois au téléphone après. Et puis on a échangé très simplement en fait (...) Donc voilà, j'ai été au téléphone 2-3 fois pour ça. »

4.2.3. L'apport de ces entretiens téléphoniques

Les médecins sont unanimes sur le fait que **ces liens avec les MG permettent un enrichissement professionnel mutuel** par :

- La création de lien

E5 : « Mais la 1ère demande peut être initiatrice en terme de partenariat, de connaissances et de sensibilisation. »

E7 : « j'en connais beaucoup en individuel parce que je les ai appelés sur certaines situations ou qui m'ont appelé pour avoir un autre avis ».

- L'acquisition de nouvelles compétences pour l'appelant

E5 : « Et puis après, ils ont acquis et ils ont moins besoin ».

- L'initiation d'une demande de formation de l'appelant vis-à-vis du MRPE

E12 : « Souvent, le point de départ c'est un contact sur une IP en cours, un truc un peu chaud. Et à froid, les gens ont envie d'en comprendre un peu plus ».

4.2.4. La prise en compte de l'avis, des recommandations énoncées par le MRPE

Suite aux liens téléphoniques ou échanges de mails qu'il y a eu entre le MRPE et le médecin généraliste, un avis, des préconisations peuvent être émises par le MRPE.

Deux cas de figure apparaissent :

- le MG appelant prend en compte ce qui lui a été proposé, parfois après un temps de réflexion

E5 : « *Et puis parfois, ça prend du temps en effet et puis après ils les suivent.* »

E7 : « *Ils attendent qu'on arrive à clarifier une piste commune. On réfléchit ensemble donc... Quelques fois, on se laisse du temps. C'est-à-dire que j'ai dit qu'il faut revoir l'enfant et qu'on se recontacte après, vous voyez, des choses comme ça* ».

- Le MG ne prend pas en compte ce qui lui a été suggéré et ne souhaite pas aller plus loin dans les démarches. Tel est le cas pour le médecin E14, dans de rares situations

Dans cette dernière situation, les MRPE adoptent différents positionnements :

- Renforcement de son soutien auprès de son collègue afin que celui-ci aille au bout de ce qu'il a entrepris :

E5 : « *(...) et puis parfois, ça le fait pas mais on prend du temps. Moi je suis réceptionnaire, finalement, d'une situation potentiellement dangereuse et je ne peux pas rester comme ça, les bras croisés donc j'essaie de faire en sorte qu'ils aillent au bout de leur démarche. Parfois, ça prend du temps. C'est des coups de fil, c'est envoyer des documents, éclairer* ».

- Respect du choix et de la décision du confrère, ils ne font pas les choses à sa place :

E9 : « *Je crois que chaque médecin est indépendant et je crois que c'est plutôt un respect c'est à dire que je ne les oblige à rien, par contre, je suis vraiment conseil. Là, il y a beaucoup d'écoute. Ils ont pris leur décision, c'est plutôt moi qui les accompagne, je ne reviens pas sur leur décision, c'est plutôt dans l'inverse.* »

E12 : « Si quelqu'un me raconte quelque chose, moi je ferai rien. C'est lui qui est responsable. Moi, je vais lui apporter mon soutien technique, l'aider à décortiquer la situation avec lui. Mais je vais pas faire l'IP ou le signalement à sa place. »

- Questionnement sur la possibilité pour le MRPE de faire l'IP, le signalement à la place de l'appelant :

E11 : « (...) La 2^{ème} difficulté que je rencontre et là, c'est pareil, il n'y a pas d'homogénéisation dans les pratiques et ça me perturbe un peu. C'est si jamais, un jour, j'ai un médecin qui m'appelle pour me faire part d'une situation préoccupante qu'il a constaté. Est-ce que quand quelqu'un vous informe de quelque chose, vous le constatez, auditivement parlant ou est ce qu'il faut le constater visuellement. C'est pareil, ça c'est un grand débat. C'est le débat qu'on vient d'avoir. Mais si j'ai un médecin qui me dit : « voilà, j'ai vu en consultation une petite fille qui me dit ça, j'ai vu un petit garçon qui me dit ça, mais par contre, non, je ne ferai pas d'écrit, je n'y arrive pas » mais qui me relate dans tous les détails le nom, le prénom, l'adresse, tous, tous, tous les détails, avec des lésions que je ne constate pas mais il me dit : » il y a ça, ça, ça ». Est-ce que, moi, je peux m'autoriser à écrire ? Et faire remonter à la CRIP. (...) Pour moi, c'est une transmission et c'est surtout que je suis dépositaire de l'information (...) sauf qu'effectivement, moi aussi, je n'ai pas constaté. »

- Transmission d'un signalement à la place de l'appelant :

E14 : « (...) Donc je me rappelle d'un pédopsychiatre qui avait recueilli la parole et qui n'en faisait rien. C'était extrêmement grave donc là, nous, on avait alerté le parquet avec la CRIP. »

4.2.5. Le retour fait aux Médecins Généralistes des suites de leur démarche

Lorsqu'un médecin généraliste fait une IP ou un signalement, l'ensemble des médecins interviewés expliquent que le signalant reçoit systématiquement un accusé réception de la part de la CRIP, stipulant que le document a bien été réceptionné.

Dans un 2^{ème} temps, le signalant est informé de ce qu'est devenue son IP : soit cela a été classé sans suite, soit une évaluation va être diligentée, soit cela a été transmis au Procureur.

Cependant, cela est jugé **insuffisant** par certains médecins questionnés. En effet, ils pensent que certaines informations supplémentaires devraient être

transmises afin que le signalant ne se sente pas exclu de la situation et qu'il soit toujours motivé à transmettre ses inquiétudes :

E9 : « Ça fait 3 ans que je dis que il ne suffit pas de dire « sans suite ». Ça ne veut rien dire sans suite pour un médecin et c'est surtout très inquiétant. Et en fait, quand la CRIP répond « sans suite » c'est au titre de la protection de l'enfance. Mais ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de mesure de prévention mise en place : un suivi PMI, un accompagnement autre : au budget etc... Et je trouve que c'est réellement insuffisant et qu'on doit apporter des éléments supplémentaires sauf que, pour l'instant, c'est compliqué. (...). Et je pense que ça gêne d'autant plus la lecture de notre circuit si on ne donne pas d'informations suffisamment précises à l'émetteur de l'EP. Ça ne l'engage pas à en faire d'autres, en gros. »

E14 : « (...) Là, on est en train de voir au niveau juridique avec l'HAS parce que moi, je pense, qu'il y a un minimum d'informations à partager des avancées d'évaluation avec la personne qui a fait l'IP ».

A la question de la possibilité pour les MRPE de faire **eux-mêmes** ce retour systématique auprès des médecins généralistes signalants, sur le devenir de la situation, les réponses sont plutôt défavorables et cela pour plusieurs raisons :

- Légalement interdit

E6 : « Mais bon, c'est le cadre qui est réglementaire. On dit qu'il y a une action, que l'IP est évaluée ».

- Charge de travail plus importante

E5 : « Ça peut pas être du systématique parce qu'on a 5000 IP à la CRIP et c'est juste pas possible. »

E7 : « Après, donner la suite de l'évaluation, pour l'instant, on ne le fait pas. (...) parce que c'est une charge de travail énorme » ?

E9 : « il y a 2700 enfants confiés, vous voyez un peu ?! C'est pas possible ».

- Contexte au sein du Conseil départemental qui ne permet pas cela

E8 : « Ça c'est une grande problématique et un objectif que je n'arrive pas, entre guillemets, à mettre en place. (...) Donc la problématique du suivi c'est, entre guillemets, le temps médical n'est pas le temps social donc le temps médical... Alors, je vais dire le temps social est la réponse, les délais d'évaluation, la mise en place des mesures judiciaires ou non, tout ça c'est long. Et après, pour renvoyer aux médecins l'information... Enfin voilà, il y a des rouages à mettre en place qu'ils ne le sont pas chez nous »

E8 : « *Il y a une certaine instabilité dans l'équipe et c'était pas les priorités à ce moment-là : fallait faire, entre guillemets, marcher la boutique et qu'on ne coule pas.* »

- Importance de respecter la confidentialité des informations

E6 : « *c'est aussi le droit des personnes à la confidentialité de l'évaluation et des suites à donner. (...) On ne peut pas communiquer trop d'informations sans l'accord des personnes* ».

E11 : « *(...) Mais je pense pas que je puisse entrer dans les détails c'est-à-dire dire qu'il y a une enquête en cours ou dire que l'enfant est placé ou dire... Je ne suis pas convaincue parce que est ce que le devenir de la famille, des mesures dont ils vont faire l'objet concernent le médecin traitant ? Le patient a droit de cacher ça. Je suis pas sûre que ça soit autorisé.* »

- Questionnement sur la légalité de la démarche

E11 : « *Par contre, je ne sais pas si c'est autorisé* ».

Cependant, certains médecins sont d'accord pour apporter **une réponse individuelle** auprès du médecin généraliste signalant lorsque celui-ci en fait expressément la demande :

E5 : « *(...) ils peuvent, eux, nous demander la suite et on leur répond évidemment.* »

E7 : « *bah s'il y a un médecin qui me le demande, si. Je vais le faire, bien sûr, je vais lui donner. Je vais discuter avec lui de la situation et de surcroît sur quoi on est parti. Bien sûr.* »

E9 : « *Par contre, si on m'appelle, je réponds toujours. Mais je vais chercher les informations* ».

E13 : « *Et bien sûr que s'ils ont besoin que je les informe, moi, je vais à la CRIP et je mets le nez dans les dossiers ou je fais le lien avec le coordinateur territorial pour avoir les infos. Oui, bien sûr. (...) Ils peuvent venir à moi aussi dans ce cadre-là, pour avoir des informations sur les suites données. Il y a toujours le moyen d'interroger. Je ne ferai pas de manière systématique parce que ça me demande vraiment... ça serait trop lourd en terme de suivi mais ils peuvent venir à moi pour avoir des infos, oui, bien sûr.* »

De plus, il peut arriver que ce retour soit réalisé **à l'initiative** du MRPE :

E5 : « *Moi, sur 1 situation ou 2 particulièrement singulières, il m'est arrivée de leur faire des retours spontanés. Parce que chacun de nous était vraiment préoccupé, interpellé ou c'était une situation exceptionnelle, quoi* ».

E6 : « *(...) ça m'est déjà arriver d'appeler et dire « bah l'évaluation de l'IP est en cours, il y a une audience rapidement ou pas* ».

E8 : « *Il y a que les situations particulières où des fois, je les rappelle* ».

4.2.6. Résumé des principaux résultats sur les liens entre MRPE et MG

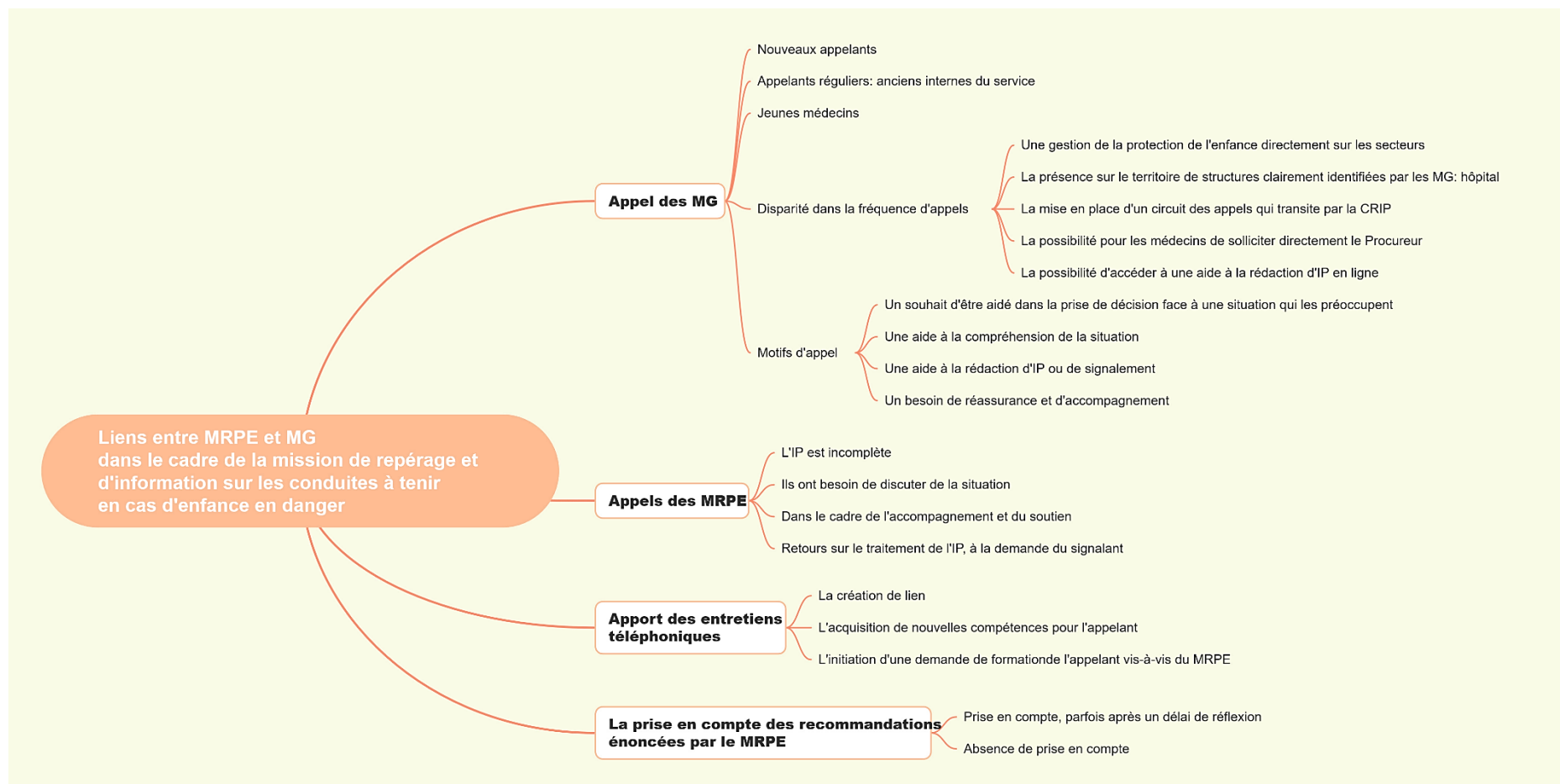


Figure 2: Résumé des principaux résultats sur les liens entre MRPE et MG

4.3. La création d'outils à destination des professionnels de santé

Ces outils ont pour vocation d'aider le professionnel de santé dans ses missions de repérage et de signalement des situations préoccupantes.

4.3.1. La mise en place d'un guide partenarial

Pour le médecin E6, un guide partenarial doit être réactualisé, afin de répondre au mieux aux besoins des médecins :

E6 : « Avec la responsable de la CRIP on a des projets à destination des professionnels de santé, auprès des médecins notamment, d'actualiser un guide partenarial. (...) Par contre, sur le repérage et sur les IP, il va y avoir le guide partenarial qu'on va travailler. (...) Travailler peut-être, si on peut avec des généralistes sur « de quoi ils ont besoin » ».

4.3.2. La création d'une aide à la rédaction d'IP

Des Conseils départementaux ont mis en ligne un outil d'aide à la rédaction d'IP.

Les intérêts de ce dispositif sont, dans un 1^{er} temps, d'**aider les professionnels à rédiger une IP sans omettre les informations les plus importantes.**

De plus, cela permet de **rappeler le cadre législatif au signalant, clarifier les éléments à transmettre, énoncer ce qui est attendu du signalant, bénéficier d'informations supplémentaires** qui pourraient être utiles pour la prise en charge de l'enfant au sein de l'ASE, **créer du lien entre le MRPE et le médecin signalant :**

E9 : « Et puis aussi pour que le médecin n'oublie pas de nous dire s'il a envisagé un suivi médical particulier pour que nous, on puisse continuer de l'accompagner s'il y a un placement et pas repartir sur du 0 ».

E9 : « Donc on parle du secret professionnel partagé, que dans le cadre de la protection de l'enfance, on peut partager beaucoup d'infos. Par contre, il est écrit en dessous

que s'il y a des éléments purement médicaux, il faut m'envoyer ces éléments-là sur mon mail : appuis conseils ».

5. La mission de partage des connaissances

2 types de formations sont mises en place :

- Des formations/informations dans le cadre de la prévention

E2 : « Parce que s'il y a des médecins libéraux qui sont volontaires, ils vont avoir donc une formation, enfin une formation entre guillemets, plutôt une information que formation ».

- Des formations dans le cadre de l'intégration des MG dans le réseau de soins des enfants protégés

E6 : « Si on monte PEGASE et si on arrive à monter ce réseau de praticiens, forcément on aura des temps de formation à construire ».

E7 : « La mise en place d'un réseau de médecins qui suit des formations particulières pour avoir une certaine expertise sur ce qu'il doit suivre auprès de ces enfants qui sont confiés à l'ASE ».

E14 : « (...) Et là, vous voyez avec santé protégée, on a fait la 1^{ère} journée de formation ».

5.1. Les champs d'interventions des MRPE

5.1.1. Dans le cadre de l'enseignement

Certains Conseils départementaux sont **des terrains de stage** qui accueillent des internes de Médecine Générale :

E4 : « On a des internes de médecine gé donc, du coup, ceux-là vu qu'ils passent par le service, on les emmène et je les sensibilise ».

E6 : « On est lieu de stage pour les internes de PMI... Euh... des internes de médecins générale. »

E12 : « (...) Ils viennent en stage au département et qui auront droit à une demi-journée où on parlera de protection de l'enfance ».

E13 : « (...) D'ailleurs, on accueille des internes au sein même du service de PMI, ça fait partie des stages formateurs du cursus normal. »

Des MRPE interviennent directement à la Faculté de Médecine.

Ces interventions peuvent être organisées en lien avec le **Département de Médecine Générale**, dans le cadre du **DES de Médecine Générale** :

E5 : « (...) et puis j'interviens aussi au DU MG au Département de médecine générale dans le cadre de l'enseignement ».

E6 : « Et si le DMG nous redemande, en lien avec le médecin hospitalier, nous c'est toujours oui. »

E10 : « On est tous les 2 intervenus en même temps, au niveau des cours des internes de médecine générale ».

E13 : « (...) en amont, en faisant des interventions à la fac de médecine, notamment auprès de jeunes internes. (...) ».

E14 : « (...) Et puis là, on est en train de faire un travail, (...) avec le département de médecine générale pour se dire : on veut que les médecins généralistes, quand ils commencent à faire leur stage chez le praticien, ils aient des connaissances sur l'organisation globale de la protection de l'enfance. Et puis qu'ils sachent être sensibilisés, repérer, surtout savoir quoi faire, alerter la CRIP ».

Parfois, les MRPE sont en lien avec les **Syndicats d'étudiants de Médecine Générale** pour organiser des temps de rencontre :

E6 : « Donc on est preneur d'un espace auprès de l'association des internes pour aller faire de l'information, on va dire, plutôt qu'une formation auprès d'internes de médecine générale ».

E9 : « Comme je suis aussi sur l'IMGA, c'est-à-dire les étudiants de la fac de médecine me font venir tous les ans pour que je leur explique le circuit de l'IP. Ceux de médecine générale principalement. »

5.1.2. Dans le cadre des Formations médicales Continues

Généralement, ces temps d'échanges sont initiés **à la demande** des Médecins Généralistes :

E2 : « J'ai pas le temps, donc moi, je réponds à la demande ».

E3 : « *sur sollicitation, on peut le faire* ».

E5 : « (...) *Pour les généralistes, en fait, je réponds à la demande. C'est-à-dire que voilà, je réponds à la demande s'ils veulent que j'intervienne dans leur association* ».

E14 : « (...) *On me sollicite* ».

Seul un MRPE souhaite **être à l'initiative** de ces FMC :

E12 : « (...) *je suis dans l'action. J'irai les solliciter, j'irai leur proposer.* »

Selon les MRPE, **le taux de participation** à ces événements **est inégal**.

En effet, pour certains médecins, **le taux de participation est important** :

E5 : « *Tous les membres de l'asso en général.* »

E7 : « *Mais les médecins étaient souvent là et bien présents ou représentés c'est-à-dire que tous les médecins de la maison étaient là et étaient intéressés.* »

E9 : « *en général, tout le monde est là. Mouais, surtout les étudiants parce que les médecins, c'est le jeudi soir, c'est 20h30. Parce que, des fois, il y en a qui arrivent à 22h00, voyez.* »

E14 : « (...) *Alors, j'ai pas compté mais j'ai l'impression, la dernière fois, la salle c'était plein. (...) Les personnes étaient là, il y avait pas 2-3 personnes parce qu'il y avait un autre sujet, le diabète peut-être... Non j'ai trouvé, il y avait du monde à chaque fois.* »

Par contre, pour d'autres médecins, **ce taux est plus faible** :

E1 : « *Mais c'est pareil, ils étaient pas très nombreux. (...) C'est toujours les mêmes qui viennent. Je pense qu'il y en a pas mal qui viennent pas.* »

E3 : « *vous savez, c'était les EPI donc il y avait une dizaine de médecins* ».

5.1.3. Dans le cadre de journées organisées par le Conseil Départemental

Les médecins E7 et E9 organisent une à deux fois par an **une journée sur la Protection de l'Enfance**. C'est l'occasion pour eux d'inviter les médecins généralistes :

E7 : « On organise aussi des journées des acteurs de la protection de l'enfance qu'on avait commencé à mettre en place. (...) Moi, j'aimerais bien qu'on invite plus de médecins aussi, vous voyez ? Mais on a fait parvenir les invitations au conseil de l'ordre, pour l'instant, parce que c'était eux qui nous avaient bien repérés. On pourrait, si moi je connais mieux les maisons de santé, j'inviterai les maisons de santé directement. Ça pourrait pouvoir se faire ».

E9 : « on a fait une journée dédiée spécialement aux professionnels du soin ».

5.2. Les informations transmises lors des temps de formation

Les principaux thèmes abordés sont :

- La présentation du rôle de MRPE

E10 : « (...) pour présenter ça et mon rôle Ça en quoi je pouvais aider les médecins généralistes quand ils étaient face à une situation qui les préoccupait. »

- Les missions du Conseil Départemental

E6 : « C'est les missions du Département. Du coup, on parle de plusieurs chapitres qui vont des besoins fondamentaux, l'impact des violences et après les dispositifs de protection de l'enfance, IP, signalements et puis après le juge des enfants. »

E7 : « On faisait à la fois une information un peu, enfin beaucoup même, sur l'IP, quel est le circuit en X, quels sont les professionnels qu'ils peuvent appeler, voilà. »

- L'organisation et le rôle du service de l'ASE

E10 : « On s'était dit quand on a eu des internes en médecine générale dans les services de PMI, qu'il faut qu'ils connaissent tout ce processus de l'ASE pour qu'il soit un peu démystifié, pour qu'ils sachent et qu'ils aient pas peur d'interpeler quelqu'un ».

E13 : « (...) Donc il y avait aussi toute cette partie-là de présentation du service et des mesures en place. (...) ».

E14 : « (...) Et puis leur donner quelques connaissances sur notre organisation en protection de l'enfance qui est quand même très, très complexe. »

- La clinique de la maltraitance et ses conséquences

E7 : « Pour les informer sur la maltraitance, (...) les répercussions sur la santé et puis aussi sur le Syndrome du bébé secoué ».

- Les circuits signalement/IP

E9 : « (...) qu'on a élargi petit à petit sur tout ce qui est le circuit de l'IP, les partenaires, (...) les liens avec la justice etc... »

E10 : « (...) pour présenter le circuit des IP. »

- Le suivi des enfants confiés à l'ASE par les médecins généralistes

E14 : « (...) Et à chaque fois, je parle, à la fois, protection de l'enfance au sens large, repérage pour les aider mais aussi quand ils rencontrent, quand ils sont médecin d'un assistant familial, quand ils rencontrent des enfants en consultations (...). »

5.3. La plus-value des formations

Ces temps de rencontre auprès des professionnels de santé ont pour but :

- D'améliorer la diffusion de l'information par l'intermédiaire des personnes formées ou informées

E13 : « (...) Et effectivement, je mise un peu là-dessus pour que la formation et l'information diffusent. »

- De participer à l'évolution positive des compétences

E14 : « (...) Donc ça va participer à augmenter en compétence les médecins généralistes de notre département dans le repérage, dans la prise en compte de la santé. »

Pour ceux qui ont organisé des formations, cela a permis de mettre en évidence le fait que :

- Cela permet de créer du lien

E13 : « Par contre, j'essaie, quand même, de travailler le relationnel (...). Ils ont, comme ça, dans le coin de la tête quelque chose de : « ça existe, il y a quelqu'un qu'on peut appeler ». »

- Il y a une recrudescence des appels de professionnels au Département

E10 : « *Il y a pas mal de médecins qui appellent la CRIP ou moi directement quand ils ont des soucis, qu'ils s'interrogent par rapport à une famille, un enfant etc... Oui. Alors qu'avant, on en avait très, très peu. Et franchement maintenant, on a vraiment des médecins qui n'hésitent pas à appeler la CRIP quand ils ont un souci et qui savent pas quoi faire.* »

- Il y a une augmentation du nombre des sollicitations pour organiser des formations

E9 : « *Donc ça a aussi pour corollaire mis en place des demandes au sein de formations médicales continues qui avaient besoin aussi d'informations* ».

5.4. L'absence de mise en place de temps de formation

Cependant, **plusieurs médecins n'ont pas pu mettre en place de temps de sensibilisation, d'information** du fait :

- Du manque de sollicitation des médecins généralistes et de proposition du MRPE afin d'organiser des FMC

E2 : « *Après, c'est vrai qu'on a pas été sollicité par une association locale de médecins libéraux pour faire une intervention. On leur a pas proposé non plus.* »

E3 : « *Mais c'est vrai que les médecins généralistes, ça fait longtemps qu'ils n'ont pas demandé.* »

- Du manque de temps du MRPE

E4 : « *je pense qu'il faudrait y venir, oui. C'est vrai que là, je vous avoue que je n'ai pas eu le temps.* »

- De problématiques internes au Conseil départemental

E8 : « *quand vous avez pas de chef de service, quand vous avez pas de chef de pôle, quand vous avez pas ceci, cela, quand il y a personne à la tête du navire, entre guillemets, on fait au cas par cas donc je ne me suis pas lancé dans cette croisade.* »

5.5. Résumé de la mission partage de connaissances

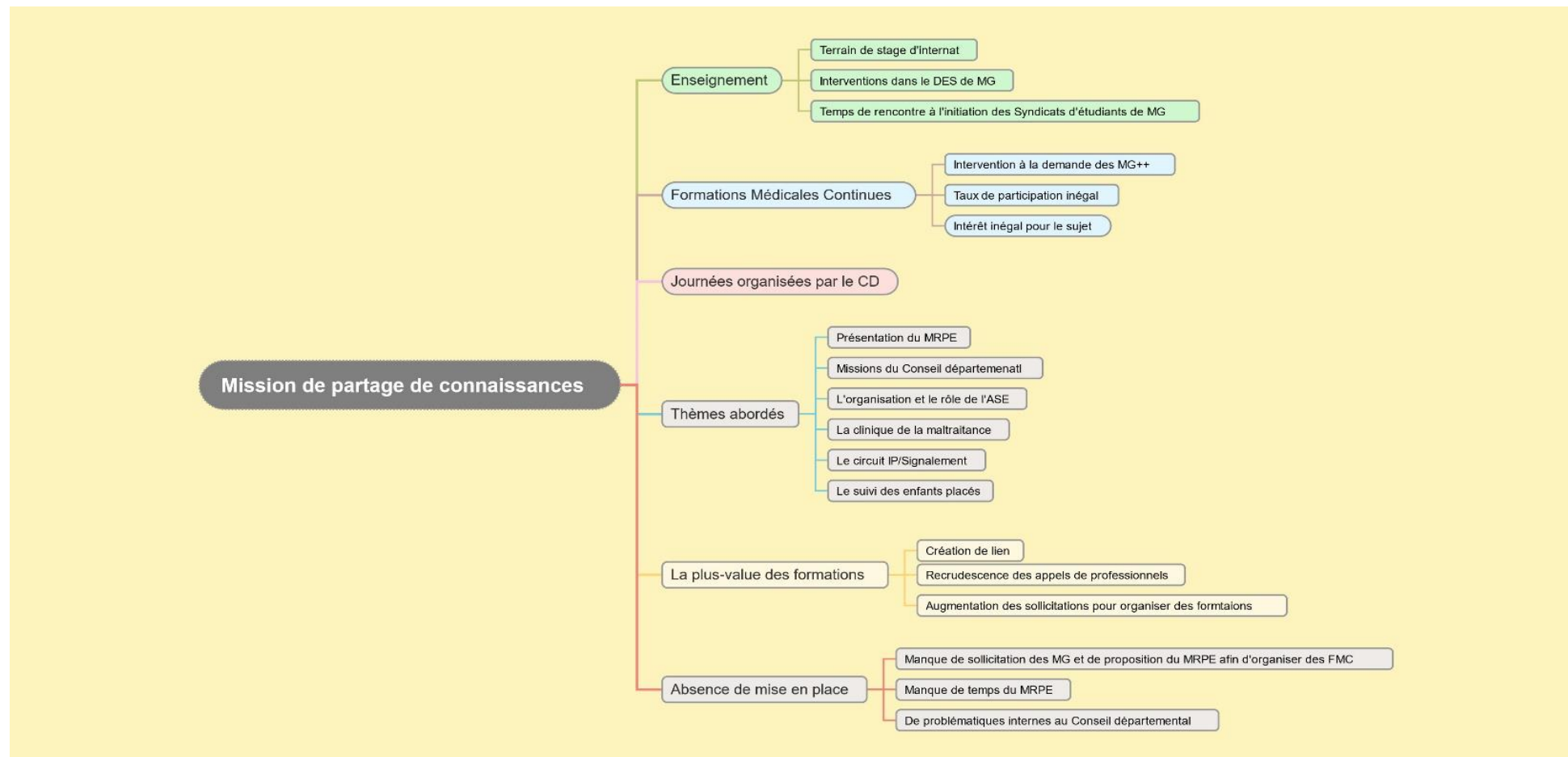


Figure 3: Résumé de la mission partage de connaissances

6. L'évolution du nombre d'IP émanant des Médecins Généralistes

Dans certains départements, il est constaté une **augmentation du nombre d'IP** émanant du corps médical.

Plusieurs explications ont été émises :

- Il existe **une corrélation** avec leur arrivée sur le poste

E5 : « *Oui, oui, parce que c'est passé de 5% des IP, entre autres émanant des professionnels de santé, à 10%* ».

E7 : « *bah en tout cas, oui pour... Ils le sentent, ils le ressentent, oui* ».

E10 : « *ah oui, ah oui, ça c'est sûr. Alors je n'ai pas les chiffres parce que vous ne les avez pas demandés mais j'ai une réelle impression que oui.* »

E14 : « *(...) le taux d'IP provenant de professionnels du soins médicaux et paramédicaux est aujourd'hui de 19% dans notre département. C'est la 2^{ème} place. Il a augmenté de +15% en moyenne par an, en 4 ans* ».

- Cela est **indépendant de leur arrivée** en tant que MRPE

E2 : « *Je pense, mais c'est pas lié à moi, qu'il y a plus d'IP du milieu médical qu'avant. Même je dirai que par rapport, je pense qu'ils s'autorisent plus qu'avant* ».

E6 : « *on a plus de professionnels de santé qui, d'une manière générale, nous font des informations préoccupantes, on a plus de médecins hospitaliers qui font des IP. Je pourrai pas dire que c'est en lien avec ce poste.* »

E11 : « *oui, depuis mon arrivée mais c'est pas mon impact.* »

- Cela peut être lié à une augmentation du nombre de **signalements concernant des situations moins graves**

E13 : « *(...) Peut-être qu'il y aurait plus d'IP sur des choses un peu moins lourdes, on va dire. Peut-être juste sur des négligences, ou défauts de soins, des IP sur, je sais pas, un retard vaccinal ou un refus de vaccination, ce genre de choses* ».

- Un excès d'IP ou de signalements au sujet de **situations qui ne relèvent pas de la CRIP par peur de passer à côté, associé au risque judiciaire**

E2 : « Avant ils n'en faisaient pas mais maintenant, ils en font trop. Dès qu'il y a un problème qui leur semble un peu compliqué, voilà. Ils sortent le parapluie et ils appellent la cellule. D'ailleurs, même, on est en train de revoir un peu les choses. Tout ne relève pas de la cellule. »

E2 : « Mais je pense qu'il y a, comme partout, il y a la peur de passer à côté, la peur d'être mis en question, la peur du judiciaire, la judiciarisation de certains dossiers. »

Cependant, d'autres médecins **n'ont pas observé d'évolution** du nombre d'IP sur leur département :

E3 : « Non, je ne crois pas. Non j'ai pas l'impression ».

E4 : « Il y en a très peu qui émanent du corps médical et vraiment pas du tout... (...) Mais je trouve qu'au vu de ce qu'on voit passer, je trouve que peu de médecins font d'IP en fin de compte ».

E9 : « Je pense pas qu'il y en ait plus ».

7. La mission de suivi des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance

7.1. La mise en place d'un parcours de soins coordonné pour les enfants placés

7.1.1. Justification de la nécessité de sa mise en place

Pour la majorité des médecins interviewés, la mise en place du suivi des enfants confiés est **importante**.

Pour justifier cela, un des MRPE s'est basé sur le fait que, **dans le cadre du PPE, un examen de l'enfant qui intègre l'ASE est obligatoire** :

E9 : « Il y a urgence là à ce que les enfants soient suivis. Donc en fait, moi, je suis partie du PPE car c'est une obligation légale qu'il y ait un examen médical et psychologique qui soit fait dans les 3 mois de l'arrivée d'un enfant ».

Cela peut, également, être lié au fait que le Conseil départemental, dans lequel exerce le MRPE, a **contractualisé avec l'état** et donc s'est engagé à mettre en place **les directives du plan TAQUET**. Ou encore parce que le MRPE souhaite

mettre en place, sur son département, **le projet national « Santé Protégée »** qui se base sur la création d'un réseau de professionnels de santé chargé de faire le suivi des enfants placés :

E11 : « (...) C'est que dans le plan TAQUET, le département a contractualisé et que je suis positionnée avec les professionnels de l'ASE sur le bilan systématique des enfants confiés à l'ASE. »

E14 : « (...) Santé protégée c'est un projet national. C'est un projet dans le cadre de l'article 51. Et du coup, là, on est en train de recruter des médecins généralistes de notre département pour qu'ils soient référents médecins généralistes de la santé ».

7.1.2. Les objectifs de ce parcours coordonné

La mise en place d'un parcours de soins pour les enfants placés répond à plusieurs objectifs identifiés :

- La création d'un réseau de professionnels sensibles à cette problématique

E6 : « C'est justement de constituer un réseau de praticiens libéraux qui sont intéressés par les problématiques de protection de l'enfance notamment pour participer de manière un peu plus visible au suivi des enfants confiés à l'ASE. »

E7 : « Mais par contre, c'est quand même un peu ma perspective, c'est d'essayer de rechercher des généralistes pour faire un réseau. (...) Donc du coup, il va falloir qu'on s'appuie un peu plus sur les médecins généralistes même s'ils participaient déjà parce que tous les enfants n'étaient pas vus ».

- L'instauration d'un suivi médical régulier et éviter la rupture de soins des enfants placés

E4 : « Puis surtout s'assurer que la santé est correctement prise en charge et éviter les ruptures de soins. (...) Et au-dessus de 6 ans, ce que je souhaite, c'est qu'il y ait au moins un bilan annuel : poids, taille, voir si l'enfant va bien, mise à jour des vaccins, des choses comme ça, par le médecin traitant avec un coupon-réponse. (...) Comme ça, je sais que l'enfant a été vu et ça me permet de dire tel enfant, tel enfant n'a pas été vu depuis tant de temps, il faut l'emmener chez son médecin traitant ou au moins qu'il soit... C'est plus pour évaluer et forcer un peu les choses pour qu'il y ait un suivi correct et pas de rupture de parcours. »

E9 : « une sécurisation du parcours. (...) Je demande un bilan tous les 6 mois jusqu'à 4 ans et tous les ans jusqu'à 18. »

E13 : « (...) Voilà, on a quand même essayé de faire pour qu'il y ait un parcours de santé. Donc les 0-2 ans sont vus 2x/an et ensuite à partir de 2 ans, les visites sont annuelles. Et donc jusqu'à 6 ans, c'est la PMI qui les voit et après 6 ans, c'est les médecins généralistes. »

- L'organisation du suivi et des prises en charges est effectuée par le médecin généraliste

E9 : « C'est lui qui prend la décision des soins, moi je n'interviens pas avec des soins que je demande spécifiquement pour chaque enfant comme sur un article 51. Je lui laisse la liberté d'exercer son art et moi je trouve que c'est pas la place d'un MRPE d'être un peu l'épée de Damoclès en disant : « faut faire ci, faut faire ça ». »

E13 : « (...) Mais pour ce qui est du parcours de soin, c'est vraiment le médecin traitant qui pilote en 1^{ère} ligne. (...) ».

- La possibilité d'intégrer le MG dans le parcours de l'enfant placé s'il le désire

E6 : « (...) le médecin traitant est un interlocuteur potentiel, incontournable et éventuellement, oui, qu'il puisse être partie prenante dans les échanges, les décisions à prendre. »

- La possibilité d'intégrer les MG dans des temps de réflexion, d'échanges avec l'ASE

E6 : « Mais à terme, on met en place un comité technique santé ASE avec des professionnels en interne, avec des médecins des référents prévention santé qu'on met en place dans les structures ASE. Et donc, mon idée au début, c'était qu'on puisse y associer des médecins généralistes. Enfin vraiment qu'on ait un espace de partage avec des généralistes qui sont intéressés par le sujet. »

7.1.3. La création du lien avec les Médecins Généralistes

Pour rentrer en contact avec les médecins généralistes, les MRPE ont plusieurs outils à leur disposition.

Plusieurs MRPE utilisent **les assistants familiaux** comme **intermédiaire**, lorsque ceux-ci vont amener en consultation l'enfant qui leur est confié chez leur médecin traitant :

E6 : « *Parce que en fait, dans notre état des lieux, on a vu que 78% des assistantes familiales qui ont répondu disent que le médecin traitant c'est le généraliste. Leur propre généraliste. Du coup, il y a plein d'enjeux de... Ils soignent l'assistante familiale, ils soignent ses enfants, ils soignent l'enfant accueilli.* »

E10 : « *(...) On renvoie beaucoup plus les assistantes familiales vers les médecins généralistes (...)* »

E13 : « *Pour les médecins généralistes, en fait, on impose pas de médecin particulier aux assistants familiaux. Ils vont chez leur médecin habituel donc du coup, ça nous aurait obligé à flécher un trop grand nombre de médecins pour établir un partenariat. Et surtout, les identifier, donc du coup...* »

E14 : « *(...) la dernière fois qu'on l'a envoyé donc janvier et février, on a bien sûr mis tous les éléments concernant « santé protégée » pour tous les accueillants donc AF et établissements enfance le donnent à leur médecin avec qui ils travaillent aussi.* »

D'autres vont à leur **rencontre** ou **utilisent leur mailing**, constitué suite aux nombreux liens qu'il a eu avec des médecins généralistes dans le cadre des IP, afin de leur parler du projet et leur proposer d'y participer :

E7 : « *(...) Être pro-active par rapport à ça, y aller en leur direction d'une part, pour réaborder, effectivement, toujours l'histoire des IP mais surtout, aussi, pour essayer de mettre en place un réseau de suivi médical de la santé des enfants* ».

E11 : « *(...) Et si on parle de quelques centaines, moi je veux bien aller les rencontrer même 1 par 1 ou avoir un échange téléphonique avec eux* ».

E14 : « *(...) J'ai récupéré les adresses mail, j'ai récupéré... J'avais beaucoup d'adresses mail de médecins généralistes avec qui j'échangeais pour des IP. Et je leur ai fait un mail en leur disant : « vous suivez déjà des enfants protégés ou nous avons déjà échangé pour des situations d'enfant en danger ». Je présentais, j'envoyais le résumé, le décret, l'arrêté. Je disais : « nous vous sollicitons pour faire partie. Avez-vous envie de vous occuper de la santé des enfants ? »* »

Enfin, certains utilisent **les structures dans lesquelles interviennent les MG** comme intermédiaire dans la création du lien :

E11 : « *(...) Et nous avons, d'autre part, des médecins généralistes qui sont également des médecins généralistes rattachés entre guillemets mais qui ont l'habitude de travailler avec des MECS* ».

E14 : « *(...) Alors cette consultation, ce bilan médical, donc moi j'envoyais à tous les lieux d'accueil un guide, un document, un feuillet qui balaye toute la santé, qui bien sûr*

n'était pas exhaustif et j'en étais ensuite destinataire pour faire des liens autant que possible. »

Dans toutes ces situations où le MRPE sollicite un intermédiaire, il transmet **un document papier qui sert de lien** : coupon-réponse, courrier, guide de suivi.

7.1.4. Une revalorisation financière de la consultation

Afin d'encourager les médecins généralistes à prendre en charge les enfants placés, certains médecins s'appuient sur la création **d'une nouvelle cotation de l'acte associée à une revalorisation financière** :

E4 : *« mais je crois que la sécu, elle a augmenté le... je crois justement en lien avec ça. Il me semble qu'elle a songé, elle a émis une nouvelle cotation de consultation complexe. Et ça, ça peut en faire partie. Ça doit être une consultation à 46 euros ou un truc comme ça ».*

E14 : *« (...) c'est une consultation d'une demi-heure, ¾ d'heure, c'est pas moins. C'est pas possible. Vous ne pouvez pas demander 25 euros, c'est pas éthique pour le médecin et l'enfant, c'est très long. Et ça, Mr TAQUET, il l'a vraiment entendu (...) Il y a un forfait de 60 euros pour consultation très complexe la 1^{ère} année, complexe les années suivantes, revalorisées pour vous permettre d'avoir du temps ».*

7.1.5. Les difficultés de mise en place

Plusieurs types de difficultés sont retrouvés :

- Des difficultés inhérentes aux services départementaux :

- La charge de travail du MRPE qui est importante

E5 : *« J'en suis pas encore là, vous voyez, parce que je suis seule et que je suis sur un temps partiel, c'est un puit sans fond. »*

- La nécessité de sensibilisation et d'accompagnement des équipes de l'ASE pour mettre en place un partenariat avec les Médecins Généralistes. Il faut que les services de l'ASE apprennent à travailler avec les médecins généralistes et qu'ils leur laissent une place dans la prise en charge des enfants confiés :

E6 : « *Donc j'ai déjà le travail de sensibiliser les équipes internes au fait que tant qu'on aura pas renforcé la place du médecin traitant des enfants, on ne pourra pas améliorer la santé des enfants placés en général. (...) Donc la place du médecin traitant sur la santé des enfants confiés aujourd'hui, pour moi, elle est insuffisante et il faut que l'ASE puisse affirmer que... Laisse la place au médecin traitant aussi. C'est pas un interlocuteur habituel de l'ASE, on passe par l'assistante familiale et l'assistante familiale envoie... »*

- **Le manque de rigueur de l'administration dans le suivi des bilans de santé**

E13 : « *C'est plus du fait de nous, au niveau de la collectivité : ou les bilans de santé sont un peu oubliés, ou ça passe à l'as ou les procédures ont des fois un petit peu de mal à être suivies des faits. (...) C'est moins action/réaction. »*

- **Des difficultés inhérentes aux médecins généralistes sont également observées**

- **Il y a la problématique de l'investissement dans le suivi**

D'après un des MRPE, des médecins généralistes **ne souhaiteraient pas suivre cette population de patients car ce ne serait pas de leur ressort** :

E6 : « *(...) J'ai des retours d'assistantes familiales (je participe à leur formation initiale d'assistante familiale) et elles disent que les médecins disent que c'est pas leur job parfois de voir les enfants confiés donc... »*

Pour d'autres, certains médecins généralistes ont **des difficultés à envisager le suivi de ces enfants** comme pour tout autre patient **du fait de leur instabilité géographique** :

E10 : « *(...) Quand ils voient, les médecins généralistes, de leur propre aveu, quand ils voient des enfants de l'ASE, ils pensent pas à un parcours de soin, à un parcours comme ils peuvent le penser pour des enfants qu'ils suivent de familles habituelles, des enfants lambda. Parce qu'ils pensent qu'ils ne sont que de passage. »*

Enfin, un MRPE pointe le fait que **les bilans de ces enfants sont parfois peu contributifs du fait des réponses brèves** des médecins qui les ont examinés :

E13 : « *Et d'autres, qui, bon bah savent que l'enfant va bien, qu'il se développe bien, qu'il a pas de soucis de santé, que l'examen clinique est normal et qui, du coup, vont plutôt mettre RAS, RAS, RAS. C'est vrai que du coup, des fois, je récupère des bilans par forcément très contributifs parce que bah, j'ai rien à part « tout va bien », point. »*

- Une charge administrative importante

La masse de travail administratif des médecins généralistes, liée à leur activité libérale, est importante. Aussi, ils ne souhaitent pas en remplir davantage :

E10 : « *Parce que ça prend du temps et qu'ils n'ont pas envie de remplir des papiers en plus.* »

- La sensibilité des MG à cette problématique

E6 : « *(...) de toute façon, on arrivera pas à toucher tout le monde. Il restera toujours des médecins qui ne seront pas intéressés qui ne voudront pas du tout aborder cette thématique.* »

7.2. La prise en compte de la santé des Mineurs Non Accompagnés

Seul le médecin E11 évoque la mise en place d'un **partenariat ponctuel**, avec les médecins généralistes, pour prendre en compte la santé des MNA, dans un contexte de mise à l'abri lors du 1^{er} confinement.

Le lien MRPE/MG s'est créé à **l'initiative du médecin**, par des appels téléphoniques aux **différentes maisons de santé** et cela dans le but de **mettre en place un plan de prise en charge de la santé de cette population** :

E11 : « *(...) je les ai appelés pour essayer de mettre en place un partenariat et qu'on puisse orienter ces jeunes vers leurs structures et réfléchir avec eux à comment est ce qu'on pourrait communiquer entre nous, comment ils pourraient être accompagnés, comment organiser la surveillance, comment ils pourraient être payés et facturer leurs actes (...)* »

Il parle d'**échanges** entre professionnels de **qualité**, avec **un partenariat** qui **s'est bien passé** :

E11 : « *Et là, les échanges étaient supers. (...) et ça s'est passé dans de bonnes conditions.* »

Le médecin E8 évoque également un travail auprès des MNA mais ce résultat n'est pas intégré dans la thèse car cela ne rentre pas dans le cadre d'un partenariat avec les médecins généralistes.

8. La relation MRPE/Médecins Généralistes

Pour de nombreux médecins, les relations avec les médecins généralistes **sont jugées satisfaisantes** :

E2 : « Je pense que moi, quand j'ai une question, je m'autorise tout à fait librement à contacter les médecins généralistes. Je suis toujours très bien reçue (...). Et à l'inverse, quand ils nous contactent, il n'y a aucun souci. (...) bah moi je pense que c'est médecin dépendant. Enfin moi, j'ai jamais eu de difficultés particulières, moi personnellement. (...) . Majoritairement, on a pas de difficultés particulières. On échange sur les dossiers ».

E7 : « quand j'appelle les médecins, moi, pour une raison X ou Y, je trouve qu'ils répondent très facilement ou quand ils sont en consultation, ils me disent « je suis en consultation, je termine ma consultation et je vous rappelle » et je sens que vraiment y a vraiment de bons échanges, quoi. »

E8 : « aucun problème (...) Je connais tout le monde, quoi. Donc j'ai pas de blocage (...) ».

E10 : « oh oui, dans l'ensemble. »

E14 : « oui, de façon globale, c'est très satisfaisant. »

Pour d'autres, les relations **sont plus mitigées** ou **jugées insuffisantes** :

E5 : « c'est très variable, c'est très variable. Celui qui est sensibilisé, ça va aller. Celui qui connaît pas, il peut passer à côté (...) ».

E9 : « Quand j'étais généraliste, je trouvais ça insuffisant et puis maintenant que je suis de l'autre côté, je trouve ça insuffisant aussi. »

9. Les difficultés rencontrées pour instaurer un partenariat entre le MRPE et les Médecins Généralistes

9.1. Le contexte sanitaire actuel

Pour le médecin E12 qui a débuté sa fonction en début d'année 2020, la **crise sanitaire liée au COVID a un impact sur le déroulé de ses projets** :

E12 : « Alors le souci c'est quand on prend son poste lors d'un 1^{er} confinement qui est suivi d'un second confinement, avec des règles de contacts humains particuliers. Autant

vous dire que les liens avec les médecins sont encore un peu compliqués. D'abord, je pense que eux aussi ont autre chose à faire et c'est surtout que bein là, il y a plein de choses qu'on ne peut pas mettre en place. (...) Là, le problème c'est que quand on prend son poste sur une création, en plein confinement, tout ce qui est démarche extérieure est complètement utopique, quoi. »

9.2. L'intérêt pour la problématique

3 MRPE déplorent **le manque d'intérêt** de la part de certains médecins pour cette problématique :

E9 : « Tout le monde n'est pas sensible à la maltraitance, la protection de l'enfance. Il y a des médecins qui signaleront jamais, qui feront jamais d'IP parce qu'ils voient pas. Ceux-là, bah oui, il y a un peu de tristesse que le sujet ne soit pas pour eux... après, on peut pas accuser un médecin d'être mordu de gériatrie, par exemple. Pour moi, c'est un devoir civique. Je pense que tout le monde n'a pas le même curseur. »

E10 : « On en a d'autres qui sont surbookés, qui disent qu'ils n'ont pas le temps de... « j'ai pas le temps de prendre de nouveaux enfants » et qui font pas. »

E13 : « (...) et d'autres probablement un petit peu moins. C'est vrai qu'on a tous un petit peu nos intérêts, nos centres d'intérêts et puis nos spécialisations même quand on est médecin généraliste. »

9.3. La création d'un lien avec les anciennes générations de Médecins Généralistes plus compliquée

E9 : « Sur les anciens médecins qui n'évoluent plus dans leur carrière, parce que ce n'est pas leur sujet principal, qu'ils ont pris d'autres directions et qui sont aussi complètement débordés par leur masse de travail et qui me balancent leur papier et qui me demandent de me démerder avec. »

9.4. Les difficultés inhérentes au poste de MRPE

9.4.1. Une loi difficile à mettre en place sur le terrain

En effet, **les conditions de mise en place du poste de MRPE** au sein du Conseil départemental **ne sont pas claires** :

E3 : « La 1^{ère} chose qu'on se pose c'est : de qui dépend ce médecin ? Est-ce qu'il dépend de l'ASE et être complètement isolé dans un monde social ou est ce qu'il faut qu'il soit rattaché à un service à prédominance santé parce que moi, vous avez pu le dire, moi je le note dans les échanges avec les médecins et les puér, c'est la richesse des échanges, déjà, de la matière médicale. (...) De qui ? Est ce qu'il doit être isolé quelque part ou rattaché ? Ou pas ? J'en sais rien, j'ai pas la réponse. Faut qu'on y réfléchisse. Et puis, est-ce que c'est bien que ce soit...? Est-ce que ce médecin doit faire que ça ou est ce qu'il ait une façade ? Mais je ne sais pas quels sont les ETP qui correspondent. Est-ce que ce sont des missions qui doivent se faire sur plusieurs textes ? J'avoue que je ne sais pas. Il faut y réfléchir pour y mettre de l'ordre. »

9.4.2. La charge de travail

Le médecin E13 met en avant **la multitude de missions** qui ont un impact sur la charge de travail qui est importante et qui **oblige à prioriser les missions**:

E13 : « Bon, c'est un projet que j'avais en tête mais je vous avoue que la charge de travail fait que j'ai pas poursuivi dans ce sens-là. (...) En fait, je vous avouerai, c'est vrai, que c'est quelque chose que j'avais l'intention de mettre en place, l'intention de faire mais je me suis laissée rattraper par une lourdeur énorme des missions extrêmement diverses et variées qui impactent beaucoup et qui font que j'ai plus énormément de temps pour ces types de rencontre. »

Cette charge de travail peut aussi être augmentée du fait de **la confusion entre le poste de MRPE et celui de médecin de l'ASE** :

E5 : « En fait, il y a de la confusion parce qu'avant, il y avait les médecins ASE. Il y a ce poste et il y a les médecins ASE qui s'occupent du suivi des enfants confiés. Mais le poste de MRPE, il est plutôt dans le repérage et dans le lien avec les professionnels de santé. Le vrai poste, c'est ça. Après, c'est toujours la question des moyens et une seule personne on peut tout lui faire faire. Moi, j'ai calé ma fiche de poste sur le décret. Après, en même temps, la question du suivi arrive et je ne vais pas dire « non, non, je ne le fais pas ». Mais je sais que dans des départements, il y a, à la fois, le MRPE qui joue un rôle à la CRIP, repérage, sensibilisation mais il y a aussi les médecins ASE qui font le reste. »

9.4.3. L'isolement du MRPE au sein de son administration

En effet, ils expliquent le fait qu'**un MRPE mal positionné au niveau de l'organigramme interne** au Conseil départemental dont il dépend, éprouvera **des difficultés à se faire entendre et à mettre des choses en place** :

E9 : « Les MRPE qui sont partis, ils étaient complètement perdus au fin fond de l'ASE, avec aucunes possibilités de partager leur vécu technique de cette organisation. Voilà,

je pense qu'on les entend pas quand ils sont perdus dans les méandres de l'organigramme. (...) Ce qui n'est pas possible quand vous êtes rattaché au chef de service de l'ASE qui vous laissera aucun accès. Qui lui-même ne prend pas attache auprès du conseil de l'ordre, qui lui-même ne fait pas remonter cette information au directeur enfance/famille, qui donc ne fait pas remonter auprès du DGA. Et les médecins qui sont partis, ils ont été dropés dans la CRIP ou l'ASE, avec aucune écoute, aucune voix portante, rien. Ils sont tout seul à ramer et à mettre des rustines. Au bout d'un moment, c'est insuffisant. »

E11 : « (...) Je pense que le champ d'action des MRPE est directement lié à la place qu'on leur laisse et c'est compliqué. »

E14 : « (...) Mais si le MRPE n'est pas à un bon niveau, bah c'est plus compliqué. (...) Mais le MRPE, ne peut pas être sous le responsable de la CRIP (...) Il y a quand même des médecins qui arrêtent par découragement de pas être entendu. »

9.4.4. La présence d'autres structures sur le territoire peut déstabiliser, questionner la légitimité du rôle du MRPE

E6 : « C'est un objectif pour l'année qui vient et comme je vous le disais, on a dans notre département, une unité hospitalière dédiée, avec un médecin qui est très impliqué. Du coup, c'est très identifié par le secteur sanitaire comme la personne ressource. (...) Et du coup, on travaille ensemble mais la plus-value, spontanément, d'avoir un MRPE sur le conseil technique aux médecins, il me paraissait peut-être moins évident du fait de cette possibilité offerte sur le département. (...) C'est ce médecin-là qui est repéré, je pense, par les professionnels sur le territoire comme étant le médecin ressource. (...) Je suis un peu parasitée par... Je sais tout ce que j'aurai pu faire s'il y avait pas eu de service hospitalier identifié. »

9.4.5. Le questionnement sur l'utilité d'un MRPE au sein de chaque département ou au sein de services

Un MRPE se demande si ce poste n'est pas plutôt à privilégier dans les départements qui comptent de nombreuses naissances :

E1 : « Je pense qu'il y a des secteurs, il y a des départements, quand même, qui sont plus ou moins épargnés, un peu plus que d'autres en tout cas. Et c'est vrai que, peut-être, qu'il y a pas besoin de médecin référent de protection de l'enfance partout. (...) C'est peut-être des choses à mettre en place sur des départements où il y a beaucoup de naissances puisque, du coup, plus de risques ».

Un autre médecin se demande si **ce poste, au niveau de la CRIP, est réellement utile ? Comment le MRPE y intervient-il ?**

E2 : « (...) je vois comment ça fonctionne chez nous, bon on a pas forcément besoin d'un médecin même pour présenter ce que c'est qu'une IP. Pourquoi forcément un médecin ? Peut-être que... Alors la question que je me pose, c'est : les médecins qui sont vraiment MRPE, qu'est ce qu'ils font exactement ? Parce qu'il y a quand même une cellule avec des travailleurs sociaux qui connaissent très bien ce que c'est et comment ça fonctionne. Est-ce qu'il y a forcément besoin d'un médecin, je me pose la question. (...) Oui, des fois, je me pose des questions de ce rôle... Parce que pourquoi, il faudrait absolument un médecin pour faire le lien avec les médecins ? On se pose des questions. »

Un MRPE se questionne sur son **utilité réelle** en tant que MRPE au niveau de la CRIP :

E6 : « La CRIP fonctionne sans moi, quoi. (...) On a pas de retour d'évaluation en central donc le dispositif fonctionne bien sans MRPE. (...) On s'est posé la question si j'étais utile ou pas et franchement... J'en sais rien... On s'est dit qu'on allait quand même continuer sur ce poste-là parce que c'est pas très visible mais il y a des choses qui bougent quoi. »

A l'inverse, des MRPE pensent que **ce poste est utile, qu'il rend service** :

E7 : « Je pense qu'ils en sont conscients chez nous. Ils ne remettent pas en cause ce poste-là. Non ça, le département est pleinement conscient qu'il y avait de la place pour ce poste-là. »

E9 : « Il faut défendre ce poste qui est encore mal compris. Oui, il y a un intérêt à mettre en place ce poste. »

E13 : « (...) Je pense qu'ils sont contents d'avoir un appui technique et puis de pouvoir échanger avec quelqu'un qui les guide, qui leurs donnent des conseils. »

9.5. L'accumulation des fonctions et missions

De nombreux MRPE n'exercent pas que la fonction de MRPE. Du fait de cet état, ils **ne peuvent pleinement remplir leur fonction** de MRPE par **manque de temps** et de **priorisation des missions** :

E1 : « C'est un peu nos fonctions dans notre fiche de poste, comme c'est le cas dans beaucoup de Départements. Du coup, comme ça fait partie d'une des missions, et qu'on en a

des kilos. Du coup, on a pas développé, on a pas les moyens de développer, effectivement, ce qui est prévu par la loi. On a pas le temps. »

E2 : « officiellement, quand on me présente à l'ASE, on dit MRPE mais c'est-à-dire que je ne l'ai, peut-être, pas investi comme sur d'autres territoires où il y aurait un médecin qui ne ferait que ça. »

E3 : « car en fin de compte, pour moi, c'est un peu quelque chose qu'on met sur le papier « médecin référent », mais dans les faits, moi, j'ai pas le temps. J'ai pas le temps, j'ai toute la coordination des équipes, des projets à monter. Donc j'ai pas le temps. (...) Il y a certaines choses qui sont faites mais pas tout. (...) J'avoue que c'est quelque chose de difficile dans ma fonction de m'occuper, à la fois, de personnels, d'organisation, de schémas, de projets et d'individuel. Alors, je vais le faire mais, vraiment, faut pas que ce soit tout le temps. On ne peut pas s'occuper d'enfants individuels tout le temps, c'est pas possible. »

9.6. L'absence de difficultés

Seuls 2 médecins n'expriment pas de difficultés :

E7 : « Non, je ne peux pas dire que j'ai rencontré, à l'heure actuelle, des difficultés. »

E14 : « Non parce que, comme je vous l'ai dit, c'est passé par le conseil de l'ordre et vraiment il y a des personnes très chouettes : le président et puis d'autres personnes. »

9.7. Résumé des difficultés de mise en place d'un partenariat

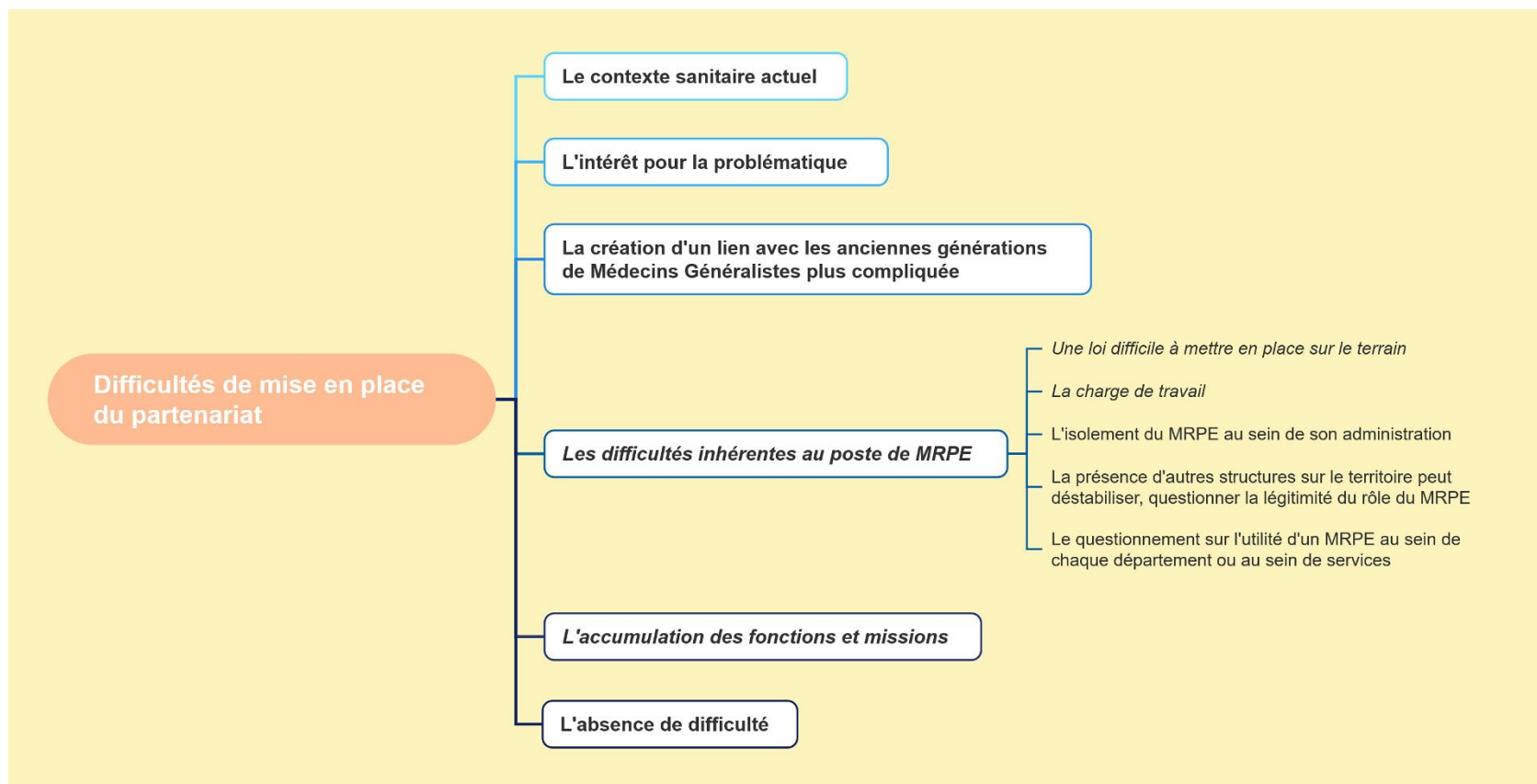


Figure 4 : Résumé des difficultés de mise en place d'un partenariat

10. Points à développer afin d'améliorer le partenariat avec les MG et permettre aux MRPE de remplir ses missions

10.1. Renforcer la création du lien entre MRPE et MG

E5 : « : Plutôt que de d'améliorer le lien, c'est plutôt le créer avec ceux qui ne me connaissent pas. »

Plusieurs propositions sont émises afin de renforcer la création du lien :

- Cela peut se faire par le biais de **nouvelles publications via le CDOM**

E4 : « Moi je pense que refaire une info au niveau du conseil de l'ordre. »

E5 : « L'idée c'est d'informer. Il faudrait peut-être faire plus de campagnes au niveau du conseil de l'ordre des médecins. »

12 : « (...) Et par des parutions régulières dans les journaux professionnels que sont celui du conseil de l'ordre en tout cas. »

- **Aller rencontrer les Médecins Généralistes directement sur les territoires, là où ils exercent**

E2 : « je pense que s'il y avait un médecin digne de ce nom peut-être protection de l'enfance, on aurait du temps pour, peut-être, avec son bâton de pèlerin voir toutes les associations de médecine générale ou faire au moins une proposition d'intervention. »

E4 : « Donc, justement, je me suis dit que, au niveau des médecins libéraux, il fallait, comme dit le gars avec qui je travaille « reprendre son bâton de pèlerin et aller faire un peu de terrain pour diffuser un peu l'information, effectivement. »

E5 : « Après, ce serait un travail à temps plein. C'est-à-dire que territoire par territoire, il faudrait rencontrer tous les médecins, par groupe. »

E7 : « (...) j'ai pour projet en 2021 d'aller rencontrer, mais alors plus en dehors de la CRIP, d'aller rencontrer les médecins généralistes en commençant par les médecins qui sont réunis dans des centres de santé, dans des maisons médicales pour leur parler du suivi des enfants confiés. »

E10 : « Et puis, il faut pouvoir, effectivement, rencontrer les gens, rencontrer les médecins en direct parce qu'ils auront moins d'appréhension à appeler. »

E11 : « (...) Je pense que de faire des interventions au sein de centres de santé, ça pourrait être intéressant parce qu'on touche plusieurs médecins en 1 fois. »

- **Transmettre les coordonnées du MRPE** car cela peut permettre d'alerter rapidement une situation inquiétante mais, également, de permettre de différer les réponses non urgentes :

E12 : « *Moi je suis très favorable à la diffusion du mail professionnel parce que ça permet aux médecins d'écrire quand il a le temps. Ça permet au médecin référent de répondre quand il a le temps. Et puis ça permet, si c'est urgent, de faire une alerte en urgence, quoi.* »

10.2. Sensibiliser les médecins à la problématique de la Protection de l'Enfance

Un propose **la réalisation d'une nouvelle campagne de sensibilisation sur les violences faites aux enfants mais à l'échelle nationale et à destination des médecins libéraux** :

E1 : « *C'est une campagne auprès des médecins libéraux qu'il faudrait faire. Une campagne nationale, je pense. Comme il y a eu une grosse campagne pour la sécurité routière, comme il y a eu pour les violences faites aux femmes. (...)*».

Un autre MRPE pense qu'il faudrait **axer la sensibilisation des professionnels de santé sur la question de la santé des enfants confiés** qui sont décrits plus fragiles que les enfants qui n'ont pas subi de maltraitance :

E13 : « *Je pense aussi qu'il y aurait besoin de sensibiliser les médecins généralistes aux problématiques santé de ces enfants parce qu'on sait, très clairement, qu'ils sont beaucoup plus vulnérables, qu'il y a beaucoup plus de situations de handicap, qu'il faut vraiment être beaucoup plus dans le repérage précoce des troubles, dans de la prévention pour pouvoir les accompagner plus vite.* »

Mais également sur **le suivi des enfants** une fois qu'ils sont **sous la responsabilité de l'ASE** :

E13 : « *(...) le suivi de santé des enfants confiés, ça reste, quand même, quelque chose de difficile à mettre en œuvre et nécessite une sensibilisation des professionnels. Ça, c'est vraiment important (...)* ».

10.3. La création d'un numéro unique à destination des professionnels de santé

En effet, un MRPE suggère le fait que **la création d'un numéro unique d'appel ou une adresse mail précise** pourraient être **moins anxiogène** pour le signalant et ainsi **faciliter la transmission d'éléments inquiétants**. Ce numéro ou mail unique, **tenu par un médecin**, permettrait de **basculer le professionnel de santé vers les interlocuteurs privilégiés de son département** :

E1 : « *Il faudrait, peut-être, un numéro unique national ou qui relayerait après pour aider les médecins... En tant que médecin, je sais pas quoi faire... Un numéro national qui relayerait, qui rebasculerait sur les CRIP ou je sais pas. (...) Peut-être un numéro, soit un médecin formé à l'ordre national, je ne sais pas. Peut-être que ça leur ferait moins peur que un médecin du Département ? Et que ce médecin-là, au niveau national, rebascule avec les référents qu'il a en départemental. (...) Effectivement, je pense qu'il manque un numéro vert générique au niveau national ou régional, je ne sais pas. Mais peut-être un mail, une boîte mail où il y aurait un médecin derrière qui leur répondrait, avec des blogs. »*

10.4. Ajouter des informations dans le courrier de retour des IP à destination des professionnels de santé

En effet, un MRPE propose que **les coordonnées des équipes d'évaluation de l'IP sur le territoire soient ajoutées au courrier** à destination des médecins afin de permettre aux médecins qui le souhaitent **d'avoir une réponse plus rapide à leur questionnement sur le devenir de leur IP ou signalement** :

E14 : « *Et moi, ce que j'ai demandé à l'HAS, (...) c'est que, pour gagner du temps, il faudrait qu'on mette dans le retour qui est fait à l'informateur : l'école, l'ITEP, un médecin. Il faudrait mettre un mail de l'équipe d'évaluation du territoire. »*

10.5. Renforcer la formation

10.5.1. Au niveau de la formation initiale des étudiants en Médecine

Pour les MRPE, il faudrait **modifier le cadre de la formation et ajouter de nouvelles thématiques** :

- **Rendre obligatoires les cours**

E1 : « *Il faudrait que ce soit des programmes obligatoires avec des heures qui comptent et des examens à la fin quoi. (...) Mais maintenant, c'est compliqué avec les cours, il n'y a pas grand monde, vous savez* ».

- **Augmenter le temps dédié à la Protection de l'Enfance**

E1 : « *(...) avoir une formation plus complète à la fac et pas simplement 2h* ».

- **Aborder et traiter la question du bien-être de l'enfant**

E1 : « *Le bien-être et le mal être de l'enfant. Avant de parler de protection de l'enfance, quels sont les signes de bien-être de l'enfant ?* »

- **Créer un module regroupant les thématiques : la PMI, la Protection de l'Enfance, la notion de santé globale de l'enfant, les signes et conséquences des violences**

E14 : « *(...) C'est ça le module qu'on est en train de travailler avec la PMI, transversal et avec le DMG... Que forcément il y a un module : c'est quoi la PMI, c'est quoi la protection de l'enfance et c'est quoi la santé globale d'un enfant, les conséquences des violences et ce que vous devez en faire* ».

- **Débuter la formation sur la Protection de l'Enfance plus tôt**

E1 : « *Peut-être une formation plus tôt, dès qu'ils ont des formations sur la pédiatrie ou peut-être même avant* ».

- **Bénéficier d'un cadre de formation bienveillant vis-à-vis des étudiants**

E14 : « *Faudrait aussi que les soignants, les professeurs d'université, les maîtres de conf soient eux-mêmes bienveillants avec les étudiants parce que c'est bien beau de faire des cours sur ça, si eux-mêmes... Alors c'est pas eux qui font les cours, bien sûr... Sont tyranniques et sont pas bienveillants dans les stages bah comment voulez-vous être dans l'empathie vous-même quand vous êtes médecin, bien vous construire* ».

10.5.2. La formation des médecins en activité

2 MRPE insistent sur leur nécessité de **participer à des FMC** :

E4 : « *même d'intervenir plutôt au niveau des EPU en fait* ».

E13 : « *(...) Ça, ça me paraît vraiment très important d'aller à la rencontre des confrères et les sensibiliser* »

Pour 2 MRPE, il est important que **certaines notions soient reprises** :

- La notion d'IP, son but, sa rédaction

E2 : « *C'est de savoir exactement ce que c'est que... et comment ça fonctionne et pourquoi on fait une IP.* »

- La déontologie, le cadre légal avec la notion de partage d'informations

« *Il faut aussi expliciter beaucoup, les questions de déontologie, de secret partagé, enfin de partage d'informations autour des patients et ça c'est important* ».

10.6. Faire en sorte que les MRPE soient plus visibles

Les MRPE rappellent **l'importance et la nécessité qu'ils soient bien repérés et visibles** auprès des professionnels de santé.

E7 : « *Je suis, sans doute, pas encore suffisamment bien repérée par les médecins généralistes. Donc il reste un travail à faire* ».

E8 : « *Mais après, il y a de tels besoins de formations continues sur d'autres thèmes que bon, faut rappeler qu'on est là quoi.* »

Pour un MRPE, cela se traduit dans les faits par **une nécessité de communication accrue** :

E10 : « *Il faut communiquer et il faut beaucoup être présent. Parce que si on est pas présent, si on est pas visible, on est oublié. (...) Et donc je pense qu'il faut prendre du temps, beaucoup plus que ce que j'ai fait. Prendre beaucoup plus de temps pour communiquer et pour se faire voir quoi.* »

10.7. Recruter un 2^{ème} MRPE

En effet, du fait du nombre de missions et de leur charge de travail, l'arrivée d'un 2^{ème} médecin permettrait **une nouvelle répartition des missions et une spécialisation de chacun des professionnels** :

E13 : « (...) Il faudrait vraiment avoir un médecin qui soit vraiment sur les situations et qui soit en appui technique des établissements, des assistants familiaux ou de leurs collègues médecins généralistes. Et puis il faudrait un 2^{ème} médecin qui soit plus sur la conduite des projets et plus sur le pilotage macro, on va dire. Les 2 casquettes, c'est très compliqué. »

10.8. Augmenter l'implication des MG dans le parcours de soins des enfants confiés à l'ASE

Selon un MRPE, ce qui permettrait aux médecins généralistes d'être plus impliqués dans le suivi des enfants confiés serait de **communiquer et transmettre de manière régulière les statistiques, les études qualitatives sur la protection de l'enfance et ainsi mettre en avant l'importance de cette problématique de santé publique** :

E6 : « (...) et puis aussi, sans doute, les communications régulières d'informations : justement de retour de données par exemple. Quand on fait des rencontres territoriales et qu'on donne le chiffre sur le nombre d'enfants confiés, le nombre de MNA etc... ça intéresse, ça interpelle tout le monde les problématiques autour des troubles... Enfin la souffrance psychique des enfants, des adolescents, les difficultés familiales. Donc pouvoir communiquer régulièrement sur des données qualitatives et quantitatives, je pense que ça peut être un levier pour que tout le monde se sente un peu plus impliqué ».

10.9. Questionner le service de rattachement du MRPE au sein du Département

En effet, pour **augmenter le champ d'action des MRPE et faire en sorte qu'ils soient plus libres pour proposer des plans d'action**, des médecins préconisent que la place du MRPE au sein de l'organigramme soit :

- Rattachée au DGA ou au moins à la Direction Enfance-Famille

E9 : « Pour améliorer le partenariat, il faut que le poste de MRPE soit, minimum, rattaché à la direction enfance/famille ou au DGA, c'est ce qu'il y a de mieux. (...) Parce

qu'à ce moment-là, vous avez toute l'attitude pour vous mettre en lien directement avec le conseil de l'ordre, l'ARS etc... »

- Qu'il soit au même niveau que le responsable de l'ODPE, rattaché au directeur Enfance-Famille ou au DGA

E14 : « (...) mais il faut que le MRPE soit à un niveau dans l'arborescence, dans l'organigramme adéquat. (...) Au même niveau que le responsable de l'ODPE, rattaché au directeur enfance/famille, rattaché au DGA, rattaché au directeur et pas dans un service, un cadre comme un autre. »

10.10. Résumé des axes d'amélioration proposés par les MRPE



Figure 5: Résumé des axes d'amélioration proposés par les MRPE

11. Un projet de modifications du poste de MRPE

Pour le médecin E1, il est envisagé de **repenser le poste de MRPE** par la **mise en place d'une cadre puéricultrice à la place du MRPE.**

E1 : « *On est en train de réfléchir à une organisation. On va plutôt mettre un cadre de santé puér... une puéricultrice qui va jouer ce rôle, un peu, d'interface peut-être médecin de protection de l'enfance même si elle n'est pas médecin mais... (...)* »

Cela est justifié par le fait que le Conseil départemental éprouve **des difficultés à recruter des médecins** et que **les puéricultrices sont en demande de nouvelles missions avec plus d'autonomie :**

E1 : « *Comme on a du mal à recruter un médecin, c'est vrai que quand on va débloquer le poste, on va plutôt profiler, je pense, une puér, en lien avec nous, qui sera un peu plus présente sur le poste. (...) Nous, comme on a des problèmes pour recruter des médecins, on s'était dit que les puér, elles ont envie d'avoir des missions différentes, un peu plus spécifiques, d'être un peu plus autonomes* ».

Aussi, cela permettrait, vis-à-vis des médecins généralistes, **la création d'un lien privilégié, de bonne qualité** ainsi que **la mise en place d'un suivi régulier des enfants confiés à l'ASE.**

E1 : « *donc on se dit que c'est plutôt par-là que va passer le lien avec les libéraux. (...) L'objectif c'est que il y ait un contact avec le médecin libéral qui suive... (...) Mais, effectivement, c'est pour se rapprocher des libéraux. On se dit que, logiquement, si le contact est meilleur, si on a plus de contacts avec les libéraux, sauf dans des cas particuliers, peut-être ils nous repéreront et nous interpellent plus facilement. (...) S'ils savent qu'il y a un référent sur le terrain ou qui connaît ou qui fait le lien entre tout le monde, ça sera peut-être plus facile. (...) ça peut faire partie de sa fiche de poste qu'elles prennent contact avec les médecins de leur territoire. Alors après, au fur et à mesure, ça peut être aussi une possibilité que l'information passe entre guillemets de visu. On peut imaginer que les puér fassent le tour des médecins de secteur* ».

E1 : « *On voudrait essayer aussi d'organiser des dépistages, enfin un bilan santé régulier pour tous les enfants confiés à l'ASE. C'est-à-dire, quand ils vont rentrer dans l'ASE, normalement, je crois que c'est prévu par la loi, ils vont faire un bilan santé. (...) Et si, effectivement, il a plus de 6 ans, soit c'est la CPAM ou si la famille souhaite que ce soit son médecin traitant, à ce moment-là, la puér coordinatrice prendra contact avec le médecin libéral* ».

Discussion

1. Forces de l'étude

1.1. Originalité du sujet

De nombreuses thèses récentes, ayant pour thème la protection de l'enfance en médecine générale, mentionnent la présence d'un MRPE en tant que possible partenaire des médecins généralistes dans leur fonction de repérage des situations de danger.

A ce jour, les travaux évoquant les MRPE de manière plus approfondie, plus précises sont rares : une seule thèse à ce sujet a été trouvée (58). Celle-ci évoque l'adaptation de la fonction de MRPE, à partir des textes législatifs, sur le terrain.

Cependant, aucun travail ne traite plus spécifiquement le partenariat entre le MRPE et les médecins généralistes, lien pourtant important dans la lutte contre la maltraitance infantile ainsi que dans la prise en charge des enfants placés.

1.2. Méthode adaptée au sujet

Cette étude a pour but de comprendre comment s'organisent les MRPE pour travailler avec les médecins généralistes. Elle ne cherche pas à quantifier, pour une façon de faire donnée, le nombre de fois où celle-ci est appliquée mais plutôt d'extraire à partir d'une situation, toutes les adaptations possibles mises en place.

De plus, l'objectif de cette étude est de recueillir le ressenti, l'avis personnel des interviewés sur des thématiques précises. Aussi, l'étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés était la méthode qui répondait le mieux aux exigences du sujet choisi.

1.3. Fiabilité de l'étude

Après 14 entretiens, la saturation des données a été acquise. L'analyse du 15^{ème} entretien n'a pas apporté d'élément majeur nouveau. Ainsi, la fiabilité de l'étude est confirmée.

2. Faiblesses de l'étude

2.1. La perte d'informations

A la demande de 2 médecins, des informations intéressantes, qu'ils m'ont transmis, n'ont pas été retranscrites. Aussi, elles n'ont pas pu être analysées et utilisées pour l'étude. Cela a eu, pour conséquences, la perte d'informations.

2.2. Pauvreté des études sur le même thème

Peu d'études ou travaux ayants pour thème les MRPE existent. Ainsi, cela rend plus difficile l'analyse des résultats qui sont en lien avec les MRPE. La fiabilité des résultats ne peut être renforcée par ce biais-là.

3. Biais de l'étude

3.1. Biais de l'échantillon

Les personnes qui ont accepté de répondre à l'entretien, l'ont fait parce qu'elles avaient instauré un partenariat avec les médecins généralistes, même si, pour certains, cela ne semblait pas très important. Aussi, cela a créé un biais, de manière implicite, puisque ceux qui n'avaient rien mis en place, spontanément, refusaient de participer à la recherche.

3.2. Biais liés à l'enquêtrice

Mener des entretiens requiert des compétences, un positionnement objectif et impartial envers l'interviewé afin de ne pas induire chez lui de réponses adaptées aux attentes de l'enquêteur. Or, c'était la première fois que j'interrogeais des personnes, dans un contexte aussi particulier et stressant que celui d'une thèse. Aussi, j'ai pu, inconsciemment, induire certaines réponses de la part des interviewés.

De plus, n'étant pas à l'aise lors des premiers entretiens, l'approfondissement de certaines réponses n'a pas été recherché. Ainsi, les premiers entretiens sont moins riches et spontanés que les derniers entretiens.

3.3. Biais liés au recueil des données

Bien que l'utilisation du téléphone, dans la vie quotidienne, ne soit pas un frein aux échanges, son recours pour les entretiens peut être source de biais. Lors des entretiens, l'interlocuteurs ne me connaît pas, il n'y a pas de contact visuel. Ainsi, cela peut engendrer de la retenue dans la transmission des informations, des ressentis peuvent ne pas être exprimés.

De plus, pendant le rendez-vous téléphonique, l'interviewé a pu être distrait par son environnement. Cela est arrivé à 2 médecins qui ont reçu des appels pendant qu'ils répondaient aux questions. Un des 2 médecins a répondu à ces appels. Ils ont pu, également, avoir la possibilité d'être tenté de faire autre chose en même temps. Ainsi, cela a pu engendrer une perte du fil de l'entretien, des difficultés à se replonger dans la discussion, la perte des informations qu'ils souhaitaient initialement transmettre.

Un entretien a dû être réalisé rapidement du fait de la charge de travail de l'interviewé. Le temps maximal de l'entretien ne devait pas dépasser 30 minutes. Aussi, les réponses qui ont été apportées étaient, peut-être, plus superficielles, moins approfondies que si nous avions eu plus de temps. Cela a peut-être participé au fait que je n'ai pas osé insister sur l'approfondissement des réponses.

3.4. Biais d'interprétation

J'ai analysé et codé, seule, les informations. Il n'y a pas eu de discussion avec ma directrice de thèse sur les résultats observés. En conséquent, il n'y pas eu de triangulation ce qui fragilise la validité et la qualité des résultats.

4. Discussion des principaux résultats

Cette étude permet de mettre en évidence une disparité dans le partenariat entre les MRPE et les médecins généralistes, selon les Départements. Dans certains Départements, le partenariat fonctionne. Il est régulier, de qualité. Dans d'autres Départements, celui-ci est ponctuel voir absent. Ainsi, cela peut avoir pour conséquences l'apparition d'inégalités dans la lutte contre les violences faites aux enfants sur le territoire français.

Ce résultat peut paraître inattendu puisque la mise en place du MRPE dépend du décret du 4 novembre 2016, décret qui est national. Aussi, nous pouvions penser que, depuis 2016, chaque département s'était doté d'un MRPE et que ce partenariat était similaire sur chacun des territoires.

Un des premiers éléments d'explications de cette différence entre les départements, c'est la décentralisation (59). En effet, celle-ci permet aux collectivités de bénéficier de plus de libertés de décisions et d'adapter leurs missions et actions en fonction des besoins sur les territoires. Aussi, nous pouvons penser que certains Conseils départementaux ont fait de la lutte contre les violences faites aux enfants une priorité absolue et d'autres dans une moindre mesure.

Le deuxième élément d'explication est la difficulté de recruter un MRPE. Cela est énoncé dans la thèse du Dr POIRAT (58) mais également dans les discussions parlementaires (60) qui soulevaient déjà la problématique de la pénurie de médecins: « *Seulement, indépendamment même de la charge supplémentaire qu'une obligation ferait peser sur les départements, en particulier sur ceux qui ont le moins de moyens, il faut encore pouvoir trouver un tel médecin, à l'heure où frappent la pénurie de praticiens et la désertification médicale que nous connaissons tous.* ». Cette problématique de recrutement est à l'origine d'un glissement de fonction que nous retrouvons dans les propositions énoncées par le médecin E1 puisqu'il est envisagé qu'une

puéricultrice coordinatrice soit nommée et que celle-ci prenne certaines fonctions du médecin MRPE.

4.1. Facteurs influençant la mise en place du partenariat

4.1.1. Les conditions de travail du MRPE conditionnent la création du lien

Dès les premiers entretiens, il a été constaté que certains médecins se sont vus attribuer le poste de MRPE sans qu'il y ait eu d'ouverture de poste ni d'appel à candidature. Ainsi, ils ont pris le poste par obligation. Nous pouvons donc penser que la motivation et l'investissement du médecin afin de créer du lien avec les médecins généralistes puisse être impacté par rapport à celui qui a choisi et postulé à ce poste. Cela est conforté par la déclaration du médecin E3 qui dit ne pas essayer de se faire connaître : « *je n'ai pas souhaité faire de la publicité* ».

De plus, les médecins, qui acquièrent la fonction de MRPE sur décision de leur hiérarchie, ont déjà une fonction au sein du Conseil Départemental. D'après les résultats, les médecins exercent principalement en PMI. Ce sont majoritairement des médecins chefs de PMI. Il y a également un médecin directeur adjoint de PMI. Ce résultat est retrouvé dans la thèse du Dr POIRAT (58) puisque 54% des médecins qui ont une double activité sont en PMI. Cette similarité des résultats peut s'expliquer par le fait qu'il y a peu de MRPE, que ceux-ci ont peu changé dans l'intervalle de temps compris entre nos 2 travaux. Ainsi, il apparaît que j'ai interviewé certains MRPE qui ont, également, participé au travail du Dr POIRAT.

Les médecins E3 et E10 justifient cette organisation par le fait que la PMI et l'ASE entretiennent des liens privilégiés et que les équipes de PMI participent régulièrement aux missions de l'ASE (évaluation d'IP, suivi des enfants placés par exemple). Ainsi, cette organisation attribue à la même personne des missions de préventions et des missions de protection. Cela peut engendrer une confusion auprès des partenaires et un risque de diminuer la cohérence et le développement des missions respectives.

Cette accumulation de fonctions cause inévitablement une augmentation de la charge de travail et par effet boule de neige cela « *freinerait l'initiative et la créativité des travailleurs* » (61). Ainsi, cela renforce l'idée que ce type

d'organisation est néfaste pour mener à bien les missions prévues par chaque fonction et initier un partenariat de qualité avec les médecins généralistes.

Nous constatons également que, pour essayer de minimaliser l'impact du cumul des fonctions sur le temps de travail, une répartition des temps de travail entre les différents postes a été mise en place. Pour la fonction de MRPE ce temps de travail est bas. Dans notre étude, il se situe entre 0,1 et 0,2 ETP soit l'équivalent d'une demi-journée à une journée par semaine. Or comme cela est suggéré dans la thèse (58), pour qu'un MRPE puisse pleinement remplir sa fonction, il devrait bénéficier d'un temps complet: « (...) *Pourtant, avec l'élargissement des missions fixées par décret, il semble raisonnable de fixer un temps complet d'exercice* ». Cependant, cela n'est pas totalement vrai pour les médecins E9 et E12 puisque leur fonction principale est MRPE et que leur 2^{ème} fonction n'est que temporaire. Aussi, leur temps de travail en tant que MRPE est de 1 ETP soit un temps complet. Concernant le médecin E4, il privilégie également le poste de MRPE en y consacrant 0,7ETP. Les médecins E4, E9 et E12 ont souhaité devenir MRPE, ce qui n'est pas le cas des médecins E1, E2 et E10. Le médecin E8 n'est pas concerné par cela car il n'a pas d'autre fonction au sein du Conseil départemental et il n'exerce sa fonction de MRPE qu'au sein de la CRIP et auprès des MNA. Tout cela peut également expliquer cette différence dans les temps de travail attribués.

Aussi, nous constatons que le mode de recrutement du médecin, l'accumulation des fonctions et le temps consacré à la fonction de MRPE peuvent impacter la mise en place du partenariat.

⇒ **Ainsi, pour les médecins qui ont cette fonction par obligation, il serait nécessaire que le poste soit proposé au recrutement selon les conditions officielles afin qu'un médecin motivé et intéressé par la fonction puisse postuler et investir pleinement le poste.**

Le positionnement du MRPE au sein de son administration peut également impacter la création du partenariat.

Le médecin E10 propose « *que le poste de MRPE soit, minimum, rattaché à la direction enfance/famille ou au DGA, c'est ce qu'il y a de mieux.* ». Il justifie cela par le fait qu'il est plus aisé pour le MRPE, qui a une fonction très transversale, de créer du lien, de mettre des choses en place lorsqu'il est haut placé plutôt que lorsqu'il est « *perdu dans les méandres de l'organigramme* ». Cela est corroboré par la thèse du Dr POIRAT (58) : « *les cloisonnements et les contraintes institutionnelles ont été rapportés comme freins à l'exécution des*

missions; ils sont en lien avec à une faible latitude décisionnelle dans le déploiement des missions ».

De plus, l'article L221-2 (53) du CASF maintient ce flou puisqu'il n'impose pas la direction de rattachement du MRPE. Cela reste à l'appréciation du Président du Conseil départemental et de l'importance qu'il souhaite donner à ce poste : « *Dans chaque département, un médecin référent "protection de l'enfance", désigné au sein d'un service du département (...)* ». Aussi, pour homogénéiser les pratiques et permettre au MRPE d'exercer sa fonction dans des conditions optimales,

- ⇒ **Il serait intéressant que la direction de rattachement au sein du Conseil Départemental soit imposée à un niveau supérieur c'est-à-dire au niveau de l'Etat, par exemple, avec au minimum un rattachement à la direction Enfance/Famille, le mieux étant directement auprès du DGA.**

4.1.2. Le lien privilégié avec le CDOM permet d'initier un partenariat avec les médecins généralistes

Tous les MRPE ont eu un contact avec le CDOM de leur territoire afin d'initier le lien avec les médecins généralistes.

Sur l'ensemble des entretiens, seul un médecin exprime être en difficulté avec le CDOM. Pour tous les autres, il en ressort qu'un lien de qualité et privilégié a été créé.

Ce lien était attendu puisque de par ses nombreuses missions : « *missions administratives, porte d'entrée du service d'entraide destiné aux médecins en difficulté* » (62), le CDOM est un interlocuteur de 1^{er} recours pour la profession médicale dont les médecins généralistes.

De plus, le CDOM assure le lien avec les médecins par l'envoi régulier de mails, le bulletin de l'ordre des médecins. Ce type de communication bien connu et appréhendé par le CDOM est une aide précieuse pour permettre au MRPE de communiquer avec les médecins généralistes. En effet, les MRPE interviewés expliquent s'être appuyé sur leurs outils déjà mis en place afin de transmettre les informations qu'ils souhaitaient : leur rôle et leurs missions auprès de la profession médicale, la Protection de l'enfance, leur souhait de solliciter les médecins libéraux dans le cadre du suivi des enfants confiés.

Cependant, nos résultats ne nous permettent pas de savoir si cet intermédiaire a été réellement efficace pour faire connaître les MRPE. En effet, les médecins reçoivent, chaque jour, des quantités importantes de documents en tout genre.

⇒ **Aussi, nous pouvons nous demander si les médecins lisent tous les mails et courriers issus du CDOM. Nous n'avons pas trouvé d'informations à ce sujet. Cela pourrait faire l'objet d'une prochaine thèse.**

4.1.3. La sensibilité des médecins généralistes à la question de la protection de l'enfance est une condition majeure dans la création d'un lien de qualité

Afin de créer un partenariat, il est important que les 2 effecteurs du partenariat soient impliqués dans la cause pour laquelle ils souhaitent s'investir. Aussi, il est important que les médecins généralistes soient intéressés, que la problématique de la protection de l'enfance soit quelque chose qui leur parle et qui fasse sens pour eux.

Les résultats des interviews mettent en évidence le fait que tous les médecins ne sont pas sensibles à cette cause. En effet, les médecins E9, E10 et E13 expriment leur difficulté à créer du lien avec cette population de médecins.

Ce manque de sensibilité que semblent exprimer certains généralistes peut être lié à des difficultés à percevoir la maltraitance. Selon la thèse du Dr MARDIEUX (46), « *Les valeurs, les croyances et les perceptions personnelles, ont (...) un rôle dans l'interprétation personnelle des cas de maltraitance. Il y a une part de subjectivité dans la perception du danger. Le facteur culturel et le rôle de l'éducation parental, à savoir quelle est la limite entre la maltraitance ou le mode éducatif est aussi un frein* ».

Aussi, travailler sur les représentations, les croyances des médecins généralistes par l'intermédiaire de formations sur le terrain, de campagnes de sensibilisations à l'échelle nationale comme le suggèrent certains médecins pourraient participer à faire évoluer la sensibilité des médecins aux problématiques de Protection de l'Enfance. En effet, il a été démontré que recourir aux campagnes de sensibilisation était efficace sur le but recherché : par exemple, le nombre d'IP a « *augmenté de 40 % sur la durée de la campagne lancée en 2017 à l'occasion du plan de lutte contre les violences faites aux enfants* » (63). En conséquent,

nous pouvons penser que cela pourra avoir une efficacité sur les médecins généralistes.

- ⇒ **La création d'une campagne de sensibilisation nationale à destination des médecins généralistes devrait être envisagée afin de soutenir et renforcer les temps de sensibilisation mis en place par les MRPE via les formations sur le terrain.**

4.1.4. Les médecins généralistes sont-ils prêts à travailler avec les MRPE ?

Enfin, pour que cette alliance MRPE/MG puisse se créer, il est important que les médecins généralistes soient prêts à changer leurs habitudes de travail et intégrer le MRPE comme étant un nouvel interlocuteur. Dans de nombreuses thèses (46) (48), le manque d'un interlocuteur privilégié est mentionné. Implicitement, cela suggère qu'il serait intéressant qu'il y en ait un.

Or, le médecin E1 met en évidence le fait que les « vieux » médecins ne le sollicitent pas.

E1 : « (...) *Les vieux médecins, on est très peu sollicité. Ils se dépatouillent entre eux, ils gèrent la situation* »

Aussi, nous nous questionnons sur l'origine de ce souhait d'un interlocuteur privilégié. Peut-être que cette demande émane des « jeunes » médecins. Peut-être que si les « vieux » médecins ne sollicitent pas le MRPE, c'est parce qu'ils n'ont pas connaissance de sa présence. Ou, peut-être, souhaitent-ils garder leurs habitudes et ne pas les changer. Qu'est-ce qui définit un « jeune » et un « vieux » médecin ? Toutes ces hypothèses et questions limitent la réponse que nous pourrions apporter à cette problématique.

- ⇒ **Il serait intéressant qu'un travail de recherche auprès des médecins généralistes, comprenant une définition précise des termes « jeunes et vieux médecins », soit diligenté afin de vérifier si les MG ont la notion du rôle et des missions du MRPE, connaître, de façon claire, leurs souhaits et objectifs de travail avec les MRPE.**

4.2. Différences dans la priorisation des missions

Le MRPE, d'après le décret du 7 novembre, a plusieurs missions (55) :

- Le repérage des enfants en danger ou à risque de l'être
- L'information sur les conduites à tenir dans les situations citées ci-dessus
- La prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'ASE
- La coordination entre les services départementaux et les médecins dont les libéraux
- Le partage de connaissances

Néanmoins, nous constatons qu'une priorisation des missions s'est mise en place, en fonction des ressources et besoins du terrain. Les missions de repérage et d'information sur les conduites à tenir ainsi que la prise en compte de la santé des enfants protégés sont celles qui sont le plus déployé sur le terrain.

Cela peut paraître surprenant puisque à l'origine, le MRPE a été pensé par rapport au faible nombre d'IP émanant du corps médical et la nécessité de renforcer le repérage des situation d'enfance en danger (64) : « *La désignation de ce médecin référent permettrait à la fois de rompre avec l'isolement du médecin exerçant en secteur libéral et d'améliorer la coopération entre les professionnels de santé, dans l'objectif d'une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée des enfants en danger..* ». La mission de suivi des enfants placés n'a été ajoutée que secondairement, dans la loi finale (33). Ainsi, son but était de soutenir, aider les professionnels de santé dans le repérage et la transmission d'IP ou signalements. Par conséquent, nous pensions, avant de débiter les entretiens, que la mission sur la santé des enfants placés serait plus secondaire. Finalement, les MRPE ont fortement investi cette mission et cela pour plusieurs raisons identifiées lors des entretiens :

- La pression du terrain qui a de nombreux besoins : la vulnérabilité des enfants placés et la nécessité de mettre en place des parcours de soins adaptés, le souhait d'éviter les ruptures de soin, les sollicitations de l'ASE pour faire du lien auprès des services médicaux
- La présence de structures identifiées par les médecins libéraux dans le cadre du repérage et donc la réorientation du MRPE vers d'autres missions (médecin E6 par exemple)

De plus, plusieurs projets sont mis en place sur le territoire métropolitain :

- Le plan TAQUET avec la stratégie de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 (38) qui renforce, par exemple, la nécessité d'instaurer un bilan médical à l'entrée de chaque enfant en Protection de l'enfance. Cela passe par des contractualisations entre les Départements et l'Etat.
- Le programme PEGASE (Programme d'Expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance) (65) testé dans de nombreuses pouponnières et qui instaure des bilans réguliers, standardisé avec prise en charge spécialisée si besoin et cela jusqu'aux 7 ans de l'enfant
- L'expérimentation du parcours de soins coordonné des enfants et adolescents confiés à l'ASE (9) qui permet à tout enfant intégrant l'ASE de bénéficier d'un bilan somatique et psychologique à son arrivée puis de manière annuelle. Cela vient compléter le PPE (Projet pour l'Enfant) (66),

Tous ces projets où le MRPE a un rôle à jouer en tant que coordonnateur participent à cette réorientation des missions du MRPE préférentiellement vers celles dédiées à la santé des enfants placés.

Cependant, le partenariat instauré avec les médecins généralistes dans le cadre de cette mission semble assez limité et difficile à mettre en œuvre. Au vu des entretiens, les contacts entre les MRPE et les médecins généralistes ne sont pas forcément directs (à l'exception des médecins E7 et E11 qui vont ou souhaitent aller à leur rencontre). Des intermédiaires (assistants familiaux, MECS) assurent préférentiellement ce lien via des documents à faire remplir par les médecins généralistes.

De même, il est mentionné que les médecins généralistes peuvent éprouver des difficultés à suivre ce type de patientèle du fait de l'instabilité géographique des enfants qui sont amenés à changer de lieu d'accueil, leur refus de vouloir les voir et de les suivre.

Or, la définition du partenariat selon le Larousse est claire : c'est un « *Système associant des partenaires sociaux ou économiques, et qui vise à établir des relations d'étroite collaboration* ».

Par conséquent, pouvons-nous réellement parler de partenariat dans ce contexte-là puisque les informations sont transmises de manière indirecte, l'approbation

des MG pour suivre ces enfants n'a pas toujours été recherchée en amont et certains d'entre eux refusent de mettre en œuvre cette politique ? Les médecins généralistes inclus dans les réseaux ne sont pas concernés par ce qui vient d'être mentionné puisque dans ce cas de figure, ils ont été sollicités, ont accepté et décidé de participer au suivi des enfants placés.

⇒ **La création et le développement de réseaux de professionnels de santé, dans lesquels les médecins généralistes sont intégrés, pourrait être une solution efficace et durable pour permettre un travail de partenariat. Seuls les MG intéressés, motivés par cette problématique y seraient présents. La qualité du partenariat serait meilleure.**

La 2^{ème} mission priorisée est le repérage et l'information sur les conduites à tenir pour transmettre les éléments d'inquiétude. Elle intervient en partenariat avec la CRIP. C'est dans ce cadre-là que la relation entre le MRPE et le MG est la plus individualisée et privilégiée.

Pourtant, ils sont très peu de MRPE à être sollicités régulièrement par les MG. Une des raisons citées par les MRPE interrogés est la présence de circuits d'appels qui transitent par les CRIP. Cette raison était attendue car un des objectifs de la loi du 7 mars 2007 (29) était, par la création des CRIP, de « *centraliser le recueil des informations préoccupantes et d'organiser un circuit unique, facilement repérable (...)* ». Ainsi, il semble que les MG ont identifié la CRIP comme ressource possible d'aide, ce qui n'était pas forcément le cas avant. Dans la thèse du Dr ARRIETA (67), il est démontré que 13,1% des médecins généralistes d'Ille et Vilaine questionnés en 2013 ignoraient les protocoles pour joindre les services de la protection de l'enfance. A l'heure actuelle, nous n'avons pas d'étude récente permettant de confirmer ou infirmer cette hypothèse.

⇒ **Aussi, il faudrait refaire une étude quantitative afin d'analyser l'évolution des connaissances des MG sur le circuit des IP et confirmer ou infirmer l'amélioration de l'identification des interlocuteurs à disposition.**

Une autre raison est la présence de structures, d'administrations identifiées par les MG comme étant des ressources. Tel est le cas pour les hôpitaux, le Procureur de la République. Ce résultat est également retrouvé dans la thèse du Dr ARRIETA (67) faite en 2013: 66,8% des MG d'Ille et Vilaine interrogés ont pour interlocuteur privilégié l'hôpital puis pour 48,3% c'est le procureur.

Une 3^{ème} raison à cette limitation des appels des MG envers les MRPE est la présence d'outils d'aide à la rédaction d'IP. Il est constaté que, dans quelques départements, il est possible pour les MG de rédiger directement leur IP sur internet. Les MRPE de ces départements signalent, d'ailleurs, une diminution des appels de MG pour ce motif-là. Aussi, nous pouvons penser que ces outils sont une véritable aide pour les MG. Cependant, nous pouvons nous demander pourquoi ces outils ont été mis en place puisque l'HAS a publié en 2014, avec une mise à jour en 2017, une fiche mémo sur « *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir* » (35) accompagnée d'un modèle type de signalement. Nous constatons que, bien que les éléments à apporter soient similaires, il n'y a pas de modèle type pour la rédaction d'IP. Nous pouvons penser que l'IP et le signalement sont confondus. De plus, dans ces documents émis par l'HAS, le MRPE n'y est pas mentionné. Or, il devrait l'être puisque ces documents ont été revus après la validation de la loi du 14 mars 2016. Tout cela renforce le manque de visibilité du MRPE et le fait qu'il soit peu connu et sollicité.

⇒ **Aussi, il faudrait que les documents soient remis à jour avec l'intégration du MRPE dans les personnes à solliciter ainsi que la mise en place d'un modèle-type pour les IP afin que les MG puissent bien faire la différence entre ces 2 documents et leurs fonctions respectives.**

Les contacts entre MRPE et MG dans le cadre de cette mission sont des facteurs de création de lien, ils permettent l'acquisition de nouvelles compétences pour les MG, d'initier des rencontres dans le cadre de la formation, l'aboutissement fréquent sur un écrit. Néanmoins, il est constaté que cette transmission de l'information entre professionnels médicaux est à l'origine de différentes attitudes de la part du MRPE et cela d'autant plus si le médecin appelant refuse d'aller plus loin dans ses démarches. Certains MRPE respectent le choix de l'interlocuteur, d'autres accompagnent l'interlocuteur jusqu'à ce qu'il fasse un écrit, d'autres se posent la question du droit de transmettre les informations à la place de l'interlocuteur, d'autres transmettent les éléments contre l'avis de l'interlocuteur et enfin, certains exigent la transmission d'un écrit.

L'article 226-14 du Code pénal (39) cité dans le paragraphe « 4.1. Devoirs du médecin généraliste face à la maltraitance » est composé de 2 exceptions importantes au respect du secret médical, applicables au métier de médecin. Celle qui nous intéresse, ici, c'est la 1^{ère} qui stipule que le professionnel qui a connaissance de faits de maltraitance peut les dénoncer, les signaler sans

risquer de sanction pour délit de non-respect du secret. Ainsi, d'après cette exception, nous pouvons penser que le médecin E14 qui a signalé à la place de son collègue ne peut être poursuivi au motif de non-respect du secret ». La notion de constat n'y est pas présente ce qui signifie que le constat n'est pas une condition nécessaire et obligatoire pour pouvoir informer les autorités adéquates sans risquer des poursuites. Elle ne spécifie pas l'origine des informations transmises. De plus, le MRPE, du fait de son statut de fonctionnaire est également soumis à l'article 40 du Code de Procédures pénales (68) qui stipule que « *Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* ». Par conséquent, le MRPE qui reçoit des informations qui peuvent être caractérisées de délit ou crime, a le devoir de les transmettre aux Autorités de droit. Cela est rappelé dans le rapport d'information n°304 (69) : « *Cette obligation de dénonciation s'impose à tous les fonctionnaires et concerne toutes les infractions.* ». Dans ce cas, on part du principe que le MRPE a une connaissance suffisante sur la classification en termes de délit, crime et contravention de chaque situation qui lui serait rapportée.

Les articles 434-3 du code pénal (41) et 223-6 du Code pénal (42) cités dans le paragraphe « 4.1. Devoirs du médecin généraliste face à la maltraitance » énoncent les peines encourues par ceux qui ne souhaitent pas dénoncer des faits dont ils ont connaissance ou constaté. Il existe des exemples de jurisprudence aux cours desquels des médecins ont été condamnés pour ne pas avoir mis en œuvre des actions afin de faire cesser ces maltraitances (70). Ici, il s'agissait de maltraitances sur des personnes âgées. Bien que l'action de signaler des situations de danger ne soit pas encore rendue obligatoire mais que cela soit régulièrement discuté à l'Assemblée Nationale et au Sénat et instauré dans d'autres pays tels que les Etats-Unis, l'Angleterre, le Canada, par exemple, (69), il semble qu'un médecin qui ne signale pas à plus de risque d'être poursuivi que celui qui signale.

⇒ **Aussi, il est important que le MRPE puisse tout mettre en œuvre afin d'accompagner le médecin appelant dans sa démarche de signalement. Cependant, en cas de gravité des faits, du fait de son statut de fonctionnaire, le MRPE est en droit de signaler à la place de son collègue.**

Le MRPE peut, également, transmettre les informations données par son interlocuteur dans le cadre d'IP, sans exiger de lui un écrit, comme le rappelle le CNOM (71) : « *Le médecin peut transmettre les informations par téléphone au médecin de la CRIP ou lui adresser un courrier (et non un certificat médical).* »

Ces 2 premières missions mettent en évidence que le partenariat est bidirectionnel. Dans le cadre du repérage, ce sont les MG qui vont préférentiellement vers les MRPE et dans le cadre du suivi des enfants confiés, la tendance est plutôt inversée.

La 3^{ème} mission principale, et la moins investie, est la mission de partage de connaissances. Dans ce cadre-là, nous remarquons que les MRPE sont essentiellement dans l'attente de sollicitations de la part des associations de MG, des MG pour instaurer des temps d'échanges, des FMC. Cela a donc pour corollaire qu'en l'absence de sollicitations, il n'y a pas de FMC. Or, il est constaté qu'il est important de ne pas négliger la mission de partage des connaissances. De nombreuses thèses (72) (49) (73) (74) mettent en avant qu'un des freins au signalement/ transmission d'IP est le manque de formation, de connaissances sur le thème de la Protection de l'Enfance. Une étude américaine (75) a mis en évidence le fait que les médecins qui avaient reçu moins de 10 heures de formation sur la maltraitance, signalaient beaucoup moins que ceux qui en avaient reçu plus de 10 heures.

Sur le plan légal, selon l'article L. 542-1 du code de l'éducation, dans le cadre de la loi du 5 mars 2017 (76), il est demandé qu'une formation initiale puis continue à l'intention des médecins soit organisée : « *Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire.* » Cependant, il n'est pas précisé les conditions d'organisations de ces temps de formation : qui, quand et comment.

Par ailleurs, nous remarquons que quelques MRPE sont investis dans la formation initiale des étudiants en Médecine Générale en accueillant les internes

dans leur service lorsque ceux-ci sont en stage en PMI ou en intervenant directement au sein de la Faculté de Médecine.

L'article 1er du décret du 16 mai 1997, relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés (77) (version abrogée depuis le 8 août 2004) ainsi que la circulaire du 26 avril 2004, relative à l'organisation du SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) (78) permettent aux internes de Médecine Générale de réaliser un stage dans un service de PMI. Nous constatons que l'intégration d'internes de Médecine Générale dans les services de PMI est assez récente. Il existe 2 types d'accueil. Ils peuvent y rester 6 mois dans le cadre du stage obligatoire en pédiatrie, stage défini par la maquette de formation pratique du Troisième Cycle de Médecine Générale. Ils peuvent également y venir 8 demi-journées en observation, dans le cadre de leur stage chez le praticien libéral. D'après les résultats, il est mis en évidence que le fait d'accueillir des internes en PMI permet la création de lien avec le MRPE. Ceux-ci semblent plus à l'aise pour solliciter les MRPE lorsqu'ils se trouvent en difficulté. De plus, du fait de certaines missions de la PMI (79), l'étudiant est sensibilisé à la Protection de l'Enfance, aux notions « d'enfant en danger ou à risque de l'être », aux différents moyens qui sont mis à disposition en matière de prévention et de protection de l'enfance. Cependant, le rôle de la PMI et du médecin de PMI sont peu abordés dans les études de médecine comme cela est rappelé dans le rapport de l'INSERM (80) en 2014 : « *En ce qui concerne ces « épreuves classantes nationales », parmi les 335 sujets étudiés pendant ces 5 années et répartis en 11 modules, un seul, inclus dans le thème « Maturation et vulnérabilité », concerne la maltraitance et s'intitule « Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile » (item 37). Ce module est en général traité en 1 heure dans la plupart des facultés (...)* ». Ils sont peu connus des étudiants.

- ⇒ **Ainsi, il est nécessaire que le nombre de postes de stage d'internes en Médecine Générale en PMI soit augmenté afin de permettre à un plus grand nombre d'internes d'avoir accès à cette Médecine de Prévention. Cela permettrait à la PMI d'être mieux connue et que sa promotion puisse être faite par les internes qui y sont passés auprès de leurs collègues. Cela permettrait, dans un 2^{ème} temps, de faire connaître la fonction et les missions du MRPE et être un précurseur dans la création d'un lien entre les futurs médecins généralistes et le MRPE. Cela pourrait être l'occasion de faire naître des vocations, même si, comme le souligne le Dr POIRAT (58), l'âge moyen pour 51% des MRPE se situe entre 56 et 65 ans.**

Dans notre étude, les thèmes abordés, que ce soit lors de l'enseignement ou lors de FMC, sont le cadre légal dans lequel le MG évolue en Protection de l'Enfance, la présentation du rôle du MRPE, de l'ASE, les signes cliniques de la maltraitance, le circuit de l'IP, les interlocuteurs privilégiés avec leurs coordonnées. Ils sont en adéquation avec ceux proposés et énumérés dans la thèse du Dr BAUSIERE (50) à savoir : « *savoir repérer les situations d'enfant en danger, connaître les circuits d'alerte et les personnes ressources, connaître le cadre législatif et réglementaire* » .

Par ailleurs, les MRPE qui animent des formations/ informations médicales ont mis en exergue de nombreux bénéfices secondaires à ces temps d'information et d'échanges. Le développement de la formation auprès des étudiants en Médecine ainsi qu'auprès des médecins en activité est également une des propositions qu'ont fait les MRPE interviewés afin d'améliorer le partenariat.

- ⇒ **Aussi, il est important que les MRPE s'investissent davantage dans cette mission tant auprès des étudiants en Médecine Générale qu'auprès des MG, qu'ils la développent afin de répondre aux exigences législatives mais également afin de répondre aux attentes des MG.**

4.3. Facteurs influant le maintien du lien

Une fois le lien initié, il est important de le maintenir afin de ne pas perdre les bénéfices de ce qui a été débuté mais également afin de le faire évoluer et de lui faire prendre de l'ampleur. 2 types de facteurs ont été observés : des facteurs favorisants et des facteurs entravants.

4.3.1. Facteurs favorisants

- ✓ Une continuité de service assurée en cas d'absence du MRPE

Le MRPE, de par sa fonction au sein du Conseil départemental, fait partie du service public. Le service public est basé sur 3 grands principes (81) : « *une continuité de service public* », « *l'égalité devant le service public* » et « *l'adaptabilité ou mutabilité* ». La plupart des MRPE ont un relais qui est assuré par la CRIP dans le cadre des IP et signalements. Nous observons

également un relais par d'autres médecins du service dont dépend le MRPE ou par les médecins de PMI des territoires. Cela concerne les IP mais peut également concerner les situations d'enfants placés pour les MRPE E3 et E7. Bien que 3 médecins E6, E8 et E12 disent ne pas avoir de relais, nous pouvons penser que la CRIP pourra toujours répondre aux sollicitations des MG dans le cadre des IP si cela était nécessaire. Aussi, la mission de repérage et de transmission d'éléments inquiétants sera toujours maintenue. Cette absence de relais aura un impact sur les autres missions : suivi des enfants confiés et partage de connaissances. Cependant, le médecin E8 n'intervenant que dans le cadre de la CRIP et des MNA, son absence n'aura pas de conséquences pour les autres missions.

La mission de repérage et d'information sur les conduites à tenir en cas de situations inquiétantes est la seule qui bénéficie d'un relais constant. C'est en adéquation avec le but 1^{er} de la fonction de MRPE.

✓ Des relations partenariales de qualité

Dans l'ensemble, les MRPE se disent satisfaits de leurs relations avec les MG. Pour justifier cela, le MRPE E2 parle de liberté d'appeler, d'échanges cordiaux et de l'absence de difficultés particulières. Le MRPE E7 parle d'une facilité d'accès des MG, de bons échanges. Le MRPE E8 dit qu'il n'y a pas de blocage. En analysant les réponses, nous constatons qu'elles sont brèves, succinctes. Nous ne connaissons pas les critères de qualité utilisés par les MRPE pour affirmer que leurs relations avec les MG sont satisfaisantes. Nous pensons que cela est lié à la forme de la question posée par l'interviewer. La question était trop fermée, il aurait fallu qu'elle soit plus ouverte comme par exemple : « que pensez-vous de vos relations avec les MG ? »

✓ Le sentiment pour le MRPE d'être utile

3 médecins évoquent l'intérêt de ce poste, l'utilité qui est reconnue par leurs collègues, leur hiérarchie. Selon l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) (82) : « *Un travail qui a du sens est perçu comme ayant beaucoup d'importance pour la personne qui l'exécute de sorte qu'elle lui accorde une grande valeur et déploie les efforts nécessaires pour le réaliser* ». Aussi, nous pouvons penser que la reconnaissance, la valorisation du poste par l'entourage professionnel sont des éléments importants qui ont un impact positif sur la motivation et par conséquent sur l'accomplissement des missions par le MRPE.

- ⇒ **Aussi, cela renforce l'idée qu'il serait nécessaire de mettre en place des outils d'évaluation afin d'objectiver les effets des actions mises en place par le MRPE et renforcer leur motivation au sein de ce poste.**

4.3.2 Facteurs entravants

✓ Le contexte sanitaire actuel

Du fait de la pandémie, des mesures restrictives imposées par le gouvernement afin de limiter la propagation du virus, quelques médecins ont dû annuler, repousser, limiter le nombre de formations initialement prévues. Aussi, cela est un facteur limitant, contre lequel les MRPE ne peuvent rien faire. Ils sont tributaires de l'évolution de l'épidémie et des mesures restrictives imposées par l'Etat. Cependant, cette crise sanitaire a permis à des moyens alternatifs de communication de se développer : la visioconférence et son corollaire le « webinaire ». Dans un article du CNRS paru le 4 juin 2020 (83), il y est mentionné certains aspects positifs à la création de webinaires : la possibilité pour un plus grand nombre de personnes d'y participer, de préparer la visioconférence en envoyant ses questions en amont du direct, une flexibilité dans le moment où le participant souhaite regarder la vidéo (direct ou replay), la création d'un réseau : « *Mes webinaires m'ont permis de me faire connaître autant, sinon plus, que des conférences : c'est une nouvelle manière de créer un réseau* ».

- ⇒ **Il serait intéressant que les MRPE privilégient l'utilisation de la visio-conférence dans ce contexte si particulier, qui tend à perdurer. Cela permettrait de maintenir le lien et de développer le partenariat auprès des médecins généralistes. Utiliser cette alternative dans le cadre de la formation des MG pourrait être un levier dans le développement de cette mission.**

✓ Une remise en question de l'utilité du MRPE

Les MRPE E2 et E6 ont eu des questionnements sur l'utilité de ce poste. Après analyse des résultats, nous constatons que pour le médecin E2, le rôle de MRPE n'est pas clair. E2 se demande quel est le rôle du MRPE au niveau de la CRIP : « *les médecins qui sont vraiment MRPE, qu'est-ce qu'ils font exactement ?* ». Dans un autre registre, le médecin E3 évoque aussi des

difficultés à comprendre le cadre de mise en place du poste de MRPE. Ainsi, nous constatons que la fonction de MRPE et ses missions ne sont pas toujours bien comprises par ceux qui doivent les mettre en application.

- ⇒ **Aussi, il serait intéressant qu'un guide à l'usage des MRPE en place et des futurs MRPE soit créé. A l'intérieur, il serait intéressant qu'y figure le cadre dans lequel le poste de MRPE a été créé, la loi et le décret qui s'y rapportent. Des pistes de réflexion et aides à la mise en place du poste avec, par exemple, des exemples de fiches de poste d'autres départements, des actions qui peuvent être initiées, pourraient y être insérées et cela dans le but de faciliter la prise du poste. Ce guide pourrait être rédigé, par exemple, par les MRPE qui ont acquis des compétences solides dans leur fonction.**

Le médecin E6 a un avis mitigé sur son utilité réelle en tant que MRPE au sein de la CRIP : « *La CRIP fonctionne sans moi, quoi. (...) On a pas de retour d'évaluation en central donc le dispositif fonctionne bien sans MRPE. (...) On s'est posé la question si j'étais utile ou pas et franchement... J'en sais rien... On s'est dit qu'on allait quand même continuer sur ce poste-là parce que c'est pas très visible mais il y a des choses qui bougent quoi* ». Ce type de questionnement peut être à l'origine d'une perte de motivation, d'investissement pour le poste.

- ⇒ **Aussi, la mise en place de méthodes d'évaluation, d'études statistiques permettrait d'objectiver l'impact de leurs actions, de donner de la visibilité à leur travail auprès des partenaires et justifier la mise en place et le maintien de ce poste.**

4.3.3. Autre point à renforcer : Augmenter la visibilité du MRPE

Comme le souligne plusieurs médecins, il est important que les MRPE soient visibles et le restent pour que le partenariat perdure.

- ⇒ **Cela pourrait passer par la diffusion d'articles dans le bulletin de l'ordre des médecins, la rencontre physique des MG installés, être présents dans la formation des médecins généralistes (futurs et installés). Cela passe aussi par les documents émis par les hautes autorités telles que l'HAS qui**

doivent mentionner le MRPE dans les personnes ressources en Protection de l'Enfance.

4.4. Impact du partenariat sur l'évolution du nombre d'IP émanant des médecins généralistes

Les réponses apportées par les participants à cette question sont hétérogènes. Les médecins E5, E7, E10 et E14 ont constaté une augmentation du nombre d'IP émanant du corps médical depuis leur arrivée, associée aux actions qu'ils ont mis en place. Les médecins E2, E6, E11 et E13 confirment cette augmentation du nombre d'IP mais sans pouvoir émettre un lien de causalité avec leur prise de fonction. Enfin, les médecins E3, E4 et E9 n'ont pas constaté d'évolution du nombre d'IP.

Pour être en mesure d'affirmer ou infirmer l'impact du MRPE dans l'évolution du nombre d'IP, il faudrait pouvoir comparer l'évolution du nombre d'IP depuis 2016 dans un département donné par rapport à l'évolution du nombre d'IP sur la même période, au niveau national. Cependant, actuellement, aucune données chiffrées recensant le nombre d'IP, annuel, au niveau national n'existe. La dernière étude de l'évolution du nombre d'IP date de 2011. Par conséquent, cette donnée est inexploitable pour la thèse car la création du poste de MRPE est ultérieure à 2011.

Cette problématique était déjà énoncée dans la thèse d'exercice du Dr POIRAT (58), en 2019.

- ⇒ **Il serait intéressant que des études quantitatives menées par l'ONPE, par exemple, sur l'évolution des IP à l'échelle nationale, depuis 2016 soient réalisées. Ces données seraient confrontées aux données de chaque Département, sur les mêmes périodes. Elles prendraient en compte les facteurs pouvant influencer l'évolution des IP comme, par exemple, les campagnes nationales de prévention des violences faites aux enfants. Le but serait d'étudier et analyser l'impact de l'arrivée du MRPE et des actions qu'il a engagé dans l'évolution du nombre des IP. Secondairement, cela permettrait de juger la pertinence et l'efficacité de la fonction du MRPE telle qu'il était envisagé initialement. Une remise en question des missions à prioriser et une réécriture des fiches de postes pourraient en découler.**

5.Perspective future

Le poste de MRPE a été créé dans le but d'aider, soutenir le corps médical et plus particulièrement les libéraux, les médecins scolaires dans le repérage des situations préoccupantes. Ainsi, il serait intéressant qu'une étude auprès des médecins généralistes soit réalisée. Les objectifs seraient de connaître leur point de vue sur le MRPE : recueillir leur avis, leur ressenti sur ce que propose et met en place le MRPE. Le considèrent-ils comme étant un interlocuteur privilégié en termes de protection de l'enfance ? Est-ce que celui-ci répond pleinement à leurs attentes ? Quelles sont les limites de leur travail avec les MRPE.

Conclusion

Les médecins généralistes font partie des acteurs de 1^{ère} ligne dans la prévention, le repérage et le signalement des situations d'enfance en danger. Leur soutien et leur accompagnement dans ces situations-là sont 2 éléments essentiels afin qu'ils puissent mener à bien leur mission auprès des enfants qu'ils rencontrent lors des temps de consultation. C'est en ce sens que le poste de MRPE a été, initialement, créé.

L'efficacité de ce travail de partenariat doit se traduire par une augmentation du nombre d'IP émanant du corps médical et plus particulièrement celui des médecins généralistes dont le taux est particulièrement bas.

Cependant, à l'échelle nationale, il est constaté qu'il existe des disparités entre les Départements puisque tous les Conseils départementaux ne possèdent pas de MRPE. Les MRPE en activité n'exercent pas leurs fonctions, auprès des médecins généralistes, de la même manière ce qui peut conduire à des disparités dans la lutte contre les violences faites aux enfants.

Plusieurs causes pouvant expliquer ces différences ont été mises en évidence.

Le mode de recrutement du MRPE qui n'est pas toujours spontané et choisi, sa place au sein de l'organigramme interne du Conseil départemental, l'accumulation des missions associées aux diverses fonctions que certains MRPE doivent assumer, une charge de travail importante peuvent impacter négativement la mise en place du partenariat auprès des médecins généralistes.

La sensibilité des médecins généralistes à la question de la protection de l'enfance ainsi que leur souhait de travailler en étroite collaboration avec les MRPE peuvent aussi être des facteurs influençant la création des liens entre le MRPE et les médecins généralistes.

Les missions instaurées en priorité par les MRPE ne sont pas les mêmes. Elles varient en fonction des structures déjà existantes sur le territoire, des besoins du terrain mais également des directives politiques insufflées par Mr le secrétaire d'Etat Adrien TAQUET dans le cadre, par exemple, de contractualisations Etat/ Conseil départemental. Aussi, la mission de suivi des enfants placés est mise au même plan que celle du repérage et de la transmission des situations inquiétantes alors que ce n'était pas l'objectif initialement prévu lors de la création de ce poste. La mission de formation n'arrive que secondairement.

De plus, selon la mission, le partenariat n'est pas le même. Dans la mission de repérage, le MRPE se tient à disposition des médecins généralistes et répond

principalement aux sollicitations de ceux-ci. Tandis que dans la mission de suivi des enfants confiés à l'ASE, ce sont les MRPE qui sollicitent les médecins généralistes par le biais de la création de réseaux, ou de manière plus informelle lors de visites de routine des enfants placés chez le médecin généraliste.

Dans tous les cas, le CDOM a été un partenaire et un intermédiaire privilégié dans l'initiation du lien entre les MRPE et les médecins généralistes. Il continue d'être un soutien auprès des MRPE en permettant à ceux-ci de continuer à diffuser leurs informations et à rester ainsi visibles.

La présence d'une continuité de service en cas d'absence du MRPE, principalement assurée par la CRIP dans le cadre du repérage et de l'aide à la transmission des situations inquiétantes, la qualité des relations partenariales qui sont dites satisfaisantes par la majorité des MRPE interrogés, le sentiment pour les MRPE d'être utile sont autant d'atouts pour que le partenariat perdure. Cependant, le contexte sanitaire actuel qui restreint les rencontres physiques, les déplacements ainsi que la remise en question du poste de MRPE par certains médecins peuvent avoir des répercussions sur le maintien du partenariat.

De plus, afin d'accroître le partenariat et permettre aux MRPE de mener à bien leurs missions, les MRPE interrogés proposent d'intensifier la sensibilisation des MG à la problématique de la Protection de l'Enfance par l'intermédiaire de campagnes nationales à destination des MG, de renforcer la formation initiale des futurs médecins ainsi que de ceux qui exercent et rendre ainsi plus visible le MRPE.

L'impact de la présence du MRPE dans l'évolution du nombre d'IP émanant des médecins généralistes est difficilement évaluable. Certains médecins affirment qu'ils ont permis une augmentation significative du nombre des IP tandis que d'autres pensent qu'il n'y a pas de liens de causalité ou qu'il n'y a pas eu d'évolution, que le nombre d'IP stagne. Ainsi, il serait intéressant qu'un travail de recherche quantitatif, étudiant l'évolution du nombre d'IP émanant des médecins et plus particulièrement des médecins généralistes soit diligenté.

Ainsi, il semble nécessaire que le poste de MRPE soit revu, redéfini afin d'être différencié des autres postes déjà existants au sein du CD (médecin ASE par exemple). Il est important que les objectifs soient clairs, connus et compris par tous les MRPE en poste actuellement. Il serait intéressant que les MRPE questionnent les missions priorisées sur leur territoire afin de vérifier que celles-ci soient en corrélation avec l'objectif premier du poste de MRPE. Enfin, bien que la situation sanitaire actuelle soit compliquée, le développement d'un partenariat de qualité entre les MRPE et les médecins généralistes permettrait à chacun d'eux de mener à bien leurs missions respectives.

Une étude similaire à celle réalisée dans ce travail de thèse, mais en interrogeant les médecins généralistes sur leur partenariat avec les MRPE permettrait de compléter ce travail.

Références

1. Unicef. Violences in the lives of children [Internet]. [Consulté le 07/07/2020]. Disponible sur :
https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_Key_findings_Fr.pdf
2. Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne / Short and long time impact of maltreatment on individual development. BEH 26-27. 2019 Oct 15;520-525.
3. Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. Rev Fr Aff Soc. 2013;1(1):32-50.
4. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, et al. The Effects Of Violence On Health. Health Aff Proj Hope. 2019;38(10):1622-9.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002.
6. Unicef. Convention internationale des droits de l'enfant [Internet]. [Consulté le 9/05/2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
7. Sénat. Séance du 10 mars 2015 (compte rendu intégral des débats) [Internet]. [Consulté le 4/01/2021]. Disponible sur :
<https://www.senat.fr/seances/s201503/s20150310/s20150310009.html>
8. Premier plan triennal de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants. Plan_violences_enfants_2017-2019.pdf [Internet]. [Consulté le 10/01/2021]. Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_violences_enfants_2017-2019.pdf
9. Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés.
10. Martin-Blachais MP. 174000173.pdf [Internet]. [Consulté le 8/03/2020]. Disponible sur :
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000173.pdf>
11. OMS. Maltraitance des enfants [Internet]. [Consulté le 16/04/2020]. Disponible sur :
http://www.who.int/topics/child_abuse/fr/
12. Code civil. Article 375 (version à jour au 28 février 2021).

13. Ministère des solidarités et de la santé. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? [Internet]. [Consulté le 13/06/2020]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
14. Enfance et partage. 2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf [Internet]. [Consulté le 8/01/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf
15. Lacharité C, Ethier L, Nolin P. Négligence envers les enfants : état des connaissances et modalités d'intervention. La santé en action. 2019, avr;(447):13-16.
16. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics. 2016, march;137(3):1-15
17. OMS. La maltraitance des enfants [Internet]. [Consulté le 22/06/2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
18. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la justice, Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation 2018-044 Rapport_Morts_violentes_enfants.pdf [Internet]. [Consulté le 8/03/2020]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/2018-044%20Rapport_Morts_violentes_enfants.pdf
19. DREES. er1090.pdf [Internet]. [Consulté le 10/03/2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1090.pdf>
20. Ministère des solidarités et de la santé. Période de confinement : Violences faites aux enfants à leur domicile [Internet]. [Consulté le 09/01/2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/periode-de-confinement-violences-faites-aux-enfants-a-leur-domicile>
21. GIP enfance en danger. Etude-confinement-119-20mai2020.pdf [Internet]. [Consulté le 04/01/2021]. Disponible sur : <https://www.giped.gouv.fr/pdf/Etude-confinement-119-20mai2020.pdf>
22. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport-1000-premiers-jours.pdf [Internet]. [Consulté le 06/01/2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
23. Berger M. Besoins-Fondamentaux-De-L-Enfant.pdf [Internet]. [Consulté le 10/05/2020]. Disponible sur : <http://mauriceberger.net/wpmaurice/wp-content/uploads/2017/03/Besoins-Fondamentaux-De-L-Enfant.pdf>

24. ONU. Violence contre les enfants : l'OMS appelle à s'attaquer à la maltraitance cachée [Internet]. [Consulté le 07/01/2021]. Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2020/01/1059852>
25. Loi 84-422 du 6 juin 1984 relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et au statut des pupilles de l'Etat.
26. LOI n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale (1).
27. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
28. Ayala C de. L'histoire de la protection de l'enfance. J Psychol. 2010, déc, 01;n° 277(4):24-7.
29. ONED. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007.
30. Code de l'action sociale et des familles. Article L226-2-2. Légifrance [Internet]. [Consulté le 08/01/2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908/
31. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
32. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé.
33. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
34. Ministère des solidarités et de la santé, DGCS. Synthèse réforme 2018-10-15.pdf [Internet]. [Consulté le 09/01/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthesereforme_2018-10-15.pdf
35. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [Consulté le 10/01/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
36. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [Consulté le 10/01/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974602/en/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
37. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier de presse stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance vf.pdf [Internet]. [Consulté le 10/01/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Adrien Taquet présente la stratégie de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) [Internet]. [Consulté le 09/12/2020].

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/adrien-taquet-presente-la-strategie-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance>

39. Légifrance. Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel (Articles 226-13 à 226-14) [Internet]. [Consulté le 11/01/2021]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006181756/2021-01-11/>

40. Légifrance. Sous-section 2 : Devoirs envers les patients. (Articles R4127-32 à R4127-55) [Internet]. [Consulté le 11/01/2021]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006912906/2008-05-05/>

41. Légifrance. Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice (Articles 434-1 à 434-7) [Internet]. [Consulté le 11/01/2021]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI0000032207682/2018-01-27/>

42. Code pénal. Article 223-6 (version à jour au 28/02/2021).

43. Haute Autorité de Santé. Outil interactif repérage maltraitance enfants.pdf [Internet].

[Consulté le 17/08/2019]. Disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf)

[11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf)

44. Légifrance. Section 2 bis : Information préoccupante (Articles R226-2-2 à D226-2-7) [Internet]. [Consulté le 11/01/2021]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA0000028173201/2021-01-11/>

45. Haute Autorité de Santé. Modèle type de signalement format pdf.pdf [Internet].

[Consulté le 11/01/2021]. Disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/modele_type_de_signalement_format_pdf.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/modele_type_de_signalement_format_pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/modele_type_de_signalement_format_pdf.pdf)

46. Mardioux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en Médecine Générale. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2012.

47. Verrier M. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2015.

48. Cassagnes L, Delabarre M. Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Thèse de médecine, Toulouse: Université de Toulouse; 2019.

49. Ogier D. Médecins généralistes et protection de l'enfance : « Ecouter, observer, s'interroger, agir. » (Etude qualitative). Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon 1; 2017.
50. Bausiere C. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais. Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2016.
51. 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 de médecine, Brest: Université de Brest; 2017.
52. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
53. Code de l'action sociale et des familles. Article L221-2 (version à jour au 28/02/2021).
54. Sénat. r13-6551.pdf [Internet]. [Consulté le 04/12/2020]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>
55. Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles.
56. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Mal. 2001, avr- juin ; 32, (2) : 117-21.
57. Tong A, Sainsbury P, Craig J. ISSM COREQ Checklist.pdf [Internet]. [Consulté le 13/04/2020]. Disponible sur : http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf
58. Poirat L. Le médecin référent « protection de l'enfance » : des dispositifs législatif et réglementaire à l'appropriation terrain. Thèse de médecine, Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines: Université de Versailles; 2019.
59. Sénat. Pour une République territoriale : l'unité dans la diversité [Internet]. [Consulté le 28/01/2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r99-447-1/r99-447-15.html>
60. Sénat. s20151012.pdf [Internet]. [Consulté le 25/02/2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/seances/s201510/s20151012/s20151012.pdf>
61. INSPQ. Fiche 2-A : Indicateur « Charge de travail ». Québec.
62. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les conseils départementaux de l'Ordre [Internet]. [Consulté le 28/01/2021]. Disponible sur : <https://www.conseil->

national.medecin.fr/lordre-medecins/conseils-regionaux-departementaux/conseils-departementaux-lordre

63. Sénat. Sur les politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs (Rapport) [Internet]. [Consulté le 29/01/2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r18-529-1/r18-529-13.html#toc194>

64. Sénat. Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant [Internet]. [Consulté le 27/01/2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6553.html#toc144>

65. Programme pegase. Présentation [Internet]. [Consulté le 09/12/2020]. Disponible sur : <https://www.programmepegase.fr/presentation-pegase>

66. Légifrance. Chapitre III : Droits des familles dans leurs rapports avec les services de l'aide sociale à l'enfance. (Articles L223-1 à L223-8) [Internet]. [Consulté le 29/01/2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000041397739/2019-12-28/>

67. 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 de médecine, Rennes: Université de Rennes 1; 2013.

68. Code de procédure pénale. Article 40 (version à jour au 28/02/2021).

69. Sénat. Sur l'obligation de signalement par les professionnels astreints à un secret des violences commises sur les mineurs [Internet]. [Consulté le 12/02/2021]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r19-304/r19-304_mono.html

70. Direction des Affaires Juridiques. Cour de cassation, 23 octobre 2013, n°12-80793 (Secret médical – Actes de maltraitance – Dénonciation – Omission d'empêcher une infraction) [Internet]. [Consulté le 12/02/2021]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-23-octobre-2013-n12-80793-secret-medical-actes-de-maltraitance-denonciation-omission-dempecher-une-infraction/>

71. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le médecin face à la maltraitance [Internet]. [Consulté le 02/03/2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>

72. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale. Thèse de médecine Paris: Université de Paris 7; 2012.

73. Prévost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? Thèse de médecine, Lille: Université de Lille; 2019.

74. Verrier M. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2015.

75. King G, Reece R, Bendel R, Patel V. The effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. 1998 aug 01;3:276-83.
76. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
77. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.
78. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004.
79. Légifrance. Titre Ier : Organisation et missions (Articles L2111-1 à L2112-10) [Internet]. [Consulté le 27/02/2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155012/#LEGISCTA000006155012
80. Comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Paris ; 2013.
81. Vie publique. La notion de service public [Internet]. [Consulté le 31/01/2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/20223-la-notion-de-service-public>
82. IRSST. R-624.pdf [Internet]. [Consulté le 03/02/2021]. Disponible sur : <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>
83. CNRS. Colloques, congrès, rencontres : la pandémie accélère le virage virtuel [Internet]. [Consulté le 26/02/2021]. Disponible sur : <https://www.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/colloques-congres-rencontres-la-pandemie-accelere-le-virage-virtuel>

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement transmis à tous les participants

Formulaire de consentement

Je soussigné Dr.....,

Certifie que Mlle KLAMECKI Leslie m'a proposée de participer à une recherche, dans le cadre de sa thèse de Médecine Générale validée par le Département de Médecine Générale de Bordeaux, intitulée :

Le Médecin Référent Protection de l'Enfance et partenariat avec les médecins généralistes dans le cadre de la Protection de l'Enfance.

Accord pour la participation :

J'ai reçu de manière claire et loyale toutes les informations concernant la garantie du respect de la confidentialité des échanges.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.

Interruption de la participation :

Je peux interrompre ma participation à tout moment, auquel cas j'en informerai directement l'enquêtrice. Dès lors, toutes mes informations seront détruites.

Recueil des données :

Les données ayant trait à ma situation administrative, professionnelle demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par l'enquêtrice qui réalise l'entretien et sa directrice de thèse le Dr BAREL Christine, médecin de PMI.

Enregistrement audio et analyse :

Je donne mon accord pour que l'enregistrement audio soit retranscrit dans sa totalité puis analysé. Les données issues de cette analyse pourront être utilisées exclusivement dans le cadre de la thèse. Les informations recueillies seront détruites, dans leur totalité, à la fin de ce travail de recherche.

J'ai bien été informée que mes données personnelles seront rendues anonymes, avant d'être intégrées dans le rapport de thèse.

Information :

A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de Mlle KLAMECKI Leslie, enquêtrice.

Je peux demander à être informée des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.

Obligations :

Je conserve un exemplaire du présent formulaire de consentement.

Date :

Signature du participant :

Signature de l'enquêtrice :

Annexe 2 : Entretien semi guidé

Entretien semi guidé

Caractéristiques du médecin interviewé :

- Etes-vous MRPE ou FF MRPE ?
- Quel est votre parcours professionnel, votre spécialité ?
- Depuis quand travaillez-vous au sein du Département ?
- Depuis quand êtes-vous à ce poste ?
- Etes-vous à temps plein sur le poste ? Si non, quel est votre ETP ?
- A quel service êtes-vous rattaché ?
- Exercez-vous une autre fonction au sein du Département ?
- Savez-vous s'il y a eu d'autres médecins avant vous ?
- Pour les FF MRPE : Pouvez-vous me dire quel est votre poste officiel ?
- Quelles ont été vos motivations à prendre le poste ? (Souhait ou obligation)

Est-ce que cela vous est déjà arrivé de travailler avec des médecins généralistes ? Si oui, dans quel cadre ?

Missions du MRPE :

Mission de coordination :

- Quels sont les partenaires avec qui vous travaillez ?
- Comment les partenaires ont-ils été informé de votre prise de poste ?
(*Par retour ARS, Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins informé ?*)
- Est-ce qu'il y a des jours clairement identifiés réservés au travail avec eux ? Si oui, quels sont-ils ? Y-a-t-il des possibilités d'adaptation en fonction des besoins ?
- En cas d'absence, (maladie, vacances ou autre), comment cela est-il compensé ? (Y-a-t-il un interlocuteur privilégié ? Est-ce qu'un protocole est mis en place ? Pouvez-vous me parler de ce protocole ? Comment est-il transmis aux partenaires ?)

Mission de repérage et informations sur les CAT :

- Pouvez-vous me donner une estimation du nombre moyen d'appels que vous recevez de la part des médecins généralistes, par mois ? Est-ce que ce sont toujours les mêmes médecins qui vous sollicitent ?
- Quels sont les principaux motifs d'appel ?
- Est-ce que vous avez mis en place des outils d'aide pour faire une IP ou un signalement ?
- Est-ce que vous pensez que vos préconisations/avis sont suivis par les médecins généralistes ?
- Lorsque le médecin généraliste suit vos recommandations et fait un signalement ou une IP, faites-vous un retour auprès de cette personne de ce qui a été décidé pour l'enfant/ la famille ? Si oui, vous le faites de manière systématique ?
- Quel moyen utilisez-vous pour faire votre retour ? (*Appel téléphonique, courrier, mail* ?). Si non, pourquoi ne faites-vous pas de retour ?

Mission de partage de connaissances :

- Comment intervenez-vous dans le cadre du partage des connaissances (*réunions d'information et de sensibilisation sur la protection de l'enfance, d'échanges sur les pratiques et les procédures ou de formations relatives à la protection de l'enfance en danger*) ?
- Quelle est la fréquence de ces événements ?
- Comment est le taux de participation à chaque session ?
- Existe-t-il un support papier ? Si oui, que contient-il ? Est-il remis de manière systématique ?

Suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE : exemple du *Projet d'expérimentation du parcours de soin coordonné des enfants et adolescents qui intègrent l'aide sociale à l'enfance*

- Avez-vous entendu parler du projet d'expérimentation du parcours de soin coordonné des enfants et adolescents qui intègrent l'ASE ?
- Si ce projet se généralise à l'échelle nationale, comment pensez-vous que cela pourra être mis en place au sein de votre Département ? Comment pensez-vous intégrer les médecins généralistes ?

Relation MRPE/Médecins généralistes :

- Que pensez-vous de vos relations avec les médecins généralistes ?

- Vous arrive-t-il de faire du soutien auprès de vos confrères médecins généralistes ? Si oui, dans quelles situations ? Comment ?
- Avez-vous une idée de l'évolution du nombre d'IP émanant des médecins libéraux avant et après la prise de votre poste ? Pensez-vous que votre présence a eu un effet sur l'évolution du nombre d'IP ? Pourquoi ?

Difficultés rencontrées :

- Eprenez-vous des difficultés dans la mise en œuvre du partenariat et dans vos relations avec les médecins généralistes ?
- Auriez-vous des propositions à faire afin d'améliorer les liens avec les médecins généralistes et vous permettre ainsi de mieux remplir vos missions ?

Remerciement et clôture de l'entretien.

Annexe 3 : Décret du 7 novembre 2016 relatif au MRPE

Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles

Version initiale

Publics concernés : présidents de conseils départementaux.

Objet : médecin référent « protection de l'enfance ».

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication au Journal officiel .

Notice : l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit la désignation dans chaque département d'un médecin référent « protection de l'enfance » au sein d'un service du département afin d'améliorer la coordination entre les services départementaux, la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département.

Le présent décret précise les modalités d'intervention du médecin référent.

Références : le présent décret est pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles, tel que modifié par l'article 7 de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Les dispositions du code de l'action sociale et des familles peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 221-2 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes du 8 septembre 2016,

Décète :

Article 1

Dans le chapitre Ier du titre II du livre II du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté une section VI ainsi rédigée :

« Section VI

« Médecin référent “ protection de l'enfance ”

« Art. D. 221-25.-Le président du conseil départemental désigne comme médecin référent “ protection de l'enfance ” un médecin des services départementaux.

« Le médecin référent “ protection de l'enfance ” contribue :

« 1° Au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ;

« 2° A l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi

qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département ;

« 3° A l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs visés à l'alinéa précédent.

« Le médecin référent “ protection de l'enfance ” peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire.

« Art. D. 221-26.-Le médecin référent “ protection de l'enfance ” propose, dans le domaine de la santé des enfants en risque de danger ou protégés, les actions nécessaires à la coordination des services départementaux et à la coordination de ces services avec les médecins mentionnés au 2° de l'article D. 221-25.

« Il peut conduire ou participer à la mise en œuvre de ces actions, qui peuvent prendre la forme de réunions d'information et de sensibilisation sur la protection de l'enfance, d'échanges sur les pratiques et les procédures, de formations telles que prévues aux articles L. 542-1 et D. 542-1 du code de l'éducation. »

Article 2

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 7 novembre 2016.

Manuel Valls

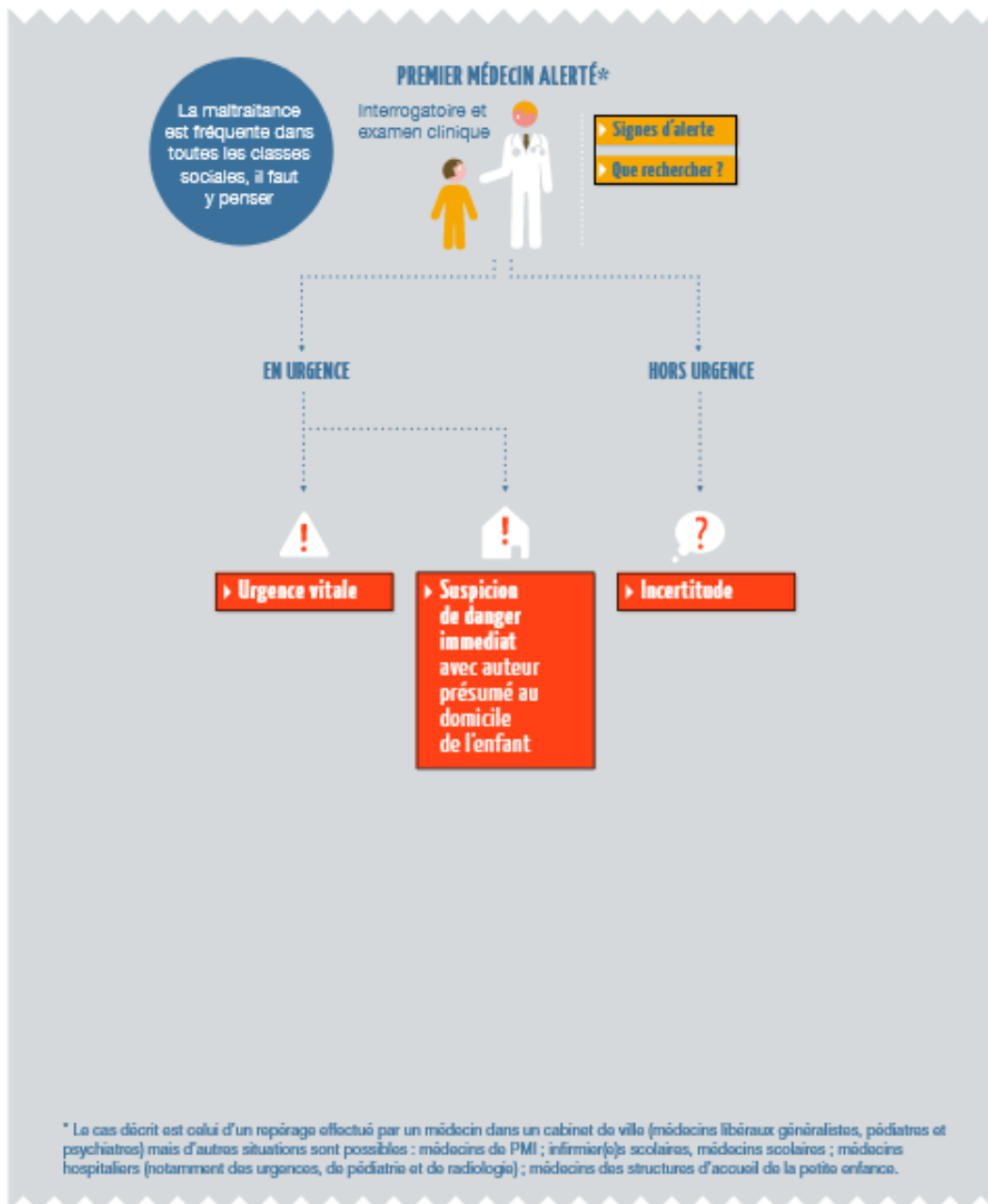
Par le Premier ministre :

La ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes,
Laurence Rossignol

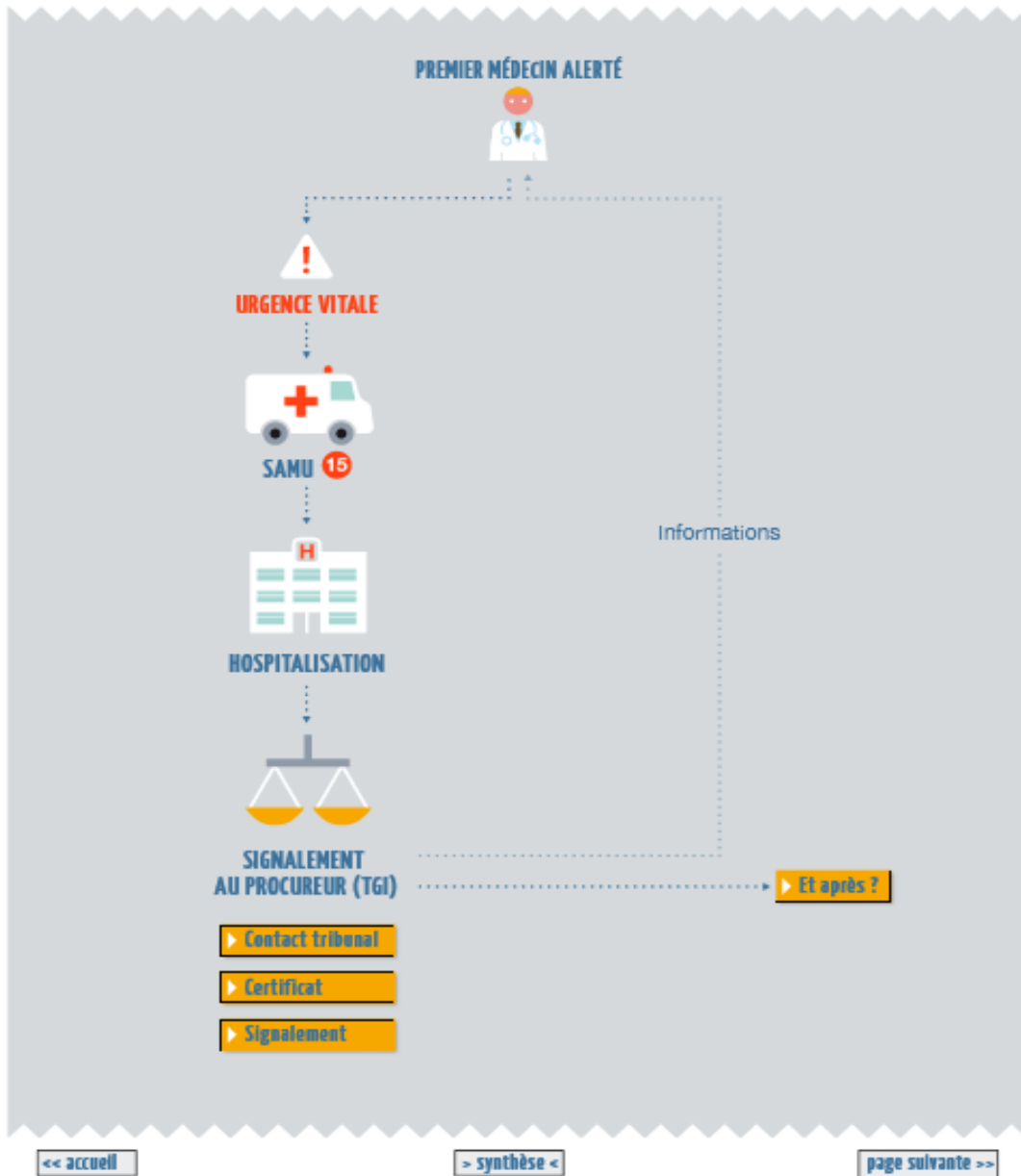
La ministre des affaires sociales et de la santé,
Marisol Touraine

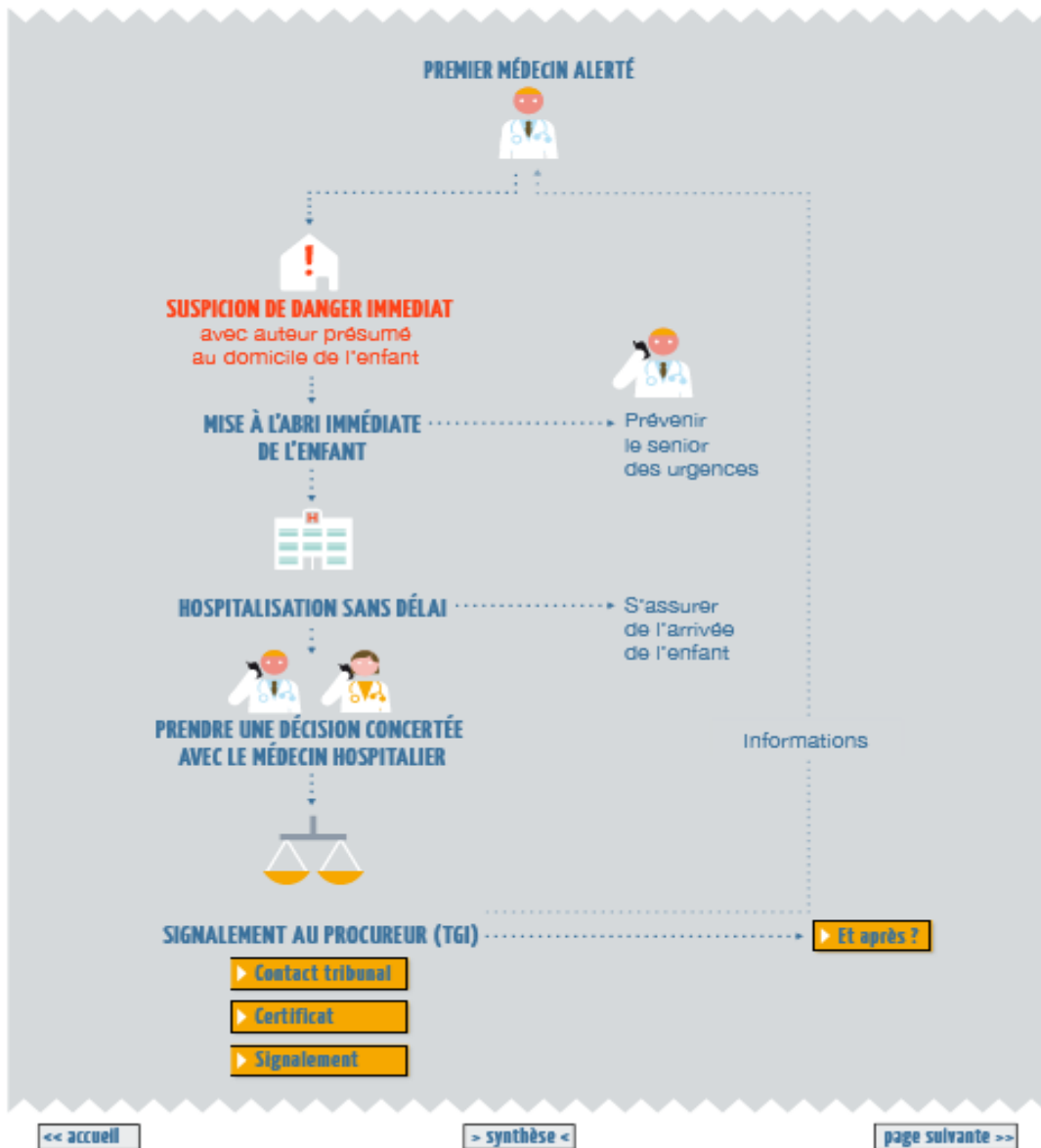
Annexe 4 : Arbres décisionnels de l'HAS

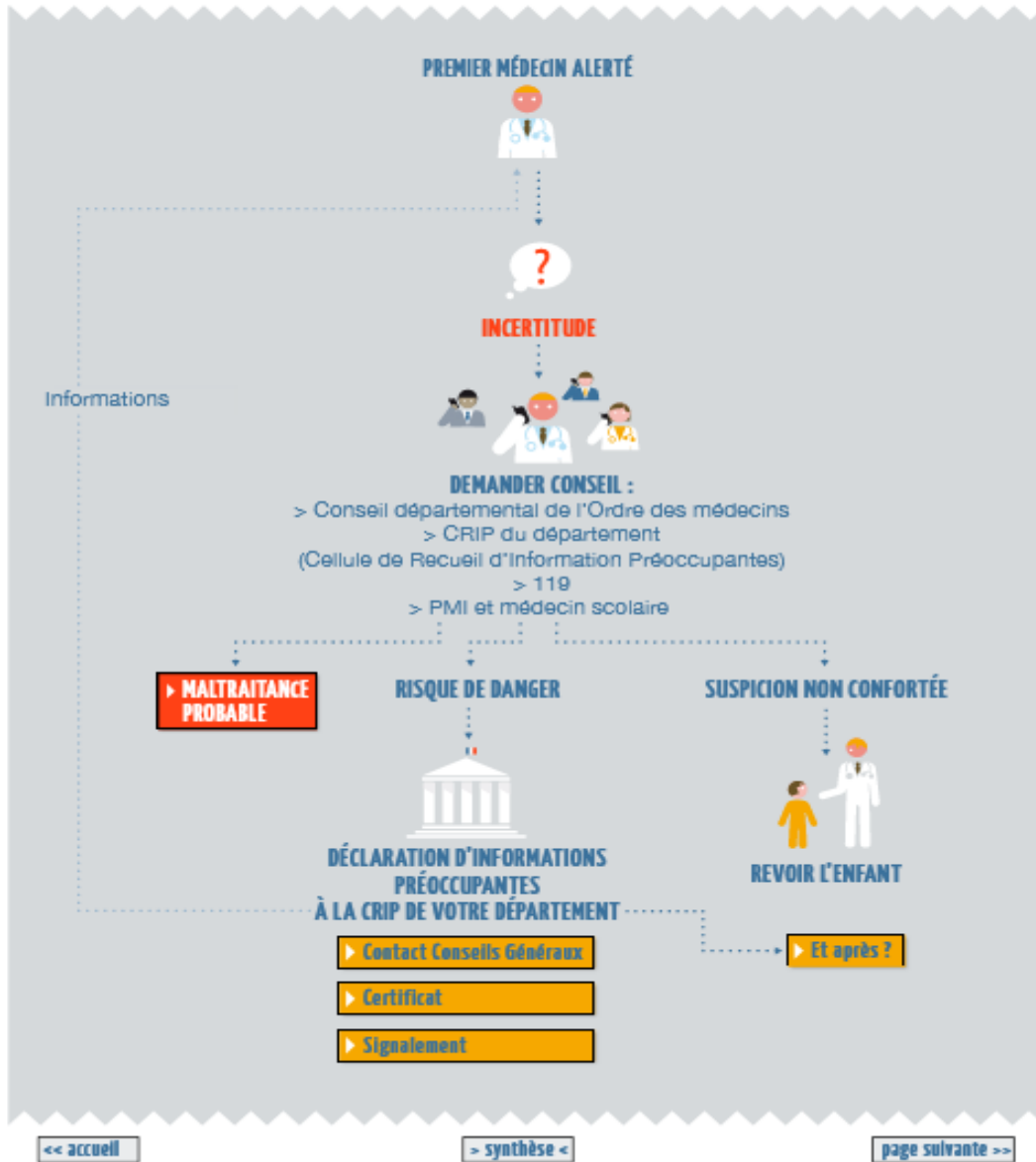
Comment repérer et signaler la maltraitance des enfants



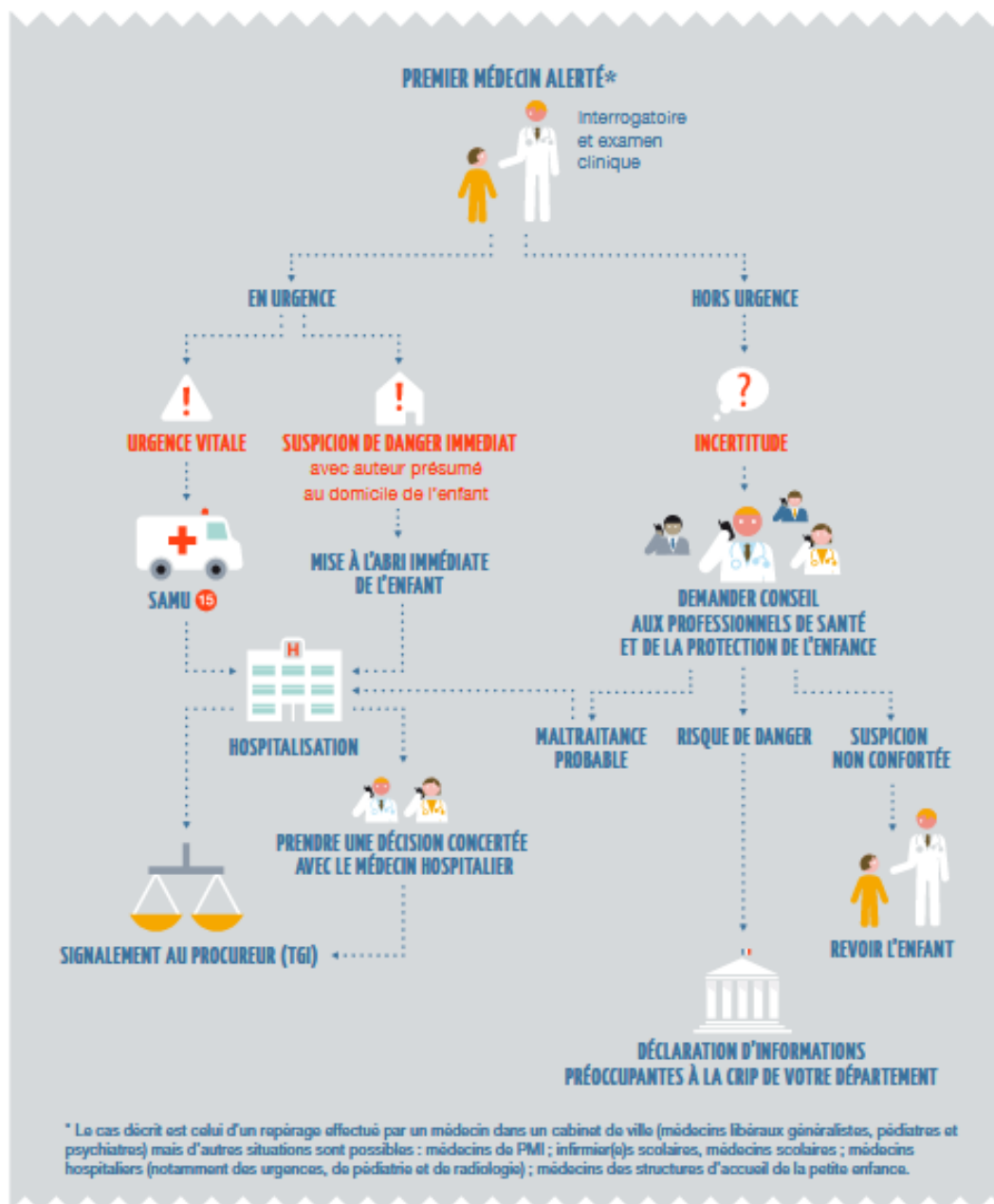
* Le cas décrit est celui d'un repérage effectué par un médecin dans un cabinet de ville (médecins libéraux généralistes, pédiatres et psychiatres) mais d'autres situations sont possibles : médecins de PMI ; infirmier(s) scolaires, médecins scolaires ; médecins hospitaliers (notamment des urgences, de pédiatrie et de radiologie) ; médecins des structures d'accueil de la petite enfance.







Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



Annexe 5 : Modèle-type signalement de l'HAS

Sérvices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du Code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sérvices dont il est victime.

L'article 226-14 du Code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

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

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

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

L'enfant :

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

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

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

»

L'enfant nous a dit que :

«

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

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

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

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Résumé en français

Introduction : La loi du 4 Mars 2016 a permis la création du poste de Médecin Référent Protection de l'Enfance dont l'objectif est d'aider les médecins dont les médecins généralistes à repérer et à signaler les situations d'enfance en danger. En effet, le taux d'IP en provenance du corps médical est le plus faible puisque seulement 5% des IP comptabilisées ont été rédigées par les médecins toutes spécialités confondues. Chez les médecins généralistes, ce taux est encore plus faible : environ 1%. Aussi, l'efficacité du MRPE dans l'exercice de sa mission principale, auprès des médecins généralistes, doit se traduire par une augmentation du nombre d'IP.

Objectifs : L'objectif principal est de comprendre comment fonctionne le partenariat entre le MRPE et les médecins généralistes au sein des Départements. Les objectifs secondaires sont de comprendre comment ce partenariat a été mis en place, si cela a permis de faire évoluer le nombre d'IP émanant des médecins généralistes, permettre d'identifier les difficultés de son fonctionnement mais également de faire émerger des pistes d'amélioration.

Matériel et méthode : Etude phénoménologique, qualitative, à l'échelle de la Métropole, par entretiens téléphoniques semi-dirigés auprès de Médecins Référents Protection de l'Enfance.

Résultats : 14 Médecins Référents Protection de l'Enfance ont été interviewés. Le partenariat MRPE/MG varie en fonction des départements. L'initiation du partenariat est influencée par les conditions de travail du MRPE. Cela est également lié à la sensibilité des médecins généralistes à la problématique de la protection de l'enfance ainsi que leur souhait de travailler en collaboration avec les MRPE. Le CDOM joue un rôle essentiel dans le lien entre les médecins généralistes et les MRPE. Les missions de suivi des enfants confiés à l'ASE ainsi que la mission de prévention et de repérage de l'enfance en danger sont les missions prioritairement instaurées sur les départements. Le partenariat est bi-directionnel. Il existe des facteurs favorisant et des facteurs entravant le maintien du partenariat. Le développement de temps de sensibilisation, la priorisation de la formation initiale des étudiants et continue des MG ainsi que l'augmentation de la visibilité des MRPE sont autant de facteurs qui permettraient d'améliorer le partenariat entre les MRPE et les MG. L'influence des MRPE sur l'évolution du nombre d'IP est difficile à objectiver.

Conclusion : Le partenariat entre les MRPE et les médecins généralistes doit être encouragé, amélioré et développé afin que les MRPE et les MG puissent mener à bien leurs missions respectives dans le cadre de l'enfance en danger. Il semble important que le poste de MRPE soit repensé en fonction de son objectif originel. Un travail de recherche sur le partenariat MRPE/MG d'un point de vue des MG permettrait d'appréhender de manière plus complète le partenariat MRPE/MG.

Titre en anglais : French medical consultant to improve child abuse detection and children' health and General Practitioners partnership in Metropolitan France.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : Partenariat, médecin référent protection de l'enfance, médecin généraliste, thèse qualitative, information préoccupante

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales-146, rue Léo Saignat-33 076 Bordeaux cedex France