



Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français

Agathe Herrmann-Maillet

► To cite this version:

Agathe Herrmann-Maillet. Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03377909

HAL Id: dumas-03377909

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03377909>

Submitted on 14 Oct 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.



U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

N° 110

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 06/10/2021

par

Agathe HERRMANN, épouse MAILLET

née le 02/04/1991, à Paris (XV)

**Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une
information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés
dans le Pays basque français**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU

Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Rapporteur

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Juge

Madame le Docteur Marion BAILHACHE-LEROUGE

Juge

Madame le Docteur Leïla LAZARO

Directrice de thèse

« Nous devons à nos enfants, les éléments les plus précieux de toute société, une vie libre de
peur et de violence »

Nelson Mandela.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail,

A Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAU, professeur universitaire de gastro-entérologie pédiatrique,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en remercie sincèrement. Merci pour votre engagement et votre disponibilité, soyez assuré de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, professeur de médecine générale, directeur du département de médecine générale de l'université de Bordeaux,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et d'avoir pris le temps de relire ce travail. Merci de vos conseils avisés pour l'améliorer. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour votre implication sans faille auprès des internes de médecine générale.

A Monsieur le Docteur Laurent MAGOT, professeur associé auprès du département de médecine générale de l'université de Bordeaux,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Vous avez été un de mes premiers enseignants, lors de mon premier semestre d'internat à Orthez. Merci de vos enseignements pertinents et de votre exemple auprès des médecins généralistes de demain. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus profonde.

A Madame le Docteur Marion LEROUGE-BAILHACHE, pédiatre aux urgences pédiatriques, médecin référente des violences faites aux enfants au CHU Pellegrin de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de donner votre avis sur ce sujet que vous connaissez bien. Merci du temps que vous avez pris pour lire ce travail.

A Madame le Docteur Leila LAZARO, neuro-pédiatre et chef du pôle mère-enfant de l'hôpital de Bayonne

Je te remercie d'avoir dirigé cette thèse, avec patience et gentillesse. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi, sur ce sujet qui te tient particulièrement à cœur. Merci pour ta disponibilité, notamment lors de ce semestre en pédiatrie, qui a été particulièrement marquant dans mon internat. J'espère que nous aurons l'occasion de nous revoir prochainement au Pays basque, ou dans le Morbihan si tu y passes.

A tous les médecins généralistes du Pays basque ayant participé à cette étude,

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour me partager votre expérience et vos difficultés. J'espère que ce travail de thèse pourra vous apporter quelques solutions et vous aider dans votre pratique quotidienne, afin de protéger du mieux possible chaque enfant.

Aux médecins que j'ai croisés durant mon internat,

A ma famille,

A mes amis,

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	3
Table des figures.....	10
Liste des abreviations.....	11
I. INTRODUCTION.....	12
1. Histoire de la reconnaissance du concept de maltraitance infantile.....	12
2. Définitions de la maltraitance infantile	12
3. Différents types de maltraitance infantile	13
4. Epidémiologie de la maltraitance infantile.....	16
5. Textes législatifs fondateurs de la protection de l'enfance	17
6. Organismes de la protection de l'enfance	18
7. Transmission d'une information préoccupante	20
8. Transmission d'un signalement.....	21
9. Place du médecin généraliste	24
10. Actualités et contexte de l'étude	25
II. MATERIEL ET METHODES	28
1. Type d'étude.....	28
2. Population de l'étude.....	28
3. Elaboration du questionnaire.....	29
4. Recrutement des médecins généralistes	29
5. Recueil des données	30
6. Analyse des données	30
7. Ethique	30
III. RESULTATS.....	31
1. Description de la population	31
1) Effectif total.....	31
2) Caractéristiques socio-démographiques de la population.....	32
3) Représentativité de notre échantillon	33
2. Formation sur la maltraitance infantile reçue par les médecins	33
3. Expérience personnelle des médecins	35

4. Réponses aux questions ouvertes	36
1) Freins rapportés spontanément pour transmettre un signalement / une IP	36
2) Aides possibles rapportées spontanément pour faciliter les démarches	38
5. Freins rencontrés	41
1) Le statut de médecin généraliste	41
2) Les freins au dépistage de la maltraitance infantile.....	41
3) Les difficultés liées à l'enfant	43
4) Les difficultés liées à la famille de l'enfant.....	43
5) Les freins à la procédure de signalement.....	44
6) Les difficultés administratives	45
7) Le recours aux services d'aide à l'enfance	47
8) Le ressenti personnel des médecins.....	48
6. Aides envisageables	48
1) Les aides sur le plan administratif	48
2) Les aides sur le plan des relations professionnelles.....	49
3) Les aides dans la relation aux patients.....	50
7. Remarques et suggestions des médecins interrogés.....	50

IV. DISCUSSION 52

1. Forces et limites de l'étude.....	52
1) Limites de l'étude	52
2) Forces de l'étude	53
2. Validité externe de l'étude	53
3. Discussion des principaux freins retrouvés	55
1) Un tiers des médecins estiment ne pas avoir de frein	55
2) Un manque de connaissances et de formation.....	56
3) Quand le doute et l'incertitude inhibent le médecin.....	58
4) La crainte d'une erreur de jugement et de ses conséquences	59
5) L'isolement du médecin : savoir demander de l'aide	61
6) Une probable méfiance envers les services sociaux et le système judiciaire	62
7) La rupture du secret médical.....	63
4. Implications concrètes des résultats	64
1) Les aides envisageables au Pays basque	64
2) La place de l'Uvie.....	65
3) Fiche explicative pour les médecins généralistes du Pays basque.....	67

V. CONCLUSION.....	69
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	70
VII. ANNEXES	75
1. Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins	75
2. Annexe 2 : Modèle type de signalement du Conseil de l'ordre	79
3. Annexe 3 : Fiche pour transmettre un signalement au CHCB	81
4. Annexe 4 : Fiche pour transmettre une IP au CHCB	83
5. Annexe 5 : Formations DPC sur la maltraitance en Nouvelle Aquitaine en 2021	85
6. Annexe 6 : Brochure de l'Uvie	86
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	87
IX. RESUME.....	88

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Localisations habituelles de traumatologie de l'enfant (jaune) et suspectes de lésions infligées (orange)	14
<u>Figure 2</u> : Evolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance de 2009 à 2018	17
<u>Figure 3</u> : Transmission d'une information préoccupante et ses débouchés.....	21
<u>Figure 4</u> : Conséquences possibles d'un signalement ou d'une IP	23
<u>Figure 5</u> : Situation géographique et cartographie du Pays basque français	28
<u>Figure 6</u> : Diagramme de flux	31
<u>Figure 7</u> : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	32
<u>Figure 8</u> : Comparaison des données socio-démographiques de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques collectées par la CPAM (2018) et de notre échantillon	33
<u>Figure 9</u> : Ressenti des médecins sur leurs connaissances (n=98)	33
<u>Figure 10</u> : Ressenti des médecins sur la qualité des formations reçues (n=98).....	34
<u>Figure 11</u> : Ressenti des médecins sur la cohérence des formations reçues vis-à-vis de leur pratique en médecine générale (n=98)	34
<u>Figure 12</u> : Réponse à la question « Selon vous, le statut de médecin traitant facilite-t-il le dépistage de la maltraitance infantile ? » (n=98)	41
<u>Figure 13</u> : Difficultés rencontrées par les médecins pour dépister la maltraitance (n=95).....	41
<u>Figure 14</u> : Difficultés rencontrées liées à l'enfant (n=95)	43
<u>Figure 15</u> : Difficultés rencontrées liées à la famille (n=96).....	44
<u>Figure 16</u> : Difficultés rencontrées lors d'une procédure de signalement (n=95).....	45
<u>Figure 17</u> : Difficultés administratives (n=87)	46
<u>Figure 18</u> : Raisons pour lesquelles les médecins ne joignent pas les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (n=79).....	47
<u>Figure 19</u> : Ressenti des médecins sur la procédure de signalement ou d'IP (n=94).....	48
<u>Figure 20</u> : Aides envisagées sur le plan administratif (n=97).....	49
<u>Figure 21</u> : Aides envisagées sur le plan des relations professionnelles (n=96).....	49
<u>Figure 22</u> : Aides envisagées vis-à-vis des patients (n=90)	50

LISTE DES ABREVIATIONS

ACJPB : Association Citoyenneté-Justice Pays Basque

AED : Aide éducative à domicile

AEMO : Assistance éducative en milieu ouvert

ASE : Aide sociale à l'enfance

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

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

DPC : Développement professionnel continu

HAS : Haute Autorité de santé

IP : Information préoccupante

ODAS : Observatoire national de l'action sociale décentralisée

ODPE : Observatoire départemental de protection de l'enfance

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

ONPE : Observatoire national de protection de l'enfance

OPP : Ordonnance de placement provisoire

PMI : Protection maternelle et infantile

SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger

TGI : Tribunal de grande instance

TJ : tribunal judiciaire

Uvie : Unité de victimologie

I. INTRODUCTION

1. Histoire de la reconnaissance du concept de maltraitance infantile

La problématique des violences faites aux enfants n'est pas nouvelle et semble se perdre dans la nuit des temps. Dans la Rome Antique, le Pater Familias avait droit de vie et de mort sur sa progéniture et pouvait infliger toutes sortes de sanctions à ses enfants. Au Moyen-Age, les châtiments corporels sévères, les abandons d'enfants et les infanticides étaient monnaie courante [1]. On parlait alors de cruauté, brutalité, corrections sévères, lutte contre la misère... La reconnaissance du concept de maltraitance chez l'enfant fut longue et laborieuse.

Au XVIIème, le statut et la place de l'enfant commencent à évoluer, avec la création par Saint Vincent de Paul de l'Ordre des Filles de la charité en 1633 puis de l'hôpital des Enfants-Trouvés, en 1638, qui prend en charge les enfants abandonnés. Mais il faut attendre le Siècle des lumières et Jean-Jacques Rousseau pour que l'enfant soit regardé comme une personne ayant sa valeur propre et comme un être plein de potentialité [2].

La première vraie description médicale de mauvais traitements envers les enfants date du XIXème siècle et est l'œuvre d'Ambroise Tardieu, médecin légiste français, doyen de la faculté de médecine de Paris et président de l'Académie nationale de médecine. En 1860, il publie son « étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants » [3] dans la revue « Annales d'hygiène publique et de médecine légale », basée sur l'analyse de 32 cas. Cette première description clinique évoque « ces faits qualifiés de sévices et mauvais traitements, et dont les enfants sont plus particulièrement victimes de la part de leurs parents, de leurs maîtres, de ceux en un mot qui exercent sur eux une autorité plus ou moins directe ». Ambroise Tardieu y décrit les différentes formes de maltraitance, « extrêmement varié[e]s » et dont « il est impossible d'en prévoir les formes », citant les différents sévices corporels et les « privations en tous genres », touchant la plupart du temps « de très jeunes enfants ».

Mais il faudra attendre encore un siècle pour que la communauté médicale ne soit alertée par plusieurs médecins. Au début du XXème siècle, « l'idée que des parents puissent maltraiter leurs enfants fut difficile à accepter par les médecins » [4]. Le Dr John Caffey, radiologue pédiatre américain, puis son assistant, le Dr Frederic Silverman se sont intéressés aux lésions osseuses spécifiques provoquées par des violences physiques. Enfin, en 1962, un autre pionnier, le Dr Henry Kempe, pédiatre dans le Colorado, publie avec Silverman l'article « The battered-child syndrome » [5] qui ouvre la voie à la reconnaissance médicale et scientifique du syndrome des enfants battus. La fin du XXème siècle marque alors le début d'une prise de conscience collective et la prise en charge institutionnelle de la maltraitance infantile.

2. Définitions de la maltraitance infantile

Le mot « maltraiter » fait son apparition vers 1550, signifiant « traiter durement » ou « traiter avec violence ». Il est issu du latin « tractare », dans le sens de « traîner violemment, mener difficilement », le suffixe « mal » mettant l'accent sur l'aspect mauvais dans l'action de traiter l'autre. Le mot de « maltraitance » apparaît, quant à lui, beaucoup plus tardivement. Le dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, indique la date de 1987 et désigne

« les mauvais traitements infligés aux enfants » [6]. Jusque-là, les termes de « violences », « mauvais traitements », « sévices », « châtements » ou encore « enfants battus », popularisés par l'article de Kempe et Silverman en 1962, étaient les plus utilisés. Le terme de maltraitance s'appliquait initialement aux enfants, ce n'est que très récemment que le mot maltraitance s'est étendu aux personnes âgées ou autre groupe de personnes vulnérables.

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a défini, en 1999, la maltraitance infantile comme « les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'étend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » [7]. Cette définition de la maltraitance suppose donc l'existence d'un rapport d'autorité entre l'enfant et son agresseur.

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) définit la maltraitance [8] comme « le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) » en s'appuyant sur l'article 375 du Code civil [9].

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) distingue au sein des enfants en danger, les enfants maltraités et les enfants en risque [10]. L'enfant maltraité est l'enfant « victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». L'enfant en risque est, quant à lui, « celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. » Ces définitions, contrairement à celle de l'OMS, n'introduisent pas la notion d'autorité ou autre information sur le potentiel agresseur. Ce sont ces notions qui sont les plus consensuelles actuellement en France.

3. Différents types de maltraitance infantile

Selon l'OMS [7] et l'ODAS [10], la maltraitance infantile peut prendre différentes formes, dont les conséquences sont graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant. On distingue quatre types majeurs de maltraitance infantile, dont les symptômes variés, et parfois évocateurs, ont été bien décrits par deux médecins français dans un article paru en 2003 dans la Revue du Praticien [11] ainsi que dans la fiche mémo publiée par la HAS en 2014 et remise à jour en 2017 [8] :

- Les violences physiques : actes qui entraînent des dommages corporels ou risquent d'en entraîner. On y retrouve les lésions cutanées (ecchymoses, hématomes, plaies, alopecie, plaies endo-buccales, morsures), les brûlures (brûlures par immersion, par contact direct, par cigarette, par objet porté au rouge), les fractures (dont le syndrome de Silverman), les atteintes craniocérébrales avec parfois atteintes ophtalmologiques (pouvant évoquer un syndrome du bébé secoué) et enfin les lésions viscérales. La multiplicité des lésions, d'âges différents, et leurs localisations inhabituelles, présentées sur la figure 1 [12], doivent alerter le médecin, notamment chez les jeunes enfants avant l'âge de la marche. Le retard entre l'apparition des symptômes et la consultation ainsi que la non-concordance des

constatations cliniques et des explications données par les parents, souvent confuses et évasives, sont des signes d'alerte à ne pas négliger.

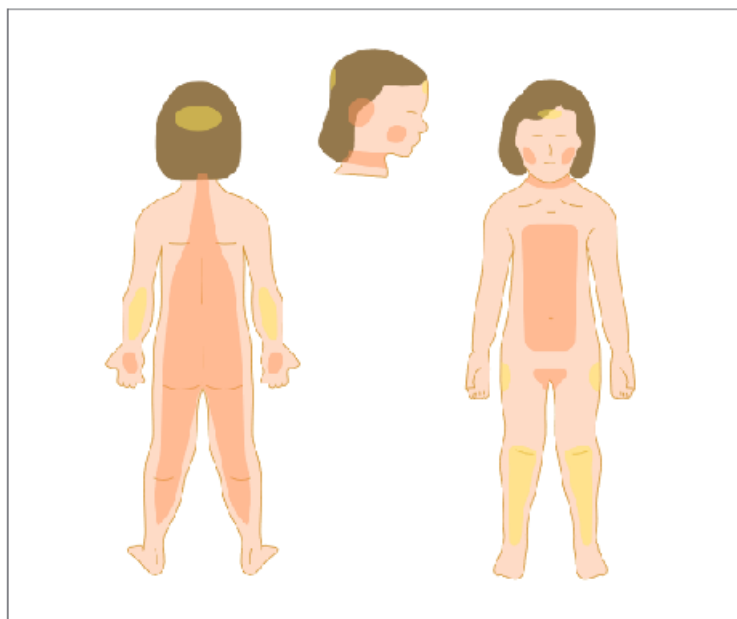


Figure 1 : Localisations habituelles de traumatologie de l'enfant (jaune) et suspectes de lésions infligées (orange)

- Les violences psychologiques graves : exposition répétée de l'enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique (humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter). Celles-ci entraînent des troubles du comportement de l'enfant (apathie, tristesse, terreur, agressivité, dévalorisation), des troubles des conduites sociales (isolement, évitement des contacts ou au contraire attachement trop rapide, provocation), des troubles psychosomatiques (troubles des conduites alimentaires ou du sommeil, énurésie, encoprésie). C'est le changement du caractère habituel de l'enfant qui doit alerter le soignant, parfois signalé par le milieu scolaire, la famille, le cercle d'amis.
- Les violences sexuelles : participation de l'enfant à des activités sexuelles inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel, sous la contrainte, par violence ou par séduction, ou transgressant les tabous sociaux. Ces violences peuvent être à l'origine de lésions traumatiques ano-génitales, parfois associées à d'autres signes de violences physiques (strangulation, contention, ecchymoses), de plaintes somatiques (douleurs abdominales, infections urinaires récidivantes, vaginites chez la petite fille), de troubles des conduites (masturbation compulsive, rituels de lavage des organes génitaux, préoccupation sexuelle et connaissances inappropriées à l'âge de l'enfant), de troubles psychosomatiques (énurésie, encoprésie, constipation, anorexie, obésité, terreurs nocturnes), de troubles du comportement (dépression, repli, fugue, automutilations voire tentatives de suicides), de maladies sexuelles transmissibles ou d'une grossesse. L'examen d'une victime d'abus sexuel avec pénétration datant de moins de 72h est une urgence médico-légale.
- Les négligences lourdes : non-satisfaction des besoins physiologiques et primaires de l'enfant (physiques, affectifs, médicaux, dentaires, éducatifs) qui peuvent se signer par une dénutrition, une hypotrophie staturo-pondérale, un nanisme psycho-social, qui se corrigent souvent lors de l'hospitalisation de l'enfant (éliminant une pathologie organique sous-

jacente), un retard du développement psychomoteur chez un nourrisson non stimulé, les conséquences de la non-dispensation des soins pour les enfants qui en ont besoin. La répétition d'accidents ou d'intoxications doit également faire évoquer ce diagnostic.

L'OMS signale également qu'on peut parfois considérer « comme forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes » [7]. L'exposition aux violences conjugales a progressivement été reconnue comme faisant partie intégrante des maltraitances infantiles mais sa reconnaissance comme une forme isolée fait encore débat selon les auteurs. Par ailleurs, certaines formes particulières de maltraitance méritent qu'on s'y arrête et sont développées ci-après.

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par des mouvements de translations et de rotations brutales de la tête, sans choc crânien direct. Les traumatismes crâniens « représentent la première cause de décès chez le nourrisson maltraité » [11]. Il touche des enfants de moins d'un an et majoritairement de moins de 6 mois. La récurrence du secouement est très élevée, avec au moins 50% des bébés secoués qui l'ont été de manière répétée [8]. Cela peut provoquer un tableau de souffrance neurologique aiguë, un malaise grave, des signes neurologiques, une pâleur, une augmentation de la vitesse de croissance du périmètre crânien, des vomissements, une stagnation pondérale, une modification du comportement (irritabilité, troubles du sommeil ou de l'alimentation). L'association d'un hématome sous-dural à l'imagerie et de fractures des arcs postérieurs des côtes, déjà décrite par John Caffey en 1964 [4], est évocatrice de ce syndrome. On retrouve également fréquemment des anomalies au fond d'œil lorsqu'il est réalisé.

Le syndrome de Munchhausen par procuration est un trouble factice imposé à autrui dans le cadre d'une maladie psychiatrique chez l'adulte qui va provoquer des symptômes ou une maladie chez l'enfant. En 1987, Rosenberg a établi 4 critères pour aider au diagnostic de cette forme de maltraitance [13] : maladie simulée ou produite délibérément par un parent sur son enfant (fausse allégation, falsification des données, induction de symptômes), investigations médicales répétées demandées, déni de la cause des symptômes par l'adulte et enfin amendement des symptômes lorsque l'enfant est séparé de l'adulte responsable.

Le syndrome de Silverman, décrit initialement par le radiologue pédiatre américain du même nom en 1953, est un syndrome radiologique caractérisé par des lésions osseuses multiples, d'âges différentes, associant des signes tels que cals osseux importants, réactions périostées, arrachements des coins métaphysaires. Il est souvent à tort utilisé pour désigner l'ensemble des violences physiques subies par l'enfant. Les fractures de l'arc postérieur d'une côte (rarissime en dehors de violences, surtout intéressant plusieurs côtes), des épineuses et des apophyses transverses des vertèbres, les fractures sternales, de l'acromion avec arrachement de l'extrémité de la clavicule, des os du crâne en particulier de l'os occipital ou les fractures spiroïdes des os long sont évocatrices de sévices. Il est important de signaler que « avant l'âge de 2 ans, la symptomatologie est souvent fruste et les radiographies du squelette complet doivent être systématiques » devant une suspicion de fracture [11].

4. Epidémiologie de la maltraitance infantile

Il est actuellement très difficile de connaître le nombre d'enfants maltraités ou à risque de l'être. Les données à disposition des pouvoirs publics sont insuffisantes pour établir une prévalence précise et les chiffres sont très probablement largement sous-estimés.

Au niveau mondial, l'OMS [14] signale des estimations variables selon les pays et les méthodes de recherche utilisées. Cependant certaines études internationales révèlent « qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance » ! A ce chiffre s'ajoute celui des violences sexuelles subies dans l'enfance et rapportées par une femme adulte sur cinq et un homme adulte sur 13. Dans les situations de conflits armés ou de population réfugiée, les jeunes filles sont particulièrement exposées à ce type de maltraitance.

Concernant les pays à haut niveau de revenus, Gilbert R et al ont publié en 2009 un article dans le journal The Lancet [15] qui fait actuellement référence. La première constatation est flagrante et met en évidence le fossé entre les chiffres officiels enregistrés dans ces pays et les résultats des études réalisées par questionnaire auprès des enfants devenus adultes et/ou des parents, avec des chiffres de maltraitance dix fois plus élevés lors des questionnaires. On retiendra le pourcentage de 4 à 16% d'enfants exposés à des violences physiques chaque année et 10% d'enfants négligés ou psychologiquement maltraités. De plus, 5 à 10% des filles et jusqu'à 5% des garçons subissent un abus sexuel avec acte de pénétration au cours de leur enfance et trois fois plus d'enfants sont exposés à d'autres actes d'abus sexuels. Les auteurs estiment qu'au moins 80% des actes de maltraitance sont réalisés par les parents ou les représentants de l'autorité parentale, en dehors des abus sexuels qui sont plus souvent perpétrés par des connaissances ou d'autres membres de la famille. Par ailleurs, pour la zone Europe, en 2013, l'OMS [16] estime, après une revue systématique de 50 études européennes, que 22.9% des enfants souffrent de maltraitance physique, 29.1% de maltraitance psychologique, alors que la maltraitance sexuelle concerne 13.9% des filles et 5.7% des garçons.

En France, il est compliqué de trouver des données fiables et non contradictoires concernant la maltraitance infantile. En effet, il n'existe pas de données nationales exhaustives qui permettent une surveillance épidémiologique de la maltraitance infantile. L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) publie chaque année une estimation du nombre de mineurs et de jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance au 31 décembre de l'année en cours, à partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et du ministère de la Justice (tribunaux pour enfants). Ainsi au 31 décembre 2018 [17], 306 800 mineurs bénéficiaient d'au moins une mesure du dispositif de protection de l'enfance, ce qui représente 21% des mineurs en France, chiffre en constante augmentation sur les dix dernières années, comme nous le montre la figure 2. Ces données bien que précises ne révèlent que la maltraitance portée à la connaissance des services administratifs et judiciaires et semblent donc être largement sous-estimées. Aucune étude épidémiologique nationale française recensant les enfants maltraités n'a été publiée ces dernières années.

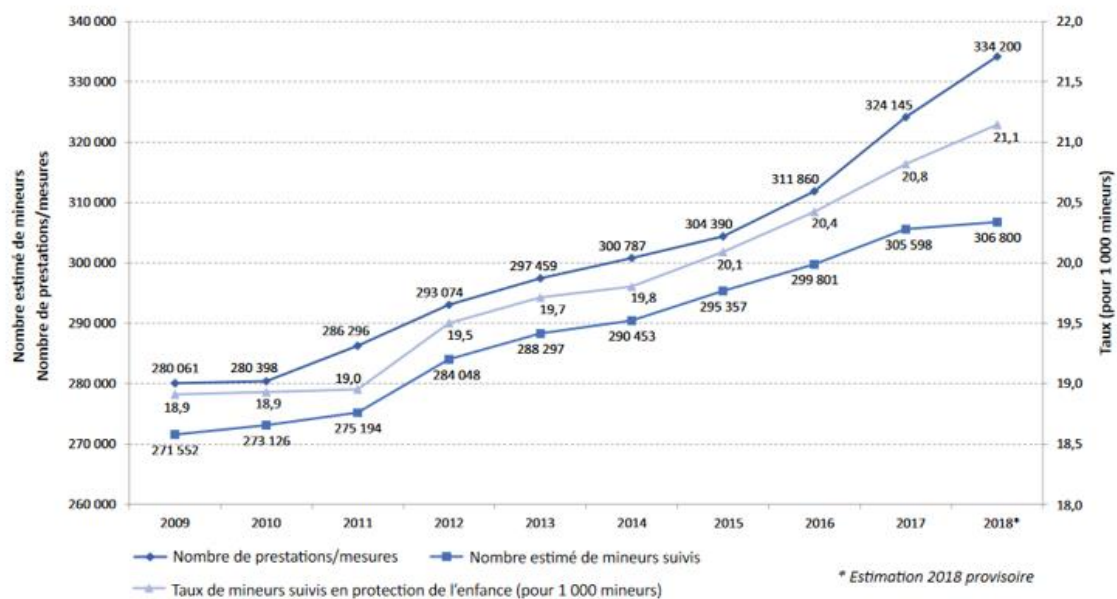


Figure 2 : Evolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance de 2009 à 2018

Dans un ouvrage publié en 2010 [18], Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste et directeur de recherche à l'Inserm, évoque un pourcentage similaire aux conclusions de l'article du Lancet, à savoir qu'environ 10% des enfants sont probablement maltraités, de nos jours, toutes classes sociales confondues. Elle révèle également les résultats d'une étude rétrospective menée par son équipe de l'Inserm sur les morts suspectes des enfants de moins d'un an sur une période de cinq ans. Les résultats pointent notamment une large sous-estimation de la maltraitance infantile en France avec 255 homicides d'enfants de moins d'un an par an retrouvés par l'étude contre seulement 17 répertoriés comme tels au cours de la même période dans les statistiques officielles.

5. Textes législatifs fondateurs de la protection de l'enfance

La première loi qui introduit « la déchéance de la puissance paternelle » est la loi du 24 juillet 1889 qui assure « la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés » [2]. C'est la première fois qu'on protège les enfants de leurs propres parents qui peuvent être pénalement sanctionnés, et qu'est introduite la notion de protection de l'enfance, avec des enfants qui peuvent être retirés de leur milieu familial et confiés à une œuvre ou à l'Assistance publique. La mise en place d'une législation spécifique commence à partir de ce moment-là avec plusieurs lois promulguées dans les décennies suivantes, notamment en 1898 avec une loi prévoyant la répression des actes de cruauté à l'encontre des enfants. A partir de 1945, au sortir de la seconde guerre mondiale, la construction du système français de protection de l'enfance avance avec la multiplication de lois et de décrets. L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante prône la protection et l'éducation sur la répression et la punition. Elle instaure les juges pour enfants qui mettent en place mesures éducatives et suivi des enfants. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont fondés la même année.

L'ordonnance du 23 décembre 1958 sur la protection judiciaire de l'enfance en danger, complétée par le décret du 7 janvier 1959 sur la protection sociale de l'enfance en danger introduit la notion d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) ; l'idée d'une collaboration entre les parents et le juge domine avec pour objectif d'obtenir l'adhésion des parents à la mesure. Puis, dans les années 1980, des textes relatifs aux droits des familles, à l'autorité parentale, à la protection des mineurs ou à la coordination des services en particulier celui de l'aide sociale à l'enfance (ASE) paraissent mais n'ont malheureusement pas l'impact escompté. La loi du 10 juillet 1989 relative « à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance » précise les modalités de signalement des cas de maltraitance et crée le numéro d'urgence pour les enfants en danger, le 119.

Récemment, c'est la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 [19] qui réforme la protection de l'enfance, créant les observatoires départementaux de protection de l'enfance (ODPE) et renforçant les missions de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), créé en 2004, qui prend désormais le nom d'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE). Cette loi, complétée ultérieurement par plusieurs décrets, modifie des articles du Code de l'action sociale et des familles, du Code civil et du Code de l'éducation. L'accent est mis sur la notion d'enfant en danger et sur la transmission et le traitement des informations préoccupantes. La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 [20] vient renforcer et modifier ce dispositif en centrant le dispositif sur l'enfant lui-même et le suivi de son parcours et en améliorant la cohésion des institutions.

Actuellement, l'article 375 du Code civil [9] préconise que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur lui-même ou du ministère public ». L'article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles [21], quant à lui, charge le service de l'ASE d' « apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs qu'à leur famille ou tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans », ce qui complète l'article du Code civil, en étendant la notion des enfants devant être protégés. Enfin, le Code pénal (article 222 et 227) [22, 23] définit les peines encourues en cas de maltraitance sur un mineur en fonction du type de maltraitance, de l'âge de l'enfant (plus ou moins de 15 ans), des conséquences fonctionnelles (en fonction de l'incapacité totale temporaire ou si les violences ont entraîné la mort de l'enfant ou sa mutilation).

6. Organismes de la protection de l'enfance

La Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France l'année suivante [24], rappelle dans son préambule que les enfants ont « le droit à une aide et une assistance spéciales », et ont « besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée », tout en sachant que le milieu familial est le plus propice au développement de l'enfant et doit en ce sens « recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin ». Cette convention permet de comprendre la

nécessité d'un système de protection de l'enfance en France. Le but du système de protection de l'enfance est défini par le Code de l'action sociale et des familles comme la prévention des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés et l'accompagnement de ces familles avec si besoin une prise en charge partielle ou totale des enfants par un ensemble d'interventions en faveur des mineurs et de leurs parents [25]. Ce système a été profondément réformé par la loi du 5 mars 2007 dans laquelle l'accent est mis sur la prévention.

La protection de l'enfant est une responsabilité à trois niveaux : la protection parentale via l'autorité parentale qui est définie par le Code civil comme « un ensemble de droits et de devoirs », la protection administrative ou sociale sous la responsabilité du président du conseil départemental, lorsque une fragilité parentale et/ou une mise en danger de l'enfant est repérée et enfin la protection judiciaire sous la responsabilité du procureur de la République et du ministère de la Justice, lorsque l'adhésion des parents ne peut être obtenue ou lors d'un danger grave et/ou immédiat. La protection administrative de l'enfance s'articule autour de trois services : l'ASE, la PMI qui assure la protection sanitaire des mères et des enfants de moins de 6 ans, et enfin le service social polyvalent.

En cas de défaillance de la cellule familiale ou devant une situation à risque (difficultés éducatives, socio-économiques ou autre), des mesures d'accompagnement des familles à leur domicile et/ou de prise en charge partielle ou totale, parfois en urgence, des enfants vont être mises en place par l'ASE. Il peut s'agir d'aide à la gestion du budget familial, aide financière, aide éducative à domicile (AED) (à l'initiative des parents), AEMO (sur ordre du juge des enfants). Le but est de maintenir au maximum l'enfant dans son milieu familial. En cas d'échec de ces mesures, des mesures de placement peuvent être prononcées par le juge des enfants.

Le groupement d'intérêt public Enfance en danger [26], financé par l'Etat et les départements, a été constitué afin de gérer deux entités, renforcées par la loi du 5 mars 2007 :

- l'ONPE, créé en 2004. Il a pour objectif de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter ». Il exerce principalement trois types de missions : amélioration des connaissances en termes de mise en danger et protection de l'enfance (données chiffrées, études, participation à la recherche), valorisation des pratiques concluantes de protection de l'enfance (prévention, intervention) et enfin soutien des acteurs de protection de l'enfance. Un rapport annuel est présenté au Gouvernement et au Parlement.
- le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED), créé par la loi du 10 juillet 1989. Ce service gère le numéro d'urgence 119 destiné à accueillir les appels d'enfants en danger (ou en situation à risque) ou d'adultes confrontés ou préoccupés par ce type de situation (entourage familial, éducateurs, enseignants, voisins...). C'est un numéro national, permanent, gratuit et respectant la confidentialité qui vise à conseiller et soutenir. Cette mission de prévention et de protection via ce numéro d'urgence est complétée par une mission de transmission. Le SNATED peut en effet constituer une information préoccupante (IP) si cela est nécessaire et la transmettre à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP), service départemental dédié, voire un signalement qui sera transmis directement au procureur de la République selon la gravité des faits.

7. Transmission d'une information préoccupante

La notion d'information préoccupante est introduite par la loi du 5 mars 2007 [19] qui la distingue du signalement destiné au procureur de la République, magistrat du parquet. L'ONED définit l'IP comme étant « constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur » [27]. L'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles [28] définit cette IP comme « une information transmise à la cellule départementale [...] 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 ». Il s'agit donc d'une information transmise au président du conseil départemental, qui est désormais le pivot du système de protection de l'enfance, via la CRIP. Les CRIP sont au centre du dispositif créé par la loi de 2007. Elles sont pluridisciplinaires et centralisent toutes les informations reçues, les évaluent et mettent en route différentes actions en fonction des résultats d'enquête. Elles ont également un rôle de conseil auprès des professionnels de santé ou de l'enfance qui peuvent prendre contact avec elle en cas de besoin. Elles travaillent également avec le SNATED qui peut leur transmettre directement des IP suite à des appels reçus [27].

L'article de loi [28] rappelle que « 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 ». Ainsi, la sonnette d'alarme doit être tirée à chaque fois qu'une enquête sociale semble nécessaire, le médecin (ou tout autre personne) porte à la connaissance de la CRIP, non pas ses certitudes, mais ses appréhensions, ce n'est pas lui l'enquêteur. L'accord des parents doit être recherché dans la mesure du possible car son adhésion au projet est primordiale. Cela doit être compris comme une démarche d'aide et non de sanction pour les familles. La transmission de ces informations doit être la plus claire possible, sans jugement de valeur ni mise en cause d'un tiers. Elle peut être rédigée sur papier libre, sur le formulaire du conseil départemental ou encore par mail ou par téléphone directement.

Suite à la réception d'une IP par la CRIP, une évaluation de la situation de l'enfant va être mise en place par les services départementaux appropriés (service social, médical, psychologique...). Elle comprend plusieurs étapes bien détaillées dans le guide juridique éditée par l'association Enfance et Partage en 2014 [29] :

- Rencontre avec la famille : une rencontre avec l'enfant concerné est nécessaire et indispensable, ainsi qu'avec au moins un des parents. Il s'agit d'expliquer le cadre légal de l'intervention, les inquiétudes concernant le mineur, les informations reçues par la CRIP, ainsi que les interventions à réaliser pour l'évaluation.
- Evaluation multidisciplinaire de la situation : l'enfant, les membres de sa famille, l'entourage ainsi que les professionnels en contact avec lui (médecin, enseignant...) pourront être entendus à cette occasion. Il s'agit également de recouper les informations avec les éléments déjà recensés si la situation est connue des services sociaux.
- Etablissement d'un rapport : Celui-ci regroupe tous les éléments nécessaires à la compréhension de la situation de l'enfant, en vue de prendre une décision appropriée.

Cette évaluation pourra aboutir, dans un délai de 3 mois maximum, à différents types d'aides selon les informations recueillies :

- Classement sans suite si aucun danger ou risque de danger n'est décelé
- Accompagnement social
- Accompagnement en économie sociale et familiale
- Mesure de protection administrative (aide financière par exemple)
- AED
- Accueil de l'enfant (en établissement, chez un assistant familial...).

Ces mesures nécessitent obligatoirement l'adhésion de la famille car aucune mesure administrative ne peut être mise en œuvre sans ce consentement. En cas de refus de la famille ou de danger avéré, une saisie des autorités judiciaires peut être décidée, comme le résume la figure 3 [30]. À tout moment, l'IP peut donc être réévaluée sous forme de signalement et transmise au procureur de la République.

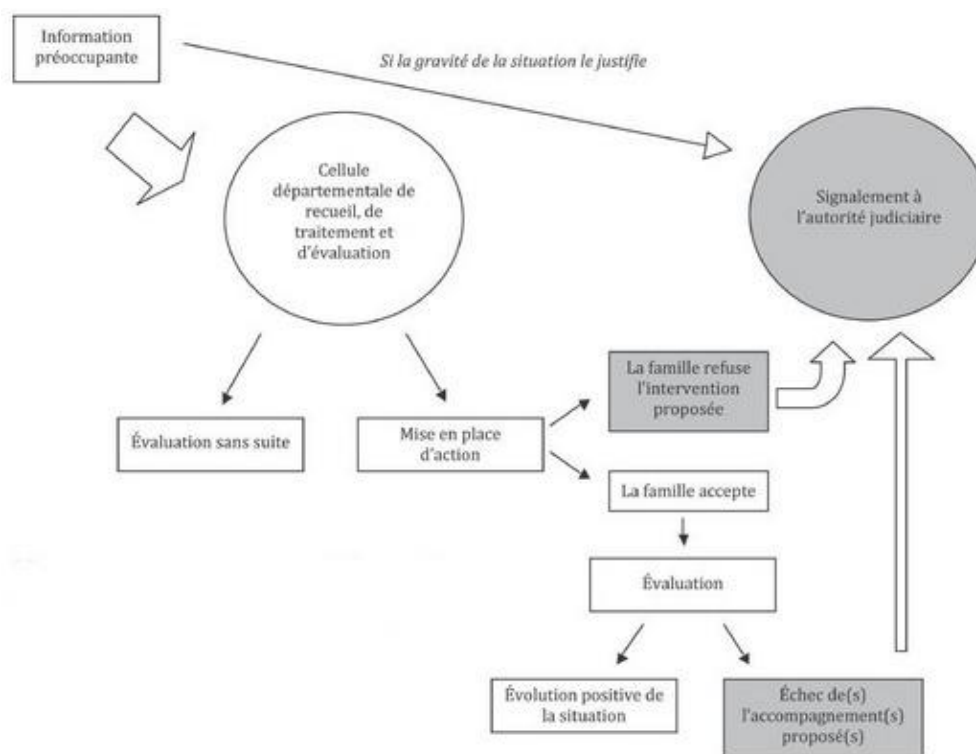


Figure 3 : Transmission d'une information préoccupante et ses débouchés

A la réception de l'IP ainsi qu'à l'issue des procédures, quelles que soient les conclusions, la CRIP est tenue d'informer les personnes à l'origine de la transmission des IP.

8. Transmission d'un signalement

Le signalement est un terme juridique qui désigne la transmission au procureur de la République « des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger

un mineur ou un majeur qui, en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, n'est pas en mesure de se protéger » [27]. Le signalement doit être effectué directement auprès du procureur, joignable 24h sur 24, si les faits sont graves et/ou urgents (séviesses sexuels, violences graves...). Il ne s'agit pas d'un certificat mais d'une transmission écrite par l'intermédiaire d'un signalement type (Annexes 2 et 3), remise au procureur par fax et/ou courrier avec accusé de réception, éventuellement associé à un signalement téléphonique dans l'urgence. Le modèle type de signalement, élaboré « en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de la protection de l'enfance », est accessible sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins [31]. A la différence de l'IP qui peut être orale, le signalement nécessite obligatoirement une transmission écrite.

Le signalement ne doit contenir aucune interprétation et doit rester factuel. Il décrit la situation objectivement, uniquement en fonction des faits observés ou des propos entendus, qui doivent être rapportés entre guillemets et au conditionnel. Il ne présume pas de l'identité de la personne maltraitante et ne doit jamais mettre en cause un tiers. Cet écrit ne doit être transmis qu'au procureur (avec une copie à la CRIP). Il s'agit d'une pièce du dossier judiciaire et non du dossier médical, et à ce titre ne pourra en aucun cas être remis à la famille ou à un tiers. Le médecin en conservera en revanche une copie dans son dossier. Il n'est pas nécessaire d'obtenir l'accord du patient dans le cas d'un mineur mais il est préférable d'en informer la famille, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Le procureur de la République est un magistrat du parquet (ou Ministère public), aussi appelé magistrature debout, qui a pour fonction de représenter la société. Il est soumis au ministère de la Justice et ne juge pas les affaires, il doit défendre les intérêts de la société et veiller à l'application des lois. La magistrature debout (les procureurs et substituts) constitue, avec la magistrature du Siècle ou assise (les juges et présidents) le tribunal de grande instance (TGI), devenu depuis le 1^{er} janvier 2020, le tribunal judiciaire (TJ), composé de plusieurs chambres (chambre civile, chambre correctionnelle...) et de juges spécialisés (juge des enfants, juge aux affaires familiales, juge des libertés et de la détention, juge d'instruction, etc)

Suite à la réception d'un signalement, le procureur, représentant de l'autorité judiciaire, peut décider d'un classement sans suite, d'une réévaluation sous forme d'IP, de l'ouverture d'une procédure civile pour faire cesser le danger et/ou d'une procédure pénale pour poursuivre les auteurs des faits [29].

- La procédure civile en vue de protéger l'enfant peut aboutir, selon les situations, à une ordonnance de placement provisoire (OPP) en cas d'urgence et de danger immédiat (avec saisine du juge des enfants dans les 8 jours), une évaluation de la situation par le service éducatif du tribunal ou encore la saisine du juge des enfants (qui s'occupe des mineurs en danger et des mineurs délinquants) pour ouverture d'un dossier d'assistance éducative qui pourra aboutir à l'issue des audiences et de la procédure à différentes décisions :
 - Mesure judiciaire d'investigation éducative qui étudie les conditions de vie et la personnalité des parents et de l'enfant.
 - AEMO avec un maintien de l'enfant dans sa famille et un accompagnement ou des obligations particulières
 - Aide à la gestion du budget familial si les prestations familiales ne sont pas employées pour les besoins de l'enfant

- Placement de l'enfant en dernier recours pour soustraire l'enfant à son milieu familial.
- Non-lieu en assistance éducative
- La procédure pénale est mise en place lorsque les faits peuvent relever d'une infraction. Une enquête de police ou de gendarmerie est alors déclenchée, via la brigade de protection des mineurs par exemple, qui pourra aboutir à :
 - Mesures alternatives aux poursuites : mesure d'aide ou de réparation, rappel à la loi, médiation...
 - Poursuites avec procès (tribunal correctionnel ou cour d'assises) et si besoin désignation d'un administrateur ad hoc, représentant de l'enfant lorsque ses représentants légaux sont eux-mêmes impliqués.
 - Classement sans suite.

A l'instar du président du conseil départemental qui reçoit les IP, le procureur de la République a l'obligation d'informer la personne à l'origine du signalement des suites réservées à ce signalement.

Les conséquences possibles suite à la transmission d'une IP ou d'un signalement sont résumées dans la figure suivante, issue du guide juridique de l'association Enfance et Partage [29] :

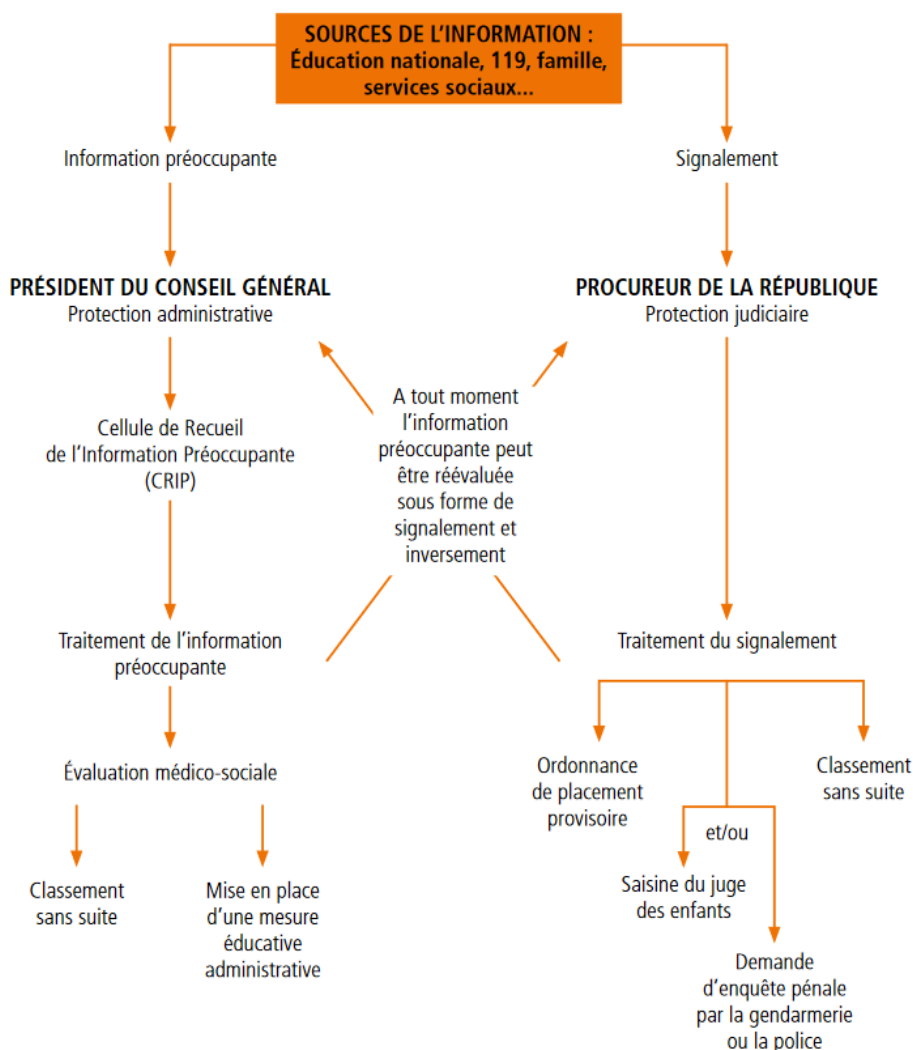


Figure 4 : Conséquences possibles d'un signalement ou d'une IP

9. Place du médecin généraliste

Tout médecin, comme n'importe quel citoyen, a l'obligation de porter assistance à une personne en danger. Cela est défini, comme suit, par l'article 223-6 du Code pénal [32] : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour des 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 des tiers, il pouvait lui prêter soit par son action, soit en provoquant un secours ». Les peines sont majorées lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans (sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende). Cet article est complété par l'article 434-3 du Code pénal [33] : « Le fait, pour quiconque, ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur [...], de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ». De même, les peines sont majorées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans.

Cette obligation de signalement est renforcée pour les médecins par l'article 44 du Code de déontologie médicale [34] qui rappelle que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne [...] 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. Lorsqu'il s'agit d'un mineur [...], il alerte les autorités judiciaires ou administratives sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. »

L'obligation de signaler pour le médecin est donc tout à la fois pénale et déontologique. Pour cela, une dérogation légale au secret médical (imposé aux médecins par l'article 226-13 du Code pénal) est introduite par l'article 226-14 [35], mettant à l'abri le médecin d'une éventuelle poursuite pour violation du secret médical : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° 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 [...];

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 [...], 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 les violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur [...], son accord n'est pas nécessaire ; [...]. »

Ainsi, devant un cas de maltraitance constatée ou présumée, le médecin se doit de le signaler aux autorités compétentes. De plus, si ce signalement est établi « de bonne foi » [32], dans les conditions prévues, sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire ne peut être engagée.

Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007 autorise un partage d'informations, dans des conditions précises. Ceci est rappelé dans le Code de l'action sociale et des familles comme

suit [36] : « Les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance [...] ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret ». Ceci a pour but « d'évaluer une situation personnelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier ». Ce partage d'informations doit être « limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance ». Enfin le représentant légal de l'autorité parentale voire l'enfant lui-même selon son degré de maturité doit être informé de ce partage d'informations au préalable « sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant ». Cela permet en outre de pouvoir effectuer une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant par les services départementaux. Ce partage n'est pas une obligation mais bien une possibilité pour les professionnels, dont les médecins [29].

Le médecin généraliste, en tant que médecin de famille, tient un rôle fondamental dans la prévention et le repérage des sévices sur mineurs. Les jeunes enfants étant soumis régulièrement à des examens médicaux (consultation de suivi, vaccinations, certificats médicaux...), les médecins libéraux se trouvent en première ligne pour détecter d'éventuelles violences ou négligences. Effectivement, avant 3 ans et leur entrée à l'école, les très jeunes enfants ne côtoient parfois que le cercle familial et amical, en dehors des médecins. Le Conseil de l'Ordre [27] rappelle que le médecin peut transmettre une IP dès qu'une enquête peut sembler nécessaire. Cela peut être le cas « s'il existe des troubles de la parentalité, [...] une suspicion d'addiction dans la famille », devant « un adolescent fugueur, ou au comportement particulier (radicalisation), un enfant pas ou mal vacciné » ou encore s'il est confronté à « des problèmes de moralité, de compromission des conditions d'éducation, de compromission du développement physique, affectif, intellectuel et social, de sécurité, de menace... ». Une IP peut même être transmise sur une simple « vague impression de dysfonctionnement au niveau de la cellule familiale qui pourrait nécessiter une aide ou des mesures destinées à protéger l'enfant ». De plus, si les mesures d'aides ou de protection déjà mises en œuvre ne semblent plus suffisantes pour aider l'enfant et le maintenir hors de danger, le médecin doit transmettre de nouveau l'information pour qu'une réévaluation ait lieu.

10.Actualités et contexte de l'étude

Malgré la position d'observateur privilégié du médecin, très peu de signalements proviennent du corps médical. La HAS [37], s'appuyant sur le Bulletin de l'Ordre des médecins de 2002, montre que « 2 à 5% des signalements seulement émanent du corps médical ». Parmi ces médecins, la plupart sont des médecins hospitaliers, une très faible part d'entre eux étant des médecins généralistes libéraux.

Le rapport d'information publié en 2014 par les sénatrices M. Dini et M. Meunier [38] rappelle que « les professionnels de santé, plus particulièrement les médecins (médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, etc.) sont un maillon essentiel de la protection de l'enfance ». Cependant « les chiffres relatifs aux IP transmises aux CRIP [...] témoignent de la très faible part que représente le secteur médical (hôpital, médecine de ville) dans les sources émettrices. Celui-ci 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 a été corroboré par de très nombreuses personnes auditionnées, y compris par les représentants des médecins eux-mêmes ». S'appuyant entre autres sur ce rapport, le premier plan triennal interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants [39] a été lancé par la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Laurence Rossignol, en mars 2017. L'axe 3 « Former pour mieux repérer » comporte notamment deux mesures en vue de favoriser le repérage des violences par les professionnels. Les mesures 11 et 12 visent donc à mettre en place un médecin référent des violences faites aux enfants dans chaque hôpital et à « dresser une cartographie des formations initiales et continues » en terme de maltraitance infantile reçues par les médecins afin de développer cette offre de formation.

A la suite de ce premier plan, Adrien Taquet, secrétaire d'Etat à la Protection de l'enfance auprès d'Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, a lancé le plan 2020-2022 contre les violences faites aux enfants [40] le 20 novembre 2019, à l'occasion du trentenaire de la Convention internationale des droits de l'enfant [24]. Le titre « Je veux en finir avec la violence. Et vous ? », ainsi que les cinq axes de ce plan « Ouvrez les yeux, parlez-moi », « Ecoutez-moi et agissez », « Où que j'aie, protégez-moi », « Aidez-moi à en sortir » et « Faites que ça n'arrive pas » ont été rédigés à la première personne pour insister sur l'importance de la parole de l'enfant. Ce plan rappelle que « les études statistiques et les recherches sur les violences faites aux enfants, si elles se développent, restent encore en deçà de ce qui permettrait de saisir le phénomène dans toute son ampleur ». « La complexité du phénomène à appréhender » appelle donc à une « mobilisation de toute la société et à la modification des pratiques ». Parmi les 22 mesures, on peut noter certaines mesures destinées à accompagner les professionnels dans le dépistage et le signalement d'éventuelles maltraitances, avec notamment la mise en place d'ici 2022 de deux équipes pédiatriques référentes des violences faites aux enfants par région, l'organisation de formations pluridisciplinaires pour renforcer la coopération des professionnels de terrain, le développement des unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques qui prennent le nom d' « unités d'accueil pédiatriques enfance en danger » ou encore l'amélioration du travail en réseau.

D'un point de vue local, depuis 2014, le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) a mis en place une filière de prise en charge des victimes de tous types de violences, en partenariat avec les services du procureur de la République de Bayonne et les services de police [41]. Par la suite, ce partenariat s'est développé avec la création de l'Institut médico-judiciaire au sein de l'hôpital. En décembre 2019, un protocole de coopération a été signé entre le directeur du CHCB, le procureur de la République de Bayonne, le chef de district de sécurité publique côte basque et le commandant de la gendarmerie départementale de Bayonne. Cette étroite collaboration permet de faciliter les enquêtes, signaler les cas de maltraitance ou de disparitions inquiétantes et de définir des professionnels référents pour chaque partenaire.

La filière de prise en charge des victimes du CHCB a abouti au début de l'année 2020 à l'inauguration de l'unité de victimologie (baptisée Uvie) dont l'activité se met en place au fur et à mesure de la constitution de l'équipe pluridisciplinaire (urgentiste, pédiatre, gynécologue, psychiatre, psychologue, assistante sociale). Tous types de violences y sont prises en charge dont la maltraitance des mineurs ou encore « les victimes collatérales repérées dans chaque situation comme les enfants témoins de violences conjugales ». Les enfants peuvent y être adressés par les différents services d'urgence, la PMI, les médecins libéraux, les travailleurs

sociaux... Cette unité travaille en lien avec l'association d'aide aux victimes Citoyenneté-Justice Pays Basque (ACJPB) qui a une mission d'accueil, de conseil, d'orientation et de soutien auprès des victimes et la Maison des Avocats de Bayonne qui permet des consultations gratuites. Ces deux associations œuvrent dans le réseau local pour apporter une aide aux victimes de violences d'un point de vue notamment juridique.

C'est donc dans ce contexte d'actualité que nous avons décidé d'élaborer ce travail de thèse afin de répondre à la question suivante : **Quels sont les freins rencontrés par les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français pour transmettre une information préoccupante ou un signalement devant un enfant en danger ou à risque de l'être ?**

L'objectif principal de l'étude est donc de faire un état des lieux des freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes libéraux pour signaler ou transmettre une information préoccupante, dans le territoire du Pays basque français. L'objectif secondaire est de est de comprendre ce qui peut être fait au niveau local pour aider les médecins généralistes et faciliter ces transmissions.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale rétrospective auprès des médecins généralistes installés en libéral dans le Pays basque français sur les freins rencontrés dans leur exercice pour signaler ou transmettre une IP devant un enfant maltraité ou à risque de l'être.

2. Population de l'étude

La population cible comprenait l'ensemble des médecins généralistes installés dans le Pays basque français, dans le département des Pyrénées-Atlantiques (64) en Nouvelle-Aquitaine, exerçant au moins une partie de leur activité en tant que médecin généraliste en libéral. Tous les médecins généralistes exerçant sur les territoires du Labourd (côte basque), de la Basse Navarre et de la Soule (Pays basque intérieur), en rural, semi-rural ou urbain, ont donc été inclus dans l'étude.

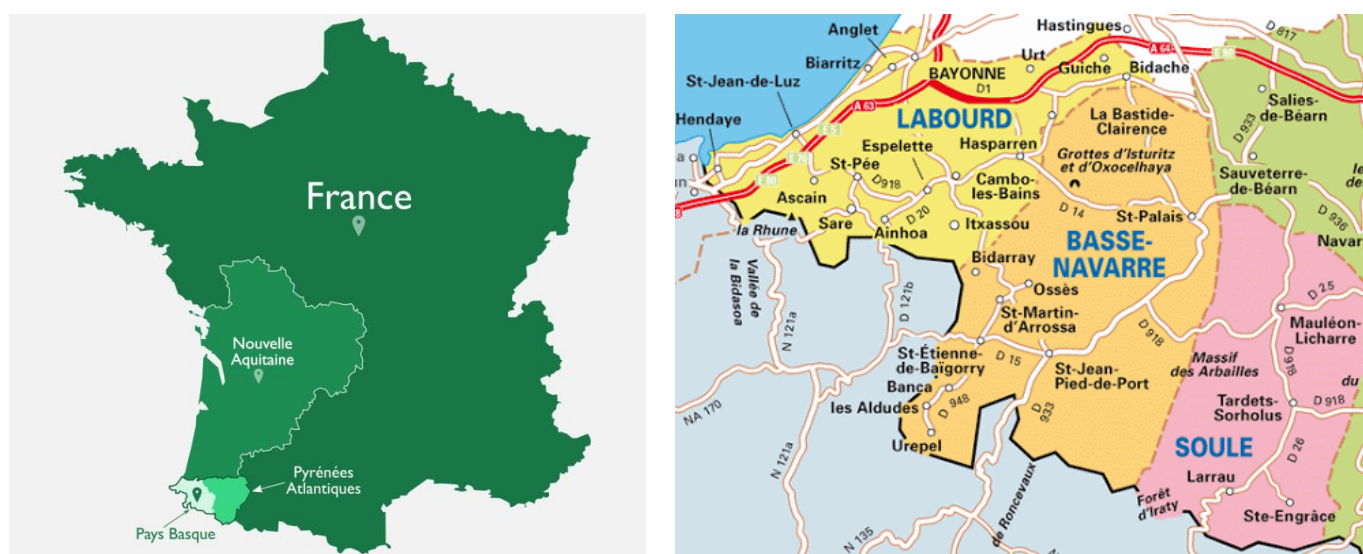


Figure 5 : Situation géographique et cartographie du Pays basque français

Les critères d'exclusion de l'étude étaient les suivants :

- Médecins généralistes exerçant exclusivement une activité salariée de structures de soins (centres hospitaliers, cliniques privées, soins de suite et de réadaptation, établissement français du sang, EPHAD...) ou de structures annexes (PMI, SOS médecin, sécurité sociale, médecine du travail...)
- Médecins généralistes exerçant une activité libérale exclusivement spécialisée (expertise médicale, médecine esthétique, médecine thermale, médecine du sport, nutrition, angiologie, allergologie, ostéopathie, acupuncture)
- Médecins généralistes remplaçants et médecins retraités n'exerçant plus.

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré en s'appuyant sur des thèses antérieures récentes déjà publiées sur le sujet, dans d'autres départements [42], dans d'autres spécialités médicales, comme chez des psychiatres d'Aquitaine [43] ou sur des sujets approchant traitant de la maltraitance infantile [44-48]. Il a été soumis initialement à un petit nombre de médecins afin d'évaluer la compréhension des questions et le temps de réponses aux questions.

Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré, composé de questions à choix simples ou multiples, principalement fermées pour permettre un temps de réponse le plus court possible et favoriser l'adhésion des médecins. Seules deux questions étaient ouvertes afin de recueillir le ressenti des médecins sans que ceux-ci soient influencés par les suggestions des questions fermées. Le questionnaire comportait 31 questions, divisées en 6 parties comme suit :

- Données socio-démographiques du médecin (sexe, âge, année d'installation, mode d'exercice, type de patientèle) : 6 questions fermées à choix simples
- Formation sur la maltraitance infantile (formation initiale et continue reçue, qualité de ces formations) : 4 questions fermées à choix simples
- Expérience personnelle concernant la maltraitance infantile (expériences de transmission d'un signalement ou d'une IP, absence de réalisation d'un signalement, aides potentielles) : 7 questions fermées à choix simples
- Questions ouvertes sur les freins aux signalements et aux IP et les aides possibles pour faciliter cette transmission : 2 questions ouvertes
- Freins relevés par les médecins pour signaler ou transmettre une IP : 9 questions fermées à choix multiples
- Aides envisageables pour faciliter ces démarches : 3 questions fermées à choix multiples

La durée estimée pour répondre aux questions par les médecins était inférieure à 10 minutes. Il était précisé en introduction du questionnaire que le but n'était pas de tester les connaissances des médecins mais bien de comprendre les différents freins que ceux-ci peuvent rencontrer concrètement en pratique de médecine générale. Une dernière section permettait aux médecins de partager librement leurs éventuelles remarques ou suggestions.

4. Recrutement des médecins généralistes

Les médecins généralistes du Pays basque ont été recensés en recoupant les données de l'annuaire de santé du site ameli.fr et du site des pages jaunes, après que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Bayonne, l'union régionale des professionnels de santé de Nouvelle-Aquitaine et le Conseil de l'Ordre des Pyrénées-Atlantiques, contacté à plusieurs reprises, n'ont pas souhaité communiquer la liste des médecins généralistes installés dans cette région.

Suite à ce recensement systématique, les médecins ne correspondant pas aux critères d'inclusion ont été exclus. Tous les médecins inclus ont ensuite été contactés par téléphone, directement ou via leur secrétariat, afin d'obtenir leur adresse mail en vue de l'envoi du questionnaire par voie électronique.

5. Recueil des données

Le recueil de données a eu lieu du 21 avril 2020 au 10 septembre 2020 à l'aide d'un questionnaire auto-administré en ligne. Il a été diffusé par mail à tous les médecins généralistes installés au Pays basque français exerçant en libéral, ayant accepté de nous communiquer leur adresse mail, via un formulaire Google Forms. Deux relances par mail ont été effectuées afin d'obtenir le plus de réponses possibles. Les réponses ont été directement informatisées par le formulaire dans un tableau Excel.

6. Analyse des données

Les données ont été analysées selon des statistiques descriptives. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et les variables quantitatives en moyenne.

Les données démographiques de l'échantillon ont été comparées à celles collectées par la CPAM en 2018 [49] dans le département des Pyrénées-Atlantiques (dont fait partie le Pays basque), car les chiffres ne sont pas disponibles pour le Pays basque seul, en termes de sexe et d'âge, afin de rendre compte de la représentativité de notre échantillon. Un test de Chi² a donc été effectué pour les effectifs supérieurs à 5 et un test de Fischer dans le cas contraire. Les différences étaient considérées comme significatives pour $p < 0.05$. Les analyses ont été menées sur Excel et Biostatgv.

Les réponses aux deux questions ouvertes ont été analysées selon une analyse de contenu descriptive systématique. Les réponses apportées ont été découpées en unités minimales de sens et regroupées en thèmes déterminés à partir des données et non définis à l'avance. Cet encodage a été réalisé en codage ouvert manuel et vérifié par un enquêteur externe.

Les représentations graphiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

7. Ethique

L'étude a été déclarée et acceptée auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés, via l'université de Bordeaux. La population étudiée étant uniquement des professionnels de santé sans travail d'expérimentation, nous n'avons pas eu besoin de demander l'accord du Comité de protection des personnes.

III. RESULTATS

1. Description de la population

1) Effectif total

Nous avons recensé 394 médecins généralistes installés en libéral au Pays basque suite à l'analyse des annuaires du site ameli.fr et des pages jaunes. Parmi ceux-ci, 53 médecins ont été exclus car ils ne pratiquaient pas de médecine générale (médecine spécialisée ou annexe), 18 se sont avérés être à la retraite ou en congé longue maladie et 3 numéros étaient non attribués (médecins probablement partis en retraite mais non référencés comme tel).

Les 320 médecins restants, constituant la population cible, ont été contactés par téléphone afin de récupérer leur adresse mail, directement, via leur secrétariat ou par le biais de connaissances. Suite à ces appels 10 personnes n'ont jamais répondu ou n'ont pas rappelé suite à un message laissé à leur secrétariat et enfin 8 médecins ont refusé de communiquer leur adresse mail (refus de participer aux thèses, non-intérêt, absence de cas de maltraitance dans leur patientèle) ou ont déclaré ne pas avoir d'adresse mail. Le nombre de médecins restants et contactés par mail suite aux exclusions ou aux refus était donc de 302, constituant la population effectivement observée (figure 6). Un total de 257 mails a été envoyé car certains étaient communs pour les cabinets de groupe.

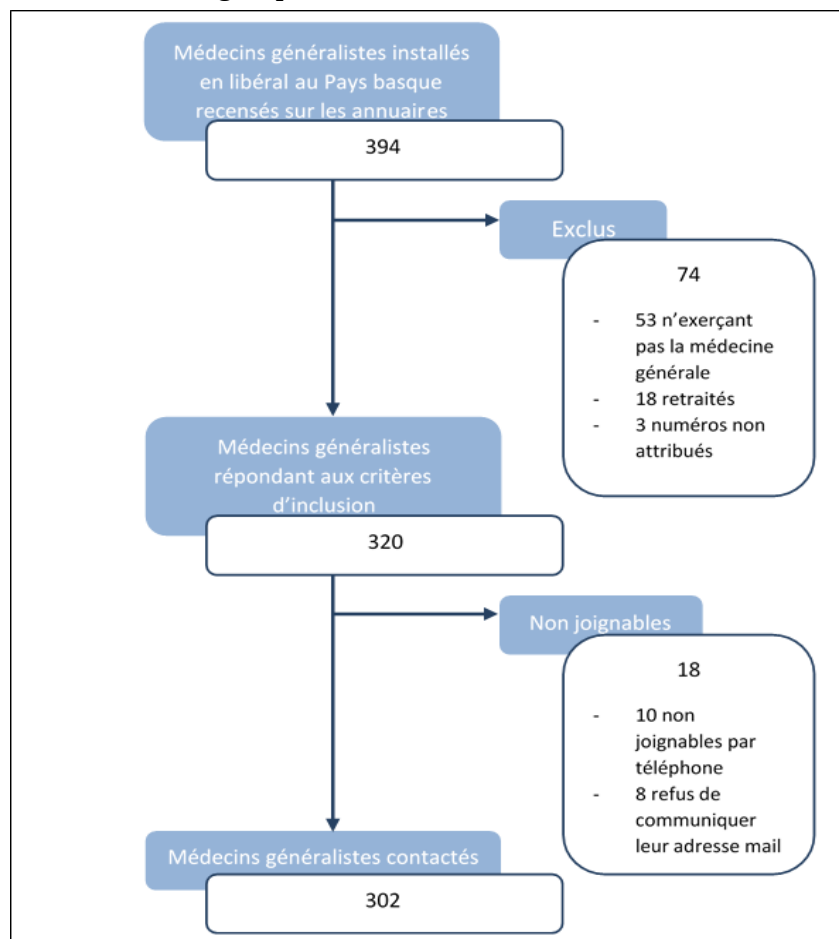


Figure 6 : Diagramme de flux

112 médecins ont répondu au questionnaire en ligne via le formulaire Google Forms, soit 35% de la population cible et 37,1% de la population effectivement contactée. Parmi ceux-ci, 9 médecins ont répondu de façon trop incomplète (réponses uniquement à la partie socio-démographique) et 5 ont rempli deux fois le questionnaire. Les 98 questionnaires restants ont donc été analysés, représentant 30,6% de la population cible et 32,5% de la population contactée.

2) Caractéristiques socio-démographiques de la population

Sur les 98 médecins généralistes ayant rempli correctement le questionnaire, 63 étaient des hommes et 35 des femmes. La moyenne d'âge des médecins était de 48,7 ans, avec des extrêmes allant de 28 à 75 ans. Les médecins étaient principalement installés depuis moins de 10 ans (38,8%). Leur lieu d'exercice était principalement urbain et l'immense majorité d'entre eux étaient installés en cabinet de groupe : avec des généralistes pour 78,6% (n=77), avec des paramédicaux pour 19,4% (n=19) et enfin avec des spécialistes pour 10,2% (n=10) dont un psychiatre pour un médecin. Aucun ne travaillait avec une assistante sociale. Enfin, 66,3% des médecins estimaient voir entre 5 et 25% d'enfants dans leur patientèle, alors qu'aucun n'estimait en voir plus de 50%. Les caractéristiques socio-démographiques précises des médecins est retranscrite dans le tableau ci-dessous.

	Effectif (n=98)	Pourcentage (%)
Sexe		
Homme	63	64,3
Femme	35	35,7
Age		
Moins de 30 ans	1	1,0
30 à 39 ans	27	27,6
40 à 49 ans	23	23,5
50 à 59 ans	26	26,5
60 à 69 ans	18	18,4
Plus de 70 ans	3	3,1
Année d'installation		
2010-2020	38	38,8
2000-2009	23	23,5
1990-1999	22	22,4
1980-1989	14	14,3
1970-1979	1	1,0
Lieu d'exercice		
Rural	23	23,5
Urbain	46	46,9
Péri-urbain	29	29,6
Installation		
Seul	17	17,3
En groupe	81	82,7
Part pédiatrique de la patientèle		
Moins de 5%	22	22,4
Entre 5 et 25%	65	66,3
Entre 25 et 50%	11	11,2
Plus de 50%	0	0,0

Figure 7 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

3) Représentativité de notre échantillon

Il s'est avéré que la part d'hommes (64.3%) et de femmes (35.7%) de notre échantillon était proche de celle retrouvée par la CPAM dans le département des Pyrénées-Atlantiques. L'âge moyen de notre échantillon (48,7 ans) était légèrement inférieur à celui de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques (51 ans). Les différents effectifs de médecins pour chaque tranche d'âge de l'échantillon et de la population des Pyrénées-Atlantiques ont été comparés dans le tableau ci-dessous. Il n'y a pas de différence significative pour chaque tranche d'âge ($p > 0.05$), exception faite des médecins de 30 à 39 ans qui sont plus représentés dans notre échantillon ($p < 0.05$).

	Pyrénées-Atlantiques	Echantillon	p-value
Sexe	N=1390	N=98	
Homme	891 (64,1%)	63 (64,3%)	0,97
Femme	499 (35,9%)	35 (35,7%)	0,97
Âge	N=1386*	N=98	
Moins de 30 ans	2 (0,1%)	1 (1%)	0,19
30 à 39 ans	264 (19,0%)	27 (27,6%)	0,04
40 à 49 ans	308 (22,2%)	23 (23,5%)	0,77
50 à 59 ans	445 (32,0%)	26 (26,5%)	0,25
60 à 69 ans	333 (24,0%)	18 (18,4%)	0,20
Plus de 70 ans	34 (2,4%)	3 (3,1%)	0,73

*4 patients exclus car âge inconnu

Figure 8 : Comparaison des données socio-démographiques de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques collectées par la CPAM (2018) et de notre échantillon

2. Formation sur la maltraitance infantile reçue par les médecins

Aucun des médecins généralistes interrogés n'a estimé avoir de très bonnes connaissances en terme de maltraitance infantile. En revanche, ils étaient 31 à les juger bonnes, contre 19 à les estimer mauvaises ($n=16$) ou très mauvaises ($n=3$), soit 19.4%. La majorité estimait ses connaissances sur la maltraitance infantile médiocres ($n=48$).

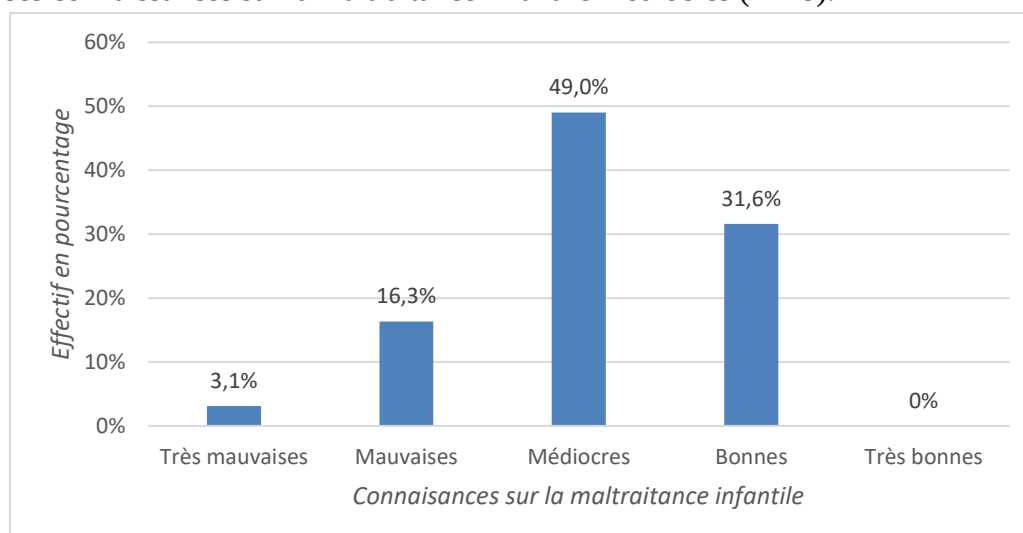


Figure 9 : Ressenti des médecins sur leurs connaissances ($n=98$)

Concernant les formations reçues, que ce soit initialement ou au titre de la formation continue, seuls respectivement 16,3% (n=16) et 17,3% (n=17) des médecins estimaient qu'elles étaient de très bonne ou bonne qualité.

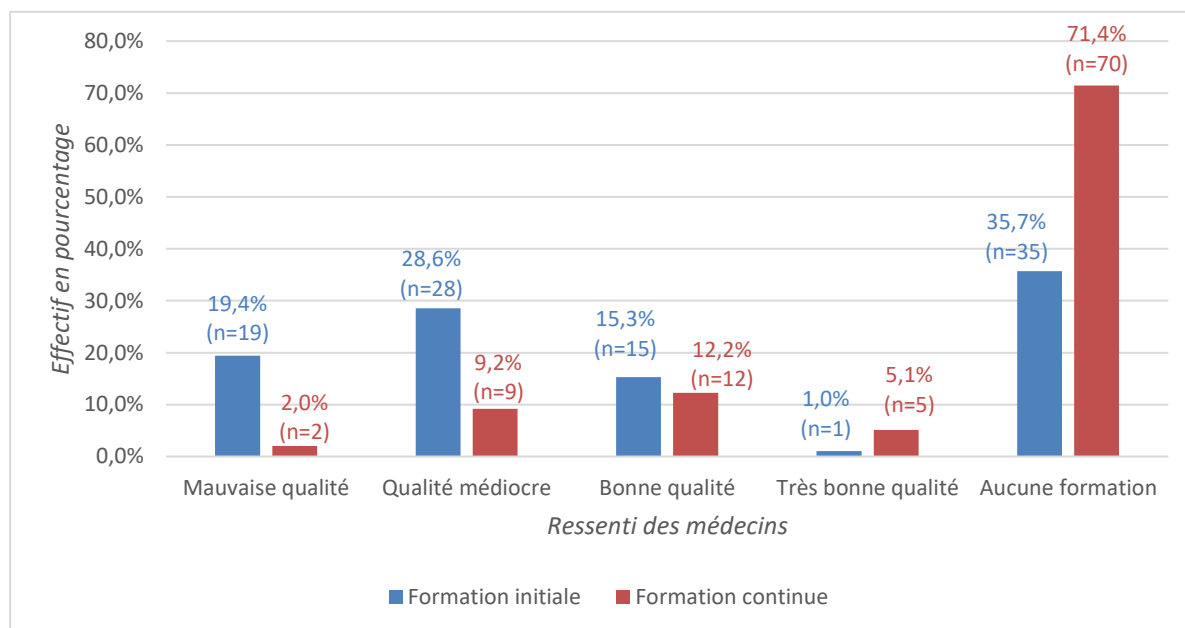


Figure 10 : Ressenti des médecins sur la qualité des formations reçues (n=98)

Ces formations, qu'elles soient comprises dans l'enseignement initial des médecins ou suivies au titre de la formation continue, étaient perçues par 27,6% (n=27) des médecins comme non ou peu adaptées à la pratique de la médecine générale et par 26,5% (n=26) des médecins comme adaptées ou très adaptées. Le reste des médecins rapportait n'avoir reçu aucune formation et ne pouvait donc juger de leur cohérence.

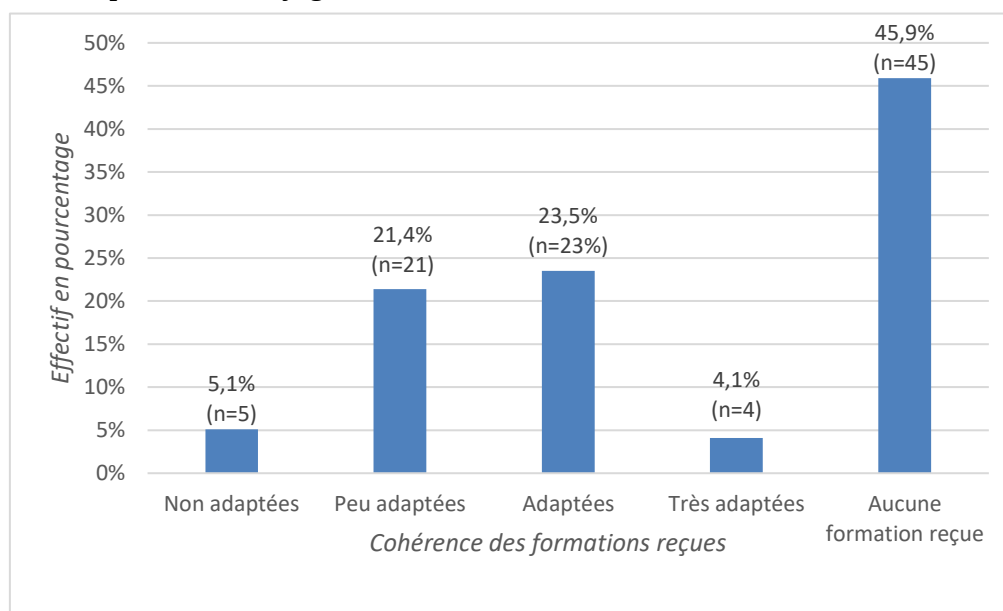


Figure 11 : Ressenti des médecins sur la cohérence des formations reçues vis-à-vis de leur pratique en médecine générale (n=98)

3. Expérience personnelle des médecins

Seuls 26,5% des médecins (n=26) se sentent à l'aise pour dépister la maltraitance infantile. 60,2% (n=59) ont déjà suspecté un cas de maltraitance infantile au cours de leur pratique professionnelle et 43,9% (n=43) ont déjà effectivement réalisé un signalement ou transmis une information préoccupante. 29,6% (n=29) ont déjà appris qu'un enfant qu'ils suivaient avait fait l'objet d'un signalement ou d'une information préoccupante par une autre personne.

Il est important de noter qu'ils sont 17,4% (n=17) à avoir déjà suspecté un cas de maltraitance infantile ou de négligence sans avoir fait de démarche particulière. Plusieurs éléments ressortent pour expliquer ce fait :

- L'incertitude pour 7 médecins (41,2%) : Les médecins semblent vouloir être sûrs de leur diagnostic avant de réaliser un signalement ou une IP. Ils ne font pas forcément de démarches lorsqu'il y a une « *simple suspicion* » ou une « *suspicion faible* », « *sans fondement objectif* », sans « *aucune preuve sérieuse* », s'il n'y a « *pas d'éléments précis ni suffisants* ». Pour eux, il est « *difficile d'être sûr de la maltraitance* » et ils ne sont « *pas sûr[s] de [leur] jugement* ».
- La réalisation des démarches par une autre personne pour 5 médecins (29,4%) : La situation était « *gérée par la PMI* », « *signalement par personnels paramédicaux (orthophoniste) +/- école* » ou encore « *démarches réalisées par les urg péd directement* ». Deux médecins parmi ceux-ci rapportent que la situation était déjà connue : « *La famille faisait déjà l'objet d'une surveillance par les services sociaux* » ou « *situation déjà suivie par les services du JAF [juge des affaires familiales] mais à mon sens très insuffisante comme souvent* ».
- La perte de vue des enfants pour 2 médecins : « *Enfant perdu de vue* » ou « *patient non revu* ».
- Les conséquences possiblement néfastes pour la cellule familiale ou les enfants pour 2 médecins : « *Enfants négligés mais qui paraissaient heureux et je n'étais pas sûre de faire le bon choix en lançant une démarche qui aurait pu aboutir à la séparation d'avec leur mère* ».
- Le manque d'expérience pour 1 médecin : « *Manque d'expérience et mauvaise connaissance du réseau pluridisciplinaire pouvant aider à la prise en charge* ».
- L'évolution favorable de la situation pour 1 médecin : « *L'avenir a fait que la situation a radicalement évolué favorablement* ».

Parmi les médecins, 37,8% (n=39) ne savent pas vers qui se tourner s'ils ont besoin d'aide pour réaliser un signalement ou une information préoccupante.

4. Réponses aux questions ouvertes

1) Freins rapportés spontanément pour transmettre un signalement / une IP

La question 18 était une question ouverte : « Quelque chose vous freine-t-il pour transmettre un signalement / une IP sur un enfant maltraité / à risque, et si oui quoi ? ». Les médecins étaient incités à y répondre dans la mesure du possible, mais elle était libre et facultative pour ne pas freiner certains médecins à répondre. Le taux de réponse à cette question a été de 85,7% avec 14 médecins n'ayant pas répondu parmi les 98 inclus.

Parmi les répondants, 31,6% (n=31) ont dit ne pas avoir de frein. Dans ce cas, ils ont soit répondu simplement « non », précisant parfois « *puisque c'est la loi* » ou « *c'est une exigence absolue d'effectuer un signalement de maltraitance* », soit ajouté des précisions quant à leur conduite à tenir telles que : « *je joins les services sociaux de mon quartier ou le procureur si urgence* », « *je me renseignerai auprès de la PMI de secteur* » ou encore « *appel pédiatre au chcb et réponse immédiate et claire* ». L'un d'eux a précisé qu'il n'avait pas de frein pour un enfant maltraité mais qu'il ne saurait pas quoi faire pour un enfant à risque.

Cinquante-trois médecins ont répondu à cette question en reconnaissant avoir un ou plusieurs freins, soit 54,1% des médecins inclus. Différents freins en ressortent, présentés ici par ordre de fréquence :

- **L'incertitude** (n=15, soit 15,3%) : « *l'incertitude* », « *le doute* », « *nécessité d'une certitude* », « *absence de preuve concrète* », « *être sûr qu'il s'agit bien d'un cas de maltraitance* », « *difficile d'être sûr de la maltraitance* »
- **La peur de se tromper** (n=14, soit 14,3%) : « *la peur de se tromper* », « *peur d'accuser à tort* », « *peur d'alerter inutilement* », « *la crainte de suspecter quelque chose de non fondé* », « *la crainte de commettre un signalement injustifié* », « *de faire un mauvais diagnostic* », « *de mal interpréter les signes* ». Elle peut être rapprochée de la nécessité d'une certitude rapportée par 15 médecins (citée ci-dessus), soit 28,6% des médecins.
- **Les conséquences familiales néfastes d'un jugement médical erroné** (n=14, soit 14,3%) : « *la peur [...] de déstabiliser une famille* », « *ne pas imposer les difficultés et souffrances d'une suspicion de maltraitance à des enfants et des parents peut-être à tort* », « *conduire à une stigmatisation erronée de la famille avec toutes ses conséquences* », « *les risques socio-judiciaires pour les parents* », « *des conséquences que cela pourrait entraîner pour l'enfant et la famille* », « *des conséquences qui peuvent être dramatiques* », « *le poids des retombées* », « *conséquence pour la cellule familiale, conséquences pour le maintien de l'emploi des parents* », « *peur des conséquences du signalement sur la famille (détresse des parents, mal être de l'enfant) si l'enquête ne montre pas de maltraitance* »...
- **L'identification difficile des personnes à contacter** (n=9, soit 9,2%) : « *peu d'information sur les personnes à contacter, problème d'annuaire avec des numéros difficiles à trouver parfois* », « *identification claire des [...] contacts* », « *pas de notion des services à joindre en dehors du procureur* », « *à qui s'adresser en première intention* », « *ne sachant vers qui me tourner* », « *recherche interlocuteur fiable* », « *je ne sais pas à qui m'adresser pour une IP* ».

- **La méconnaissance des démarches à effectuer** (n=8, soit 8,2%) : « identification claire des procédures », « pas de notion de la procédure », « je serai embêtée dans les démarches », « je ne sais comment faire », « je ne connais pas la démarche à suivre ».
- **Les conséquences néfastes pour l'enfant** (n=6, soit 6,1%) : « conséquences néfastes pour l'enfant », « enlever un enfant à sa mère », « l'impact de notre signalement sur l'enfant », « j'ai souvent peur du retrait de l'enfant », « la douleur d'être séparé de ses enfants/parents ».
- **Le fait de connaître la famille** (n=5, soit 5,1%) : « difficulté pour un médecin généraliste qui suit une famille depuis longtemps de suspecter une maltraitance », « le fait de connaître la famille de longue date », « connaître les parents de longue date », « le poids des retombées quand on suit toute la famille », « suivi de l'ensemble de la famille ».
- **La perte de vue des patients/de l'enfant** (n=4, soit 4,1%) : « Volatilité des patients qui changent de cabinet au moindre conflit », « risque de perte de contact et donc de suivi de l'enfant », « perdre de vue l'enfant », « perte de lien avec la famille ».
- **La méconnaissance des conséquences du signalement/IP** (n=4, soit 4,1%) : « je m'interroge de ce que va modifier l'action de signaler pour un enfant à risque par manque de connaissance », « je ne connais pas l'ensemble des mesures qui peuvent être mises en place », « j'ai peu de connaissance sur les conséquences d'une IP », « l'impact de notre signalement sur l'enfant et les parents ».
- **Le fait de ne pas pouvoir en discuter** (n=3, soit 3,1%) : « prendre la décision sans pouvoir en discuter avec un autre intervenant », « j'ai du mal à faire, seule, un signalement, je prends l'avis soit des enseignants, soit d'un pédiatre, soit j'hospitalise l'enfant », « j'essaie de ne jamais transmettre une IP seule mais avec un autre médecin, pédiatre, autre... ».
- **La préférence de suivre l'enfant sans faire de signalement** (n=3, soit 3,1%) : « il paraît donc parfois plus facile de suivre l'enfant plus régulièrement sans signalement », « reconvoquer régulièrement en s'aidant de la PMI par exemple en maintenant le lien et la surveillance », « les 2 situations que je connais se sont réglées dans la médiation avec suivi assistante sociale et PMI ».
- **La perte de confiance de la famille** (n=3, soit 3,1%) : « Faut-il informer les parents du signalement et perdre l'alliance thérapeutique », « perdre la confiance de la famille », « perte de lien avec la famille ».
- **La difficulté de dépistage** (n=2, soit 2,0%) : « je ne sais pas les voir », « je n'ai jamais eu le cas ou peut-être pas vu après tout ».
- **Le manque de formation** (n=2, soit 2,0%) : « ma formation légère sur le sujet », « manque d'information et de formation ».
- **La peur des représailles** (n=2, soit 2,0%) : « signalement nominatif, peur des représailles », « plainte au conseil de l'ordre ».

- **La complexité de la procédure** (n=2, soit 2,0%) : « *complexité de la procédure* », « *lourdeur de la procédure* ».
- **L'inefficacité ou méconnaissance des services sociaux** (n=2, soit 2,0%) : « *la maltraitance psychologique est mal reconnue par les services médicaux sociaux et judiciaires et cela nous ne facilite pas la tâche* », « *souvent l'enfant est laissé dans sa famille* ».
- **La projection personnelle du médecin** (n=1, soit 1,0%) : « *je pense que je me projette trop dans la douleur d'être séparé de ses enfants/parents* ».

Parmi ces réponses, certains médecins ont essayé d'apporter des éléments de réponses tels que :

- Demande de conseils à d'autres intervenants : « *je pense que je me mettrais en relation avec une pédiatre que je connais bien pour lui demander conseil* », « *je prends l'avis soit des enseignants, soit d'un pédiatre* », « *appel pédiatre au chcb* », « *je joins les services sociaux de mon quartier ou le procureur* ».
- Suivi conjoint avec la PMI : « *reconvoquer régulièrement en s'aidant de la PMI par exemple en maintenant le lien et la surveillance* », « *je me renseignerai auprès de la PMI de secteur* ».
- Hospitalisation de l'enfant : « *j'hospitalise l'enfant* », « *mis à part l'hospitalisation* ».
- Education des patients/enfants : « *éducation à faire avant* ».

2) Aides possibles rapportées spontanément pour faciliter les démarches

La question suivante, toujours ouverte, demandait : « Selon vous, qu'est-ce qui semble utile pour faciliter le signalement / l'IP ? ». Le taux de réponse a été de 89,8% avec 10 médecins n'ayant pas répondu parmi les 98 inclus.

Trois médecins (soit 3,1%) n'avaient pas d'idées de ce qui pourrait leur faciliter les démarches. Un médecin souhaiterait « *arriver aisément à une vraie présomption, car on n'a pas le droit à l'erreur, dans les deux sens !* », tandis qu'un autre médecin souligne simplement le fait que c'est « *juste la nécessité de le faire* ». Les autres médecins, soit 83 médecins (84,7%), ont envisagé des aides possibles pour faciliter le signalement ou l'IP qui sont présentées ci-après par ordre de fréquence :

- **La mise en place d'un interlocuteur unique ou d'une ligne dédiée** (n=21, soit 21,4%) : « *interlocuteur unique* », « *avoir un interlocuteur privilégié* », « *avoir un référent facile à joindre* », « *réfèrent unique hospitalier* », « *un numéro direct* », « *avoir une ligne directe dédiée pour discuter avec un médecin spécialiste de ces situations* », « *numéro dédié aux médecins* », « *une accessibilité simple à un référent identifié* », « *interlocuteur facile à contacter* », « *avoir un seul service référent bien identifié et joignable 24/24h* », « *avoir en sa possession un numéro de téléphone, ligne directe pour joindre les services sociaux* », « *meilleur accès aux coordonnées directes du procureur* », « *l'email du procureur* ».

- **Un annuaire avec les numéros utiles** (n=12, soit 12,2%) : « annuaire des numéros utiles », « avoir les coordonnées (par département) des personnes à contacter », « les numéros à joindre si besoin », « les coordonnées pour faire ce signalement », « identification claire des [...] contacts », « les coordonnées des interlocuteurs », « un annuaire des structures à joindre », « connaître les numéros de téléphone », « une liste des services spécifiques à contacter », « un annuaire pour joindre les bonnes personnes en fonction de son lieu d'exercice »
- **La concertation, pouvoir en discuter** (n=12, soit 12,2%) : « en discuter avec d'autres intervenants », « avoir un interlocuteur avec lequel discuter avant de faire l'IP », « contact confraternel », « prise de décision collégiale ou aide à la prise de décision », « discuter avec un médecin spécialiste de ces situations », « la concertation et le soutien des confrères », « appel de la PMI qui nous guide », « pouvoir discuter des cas avec des personnes référentes en amont du signalement », « de pouvoir en discuter et de prendre une décision collégiale », « décision collégiale », « facilité de concertation avec les différents acteurs sociaux ou services scolaires et le médecin traitant », « pour discuter avec un médecin spécialiste de ces situations », « téléconférence ».
- **Un avis spécialisé ou un avis hospitalier** (n=9, soit 9,2%) : « une consultation spécialisée », « pédiatre avec consultation dédiée », « lien avec pédiatre », « un deuxième avis d'un médecin pédiatre ou pédopsychiatre », « aide des pédiatres », « avoir un correspondant hospitalier disponible », « référent unique hospitalier », « la possibilité de mise en relation avec un pédiatre hospitalier », « adresser l'enfant aux urgences pédiatriques ».
- **Une plateforme internet** (n=8, soit 8,2%) : « site internet sécurisé », « plateforme d'appui », « un site internet pour éviter de téléphoner devant les parents », « déclaration simple, en ligne pourquoi pas », « signalement simple en ligne », « site internet dédié », « mise en place d'une plateforme dédiée », « accès direct à un espace dédié ».
- **Un document explicatif simple** (n=8, soit 8,2%) : « avoir un document simple », « une fiche standardisée type arbre décisionnel de qui appeler en fonction du contexte par exemple », « une fiche transmise à tous les médecins », « un document type à disposition de chaque médecin généraliste à remplir avec note dessus (où l'envoyer et à qui) », « fiche régionale de la conduite à tenir et des contacts », « un document type à remplir », « un arbre décisionnel ».
- **Une meilleure connaissance des démarches** (n=7, soit 7,1%) : « connaître les démarches », « identification claire des procédures », « une conduite à tenir claire », « une démarche claire à effectuer », « connaissance de la procédure », « informations sur les démarches à faire et qui appeler (pmi en premier ?) ; plus d'infos sur les méthodes/moyens de signalement », « appel du CDOM pour donner la marche à suivre »,
- **L'accès à une meilleure formation** (n=5, soit 5,1%) : « une meilleure formation de base », « il serait utile d'avoir une formation initiale plus concrète », « formations adaptées », « j'aimerais beaucoup une formation dans le cadre du DPC sur ce thème ».

- **Une simplification des procédures** (n=4, soit 4,1%) : « déclaration simple », « signalement simple en ligne », « la facilité d'accès au service », « procédure légère et simple ».
- **Un réseau pluridisciplinaire** (n=4, soit 4,1%) : « un réseau pluridisciplinaire facilement mobilisable », « un bon réseau de correspondants », « facilité de concertation avec les différents acteurs sociaux ou services scolaires et le médecin traitant ».
- **La protection du signaleur et/ou l'anonymat** (n=4, soit 4,1%) : « protection juridique », « que les parents ne soient pas mis au courant de la personne réalisant le signalement », « anonymat », « la protection du signaleur ».
- **L'intervention d'un tiers ou d'un relai** (n=4, soit 4,1%) : « un tiers extérieur », « faire intervenir une tierce personne », « joindre les services sociaux qui s'occupent de prendre le relai par la suite sans que ce soit à nous de pousser les recherches », « appel de la PMI qui [...] prend le relai pour le suivi de la famille ».
- **Une meilleure connaissance des conséquences du signalement/IP** (n=3, soit 3,1%) : « plus d'infos sur [...] les prises en charge qui en découlent », « connaître toutes les conséquences d'un signalement », « la connaissance du parcours de signalement ».
- **L'appui d'une assistante sociale** (n=2, soit 2,0%) : « l'appui d'une assistante sociale », « enquête sociale ».
- **Des enquêtes objectives de la part des services sociaux** (n=2, soit 2,0%) : « déclencher une enquête qui ne soit à la fois ni à charge ni à décharge mais objective », « rendre ces procédures moins judiciaires tant que les faits ne sont pas clairement établis ».
- **Un protocole adapté à la médecine générale** (n=2, soit 2,0%) : « un protocole adapté à la médecine ambulatoire », « circuit ambulatoire plus accessible ».
- **Lever les tabous dans la population** (n=2, soit 2,0%) : « en parler en classe ; affiches dans les écoles et les salles de médecins avec un numéro vert », « que cela soit moins difficile, moins tabou surtout ».

Enfin, d'autres moyens d'aides ont été évoqués par un seul médecin :

- **Le carnet de santé** : « une partie dans le carnet de santé dédiée à cela avec des phrases type par exemple, avec les RDV de vaccination par exemple »,
- **Un retour sur les signalements/IP** : « mail ou fiche à remplir pour être contacté secondairement par l'autorité compétente »,
- **Le lien avec la médecine scolaire** : « concertation avec les [...] services scolaires »
- **Un lieu dédié** : « lieu dédié disponible, proche pour accueil, info ».

5. Freins rencontrés

1) Le statut de médecin généraliste

La quasi-totalité des médecins interrogés (n=80, soit 81,6%) estime que le statut de médecin traitant aide ou peut aider au dépistage de la maltraitance infantile, ayant répondu « Oui » (n=41) ou « Oui et Non » (n=39) à la question : « Selon vous, le statut de médecin traitant facilite-t-il le dépistage de la maltraitance infantile ? ». Les médecins restants ne savent pas (n=7), pensent que ce statut ne facilite pas le dépistage (n=6) ou encore que cela n'a pas d'influence (n=5) comme le montre la figure ci-dessous.

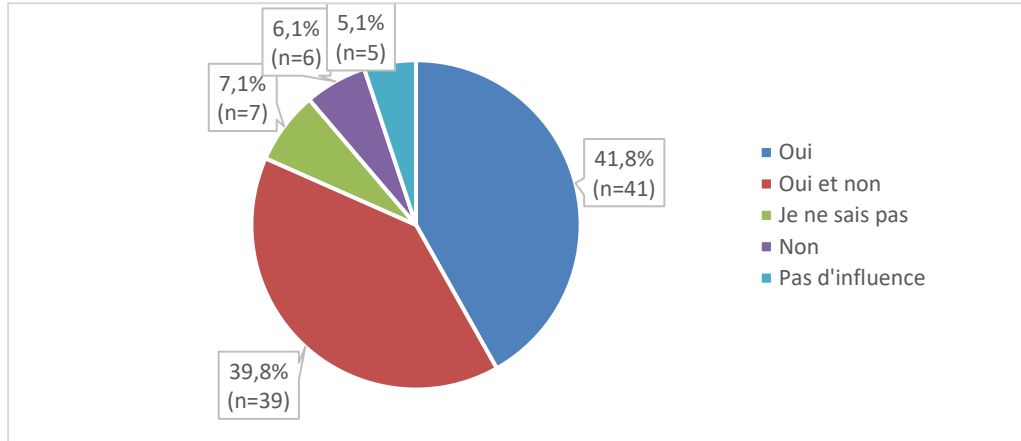


Figure 12 : Réponse à la question « Selon vous, le statut de médecin traitant facilite-t-il le dépistage de la maltraitance infantile ? » (n=98)

2) Les freins au dépistage de la maltraitance infantile

Pour dépister la maltraitance infantile, plusieurs difficultés peuvent être rencontrées par les médecins généralistes. La peur de se tromper est la plus fréquente et reconnue par 65,3% (n=64) des médecins. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la difficulté à définir le cadre exact de la maltraitance, le manque d'arguments et enfin la méconnaissance des facteurs de risque de maltraitance ou des signes cliniques.

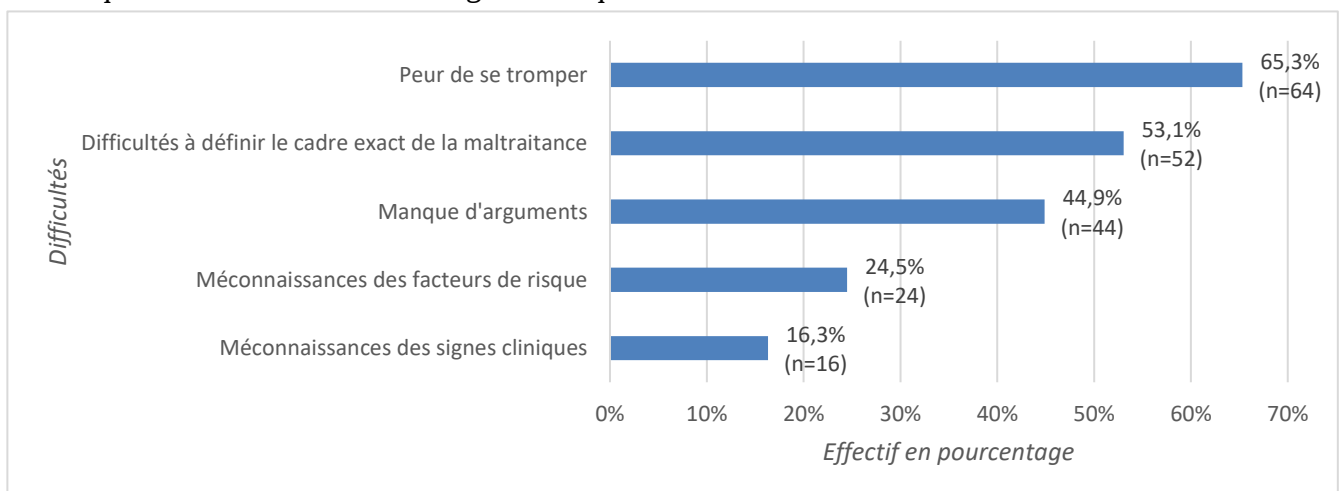


Figure 13 : Difficultés rencontrées par les médecins pour dépister la maltraitance (n=95)

Par ailleurs, 10 médecins ont ajouté des difficultés à celles proposées par le questionnaire :

- La difficulté à dépister les différents types de maltraitance, autre que la maltraitance physique pour 2 médecins : « *Maltraitance psychologique difficile à évaluer* » et « *Degré de maltraitance avec des formes difficiles à déceler (manque d'hygiène, carence affective...)* ».
- Le risque de perdre de vue les parents et/ou l'enfant pour 2 médecins : « *Peur que les parents quittent le suivi* » et « *Peur de faire fuir les parents et de ne plus revoir l'enfant* ».
- Le caractère manipulateur des parents pour 2 médecins : « *Manipulation des parents* » et « *Les situations où la maltraitance peut être utilisée sur le plan judiciaire, dans le cadre d'un divorce par exemple* ».
- Les fausses allégations pour un médecin : « *C'est si facile de parler de chute ou d'accident en vélo...* ».
- Le suivi délicat des enfants pour un médecin : « *Suivi des enfants de plus en plus morcelés, très ponctuel, sans vision globale* ».
- Le peu de visites à domicile pour un médecin : « *Peu de VAD* ».
- La crainte des retombées pour le praticien pour un médecin : « *Plainte par les parents* ».

Trois médecins (3,1%) ne se sont pas reconnus dans les propositions faites. L'un d'eux a déclaré avoir des difficultés avec le suivi mais n'a pas donné plus d'explications. Un seul médecin a déclaré ne pas avoir de difficulté pour dépister la maltraitance (« *Pas de doute* »). Enfin le dernier médecin n'a pas répondu à cette question, ne se reconnaissant probablement pas dans les difficultés énoncées ou n'en rencontrant pas.

3) Les difficultés liées à l'enfant

Par rapport à un enfant sur lequel un médecin peut avoir des doutes de maltraitance ou de négligence, le plus difficile pour la grande majorité des médecins (74,5%) est de pouvoir voir l'enfant seul en consultation. De plus, ce sont des enfants qui sont généralement peu suivis selon plus de la moitié des médecins (56,1%) ce qui complique le dépistage de la maltraitance. Enfin, l'enfant peut être manipulé selon 40,8% des médecins mais ses dires peuvent être non véridiques selon seulement 22,4% d'entre eux. Un médecin a d'ailleurs précisé que « *l'enfant se taira mais ne mentira pas* ».

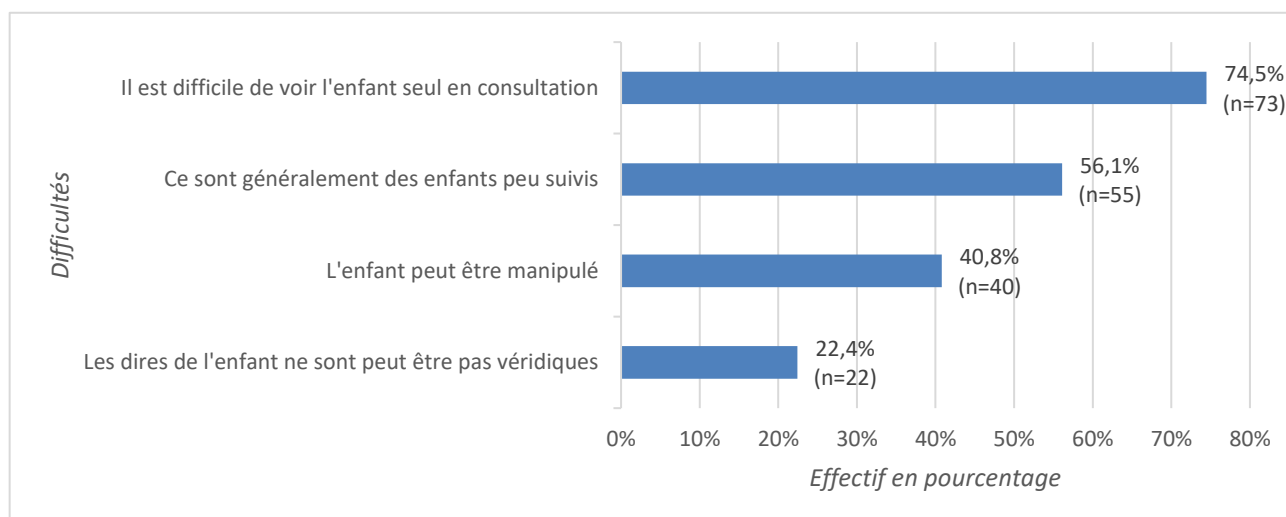


Figure 14 : Difficultés rencontrées liées à l'enfant (n=95)

Un médecin a également ajouté que ces enfants étaient généralement des « *enfants très petits* ». Trois médecins n'ont pas apporté de réponses particulières pour différentes raisons :

- N'a jamais été confronté à la situation pour un médecin : « *Pas confronté ou 'passé à côté'* ».
- Ne s'est pas reconnu dans les propositions : « *Pas de case adaptée* ».
- Aucune réponse donnée à cette question sans autre proposition faite.

4) Les difficultés liées à la famille de l'enfant

La principale difficulté évoquée par les médecins concernant la famille d'un enfant suspect de maltraitance ou de négligence est le fait de pouvoir perdre rapidement de vue cette famille. Cela concerne 79,6% des médecins, auquel on peut ajouter un médecin supplémentaire qui a choisi l'option « Autres », tout en spécifiant que « *les patients ne reviennent plus* », ce qui porte ce chiffre à 80,6%. Certains médecins ont précisé qu'ils avaient « *peur de perdre de vue la famille et du coup l'enfant concerné* » ou encore que cette « *perte de vue [était] immédiate* ».

Les autres difficultés auxquelles les médecins peuvent être confrontés sont la difficulté à aborder le sujet en consultation (64,3%) ou encore le fait que la famille semble se renfermer lorsqu'elle comprend ce que l'on cherche (61,2%). Les médecins peuvent également être freinés dans leurs signalements par la peur de stigmatiser la famille (38,8%).

En revanche, il n'y a que 3 médecins (soit 3,1%) qui reconnaissent pouvoir être freinés par la peur de perdre des patients. Un de ces médecins précise que pour cet item, « *c'est la peur de perdre l'enfant de vue* » qui le freine.

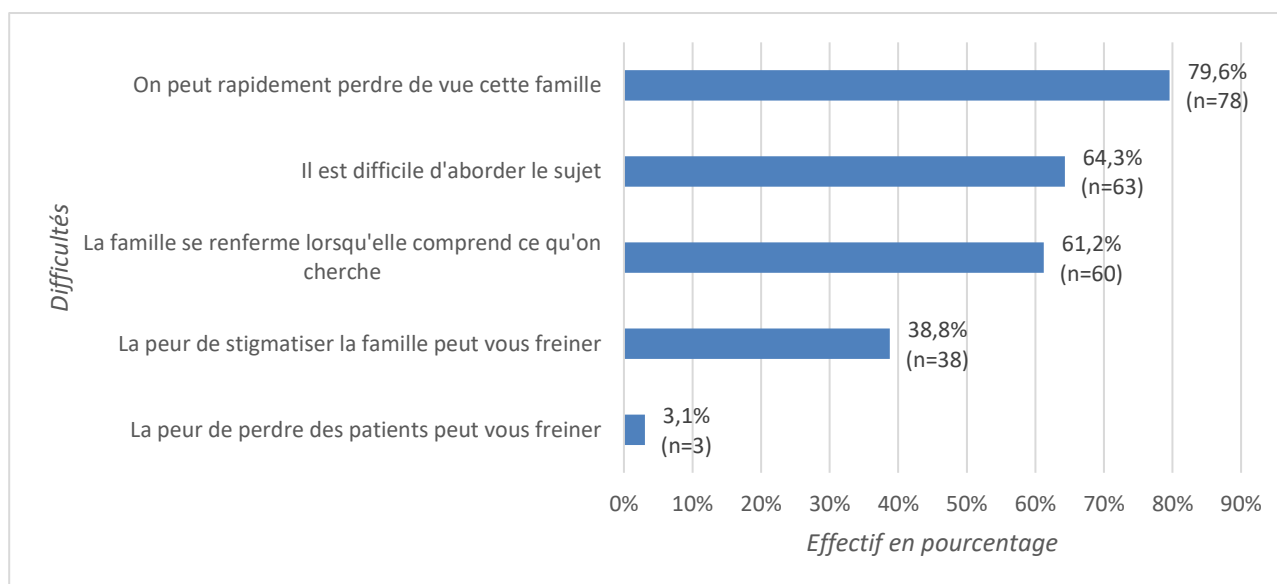


Figure 15 : Difficultés rencontrées liées à la famille (n=96)

Un médecin a ajouté une difficulté qu'il rencontre, à savoir la peur « *d'aggraver la maltraitance au retour de la consultation* ». Deux médecins ont également apporté des précisions sur leur démarche :

- « *Il faut se fier à son intuition et à la répétition de fractures ou d'hématomes et à la tristesse de l'enfant* ».
- « *Je ne sais pas quel est le rôle des services sociaux et j'aurais tendance à déléguer* ».

Enfin, deux médecins ne se sont pas reconnus dans les difficultés proposées par cette question à choix multiple : l'un d'eux n'a rien coché tandis que l'autre a précisé qu'il n'y avait « *pas de choix adapté* », sans avancer d'autre difficulté personnelle.

5) Les freins à la procédure de signalement

Plus de la moitié des médecins (68,4%) déclarent avoir peur de signaler de manière abusive et ils sont 54,1% à reconnaître avoir une méconnaissance des procédures de signalement. Les autres difficultés rencontrées peuvent être la peur de briser la relation de confiance avec la famille, la peur d'aggraver le cas de l'enfant ou encore l'opposition de la famille vis-à-vis du signalement. Les médecins sont peu nombreux à avoir des difficultés à rompre le secret médical ou à estimer que ce n'est pas toujours à eux de signaler. Un des médecins précise pour ce dernier item que « *la médecine scolaire a toute sa place aussi !!!* » dans ce processus de signalement.

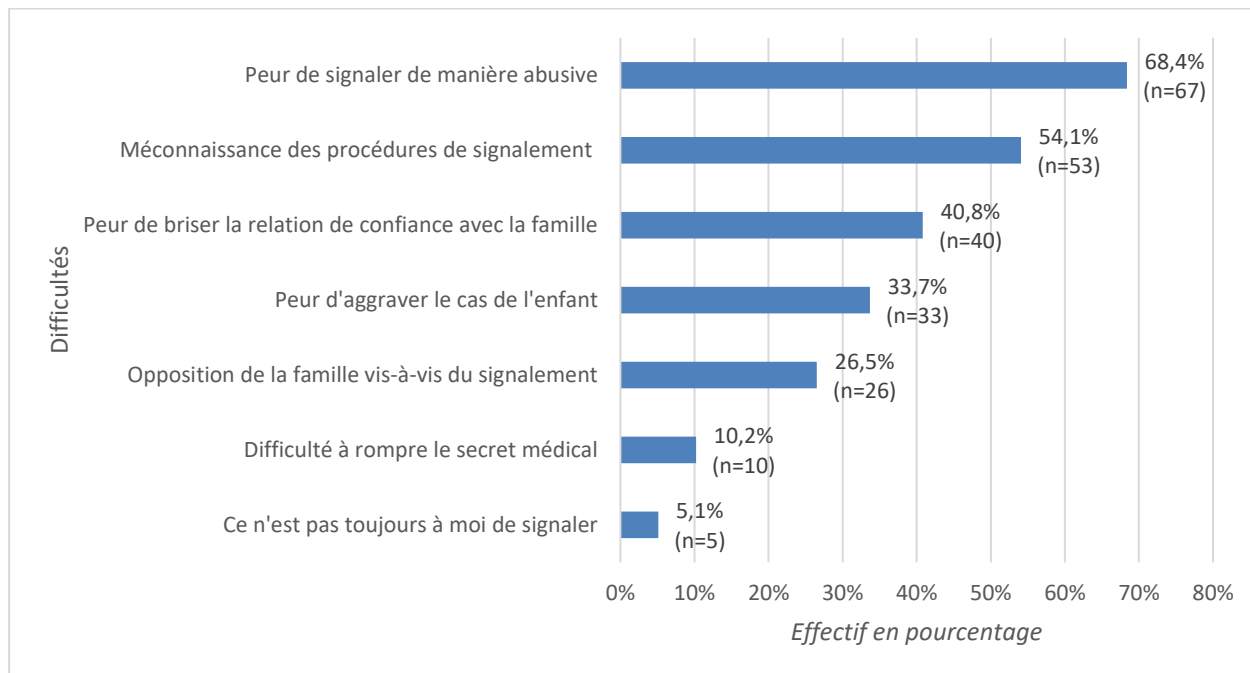


Figure 16 : Difficultés rencontrées lors d'une procédure de signalement (n=95)

Trois médecins n'ont pas pu répondre à cette question car :

- « Pas confronté au cours des dernières années »
- « Pas de case adaptée »
- Pas de réponse apportée.

6) Les difficultés administratives

Le manque d'un interlocuteur privilégié est considéré comme une difficulté sur le plan administratif pour 72,4% des médecins. Ils sont également un nombre important (59,2%) à regretter le manque de liens avec les services sociaux. Les autres freins rencontrés par les médecins sont la lourdeur administrative (21,4%), le manque de confiance dans le système administratif ou judiciaire (17,3%) ou encore l'absence de retour sur les signalements effectués (13,3%). Pour ce dernier, deux médecins ont également noté cette difficulté dans les commentaires, sans cocher la case, portant ce chiffre à 15,3%. Ils l'exprimaient ainsi : « *on n'a JAMAIS de retour !!!* » ou « *ce n'est pas un frein mais il est anormal de n'avoir aucun retour de la justice alors qu'on perd les familles et pas plus des services sociaux quand des mesures sont mises en place* ».

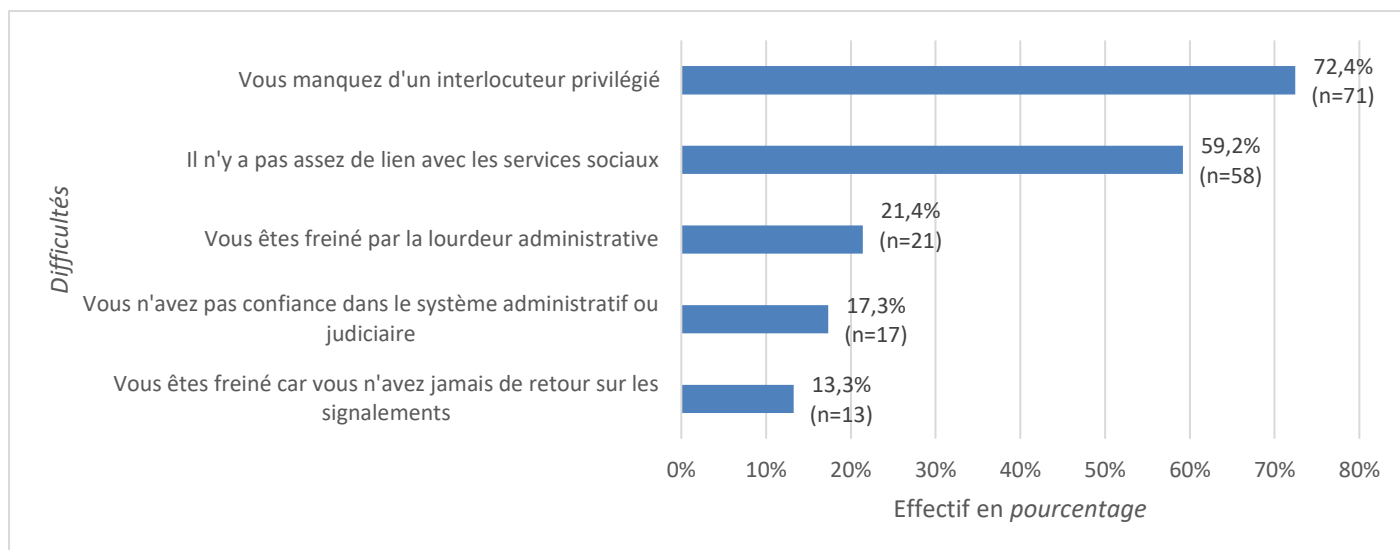


Figure 17 : Difficultés administratives (n=87)

Un médecin a ajouté que les services sociaux ne sont « *jamais joignables quand on a besoin d'eux* ».

Ils sont 11 médecins (soit 11,2%) à ne pas se reconnaître dans les difficultés proposées par le questionnaire :

- Trois d'entre eux rencontrent d'autres types de difficultés :
 - Un médecin estime qu'on passe « *beaucoup de temps avec les services sociaux payés à l'heure et signalement non pris en compte* », sans se reconnaître dans les autres propositions
 - Deux médecins rapportent une méconnaissance des procédures : « *Je ne connais pas la procédure* » ou « *je ne connais pas les mesures à mettre en place sur le plan administratif* ».
- Trois médecins n'ont jamais signalé et estiment ne pas pouvoir répondre à la question : « *Pas eu d'occasion* », « *jamais signalé* » ou « *je n'ai jamais été confrontée à cette situation* ».
- Trois médecins semblent ne rencontrer aucune difficulté sur le plan administratif : « *Aucune* », « *RAS* » ou « *Aucune de ces propositions car j'ai le numéro direct de l'infirmière de PMI du secteur* »
- Deux médecins n'ont pas apporté de réponses

7) Le recours aux services d'aide à l'enfance

Cette question demandait aux médecins les raisons pour lesquelles ils ne joignaient pas les services d'aide à l'enfance. 77 médecins (soit 78,6%) se sont reconnus dans les propositions faites par le questionnaire, alors que 6 médecins n'ont pas répondu (soit 6,1%), représentant le plus fort taux d'abstention aux questions fermées de ce questionnaire. Pour les médecins ayant répondu aux propositions, les principales difficultés sont d'obtenir leurs coordonnées (33,7%) ou de les avoir au téléphone (26,5%). 10,2% des médecins estiment que le temps en consultation est trop limité. A ce chiffre s'ajoute deux médecins qui pensent qu'« *il faut trouver un temps autre que celui de la consultation pour joindre les services* » ou que cela prend « *beaucoup de temps avec les services sociaux payés à l'heure et signalement non pris en compte* » (réponse identique pour les questions 25 et 26 pour ce médecin), portant ce pourcentage à 12,2%. Cependant pour 22,4% des médecins, les services d'aide à l'enfance peuvent être joints sans problème.

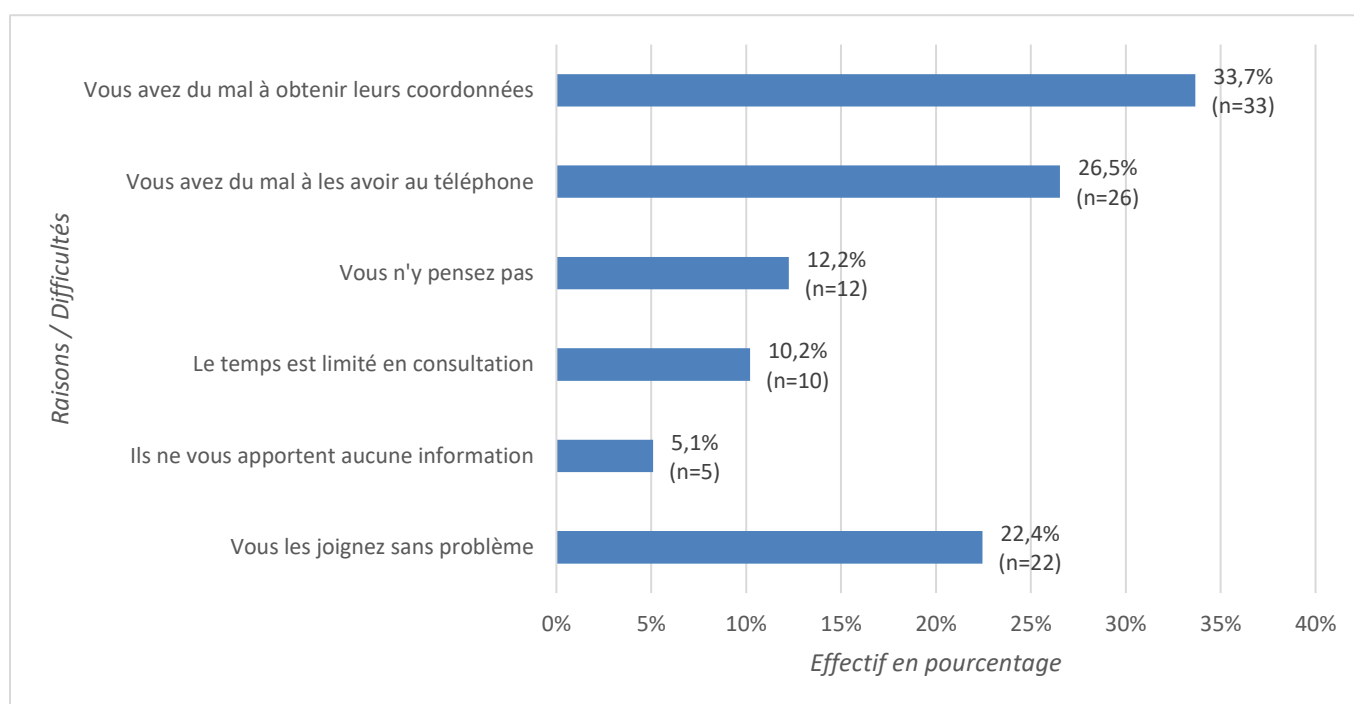


Figure 18 : Raisons pour lesquelles les médecins ne joignent pas les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (n=79)

Trois médecins ont avancé d'autres arguments, à savoir :

- L'ignorance pour un médecin
- Le fait de joindre d'autres services pour deux médecins : « *Je passe par le service de pédiatrie* » ou « *j'ai déjà demandé l'avis de la CRIP* ».

Par ailleurs, 8 médecins n'ont pas eu besoin de joindre ces services : « *pas eu besoin pour le moment* », « *je n'en ai pas eu besoin parce que j'ai dû passer à côté probablement au moins d'un cas dans ma carrière* », « *je n'ai jamais été confrontée à cette situation* », « *pas d'expérience sur la question* »...

8) Le ressenti personnel des médecins

Concernant la maltraitance infantile et les procédures de signalement ou d'IP, 66,3% des médecins reconnaissent avoir déjà pensé qu'ils étaient mal formés. Ils sont également 50,0% à estimer manquer d'expérience et 43,9% qu'ils sont trop seuls pour gérer ces situations. 26,5% pensent qu'ils sont vulnérables en tant que médecin généraliste (peur des menaces ou de représailles par exemple) ou qu'ils manquent de temps. L'un d'eux précise à ce sujet que c'est « *non rémunéré, chronophage, fait par vocation* ». Quelques médecins ont une mauvaise expérience du signalement (15,3%) et certains ont peur d'engager leur responsabilité professionnelle (11,2%). Un des médecins précise que cette crainte est liée au fait que « *ne pas signaler est une faute professionnelle relevant de la justice* ». Un seul médecin pense avoir des difficultés liées à son vécu personnel, mais n'a pas donné d'explications particulières.

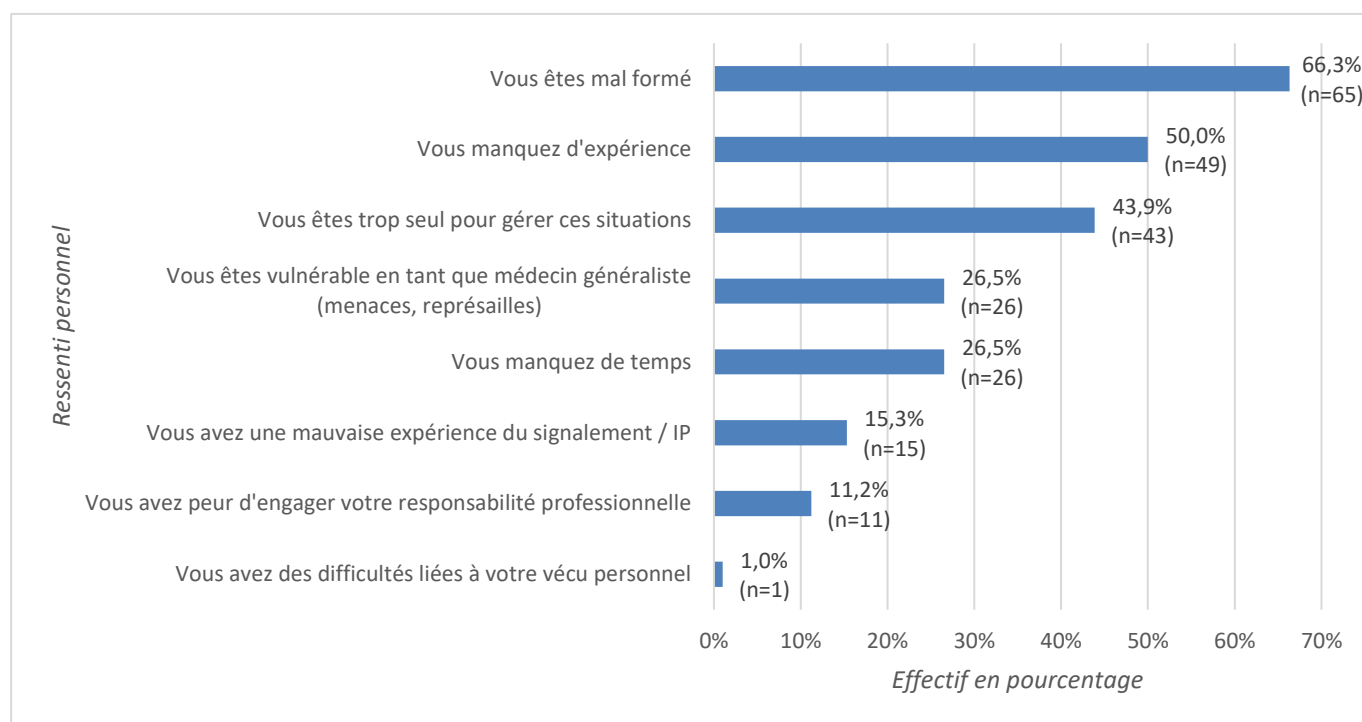


Figure 19 : Ressenti des médecins sur la procédure de signalement ou d'IP (n=94)

Un des médecins n'a jamais pensé à une de ces propositions : « *Je fais ce que je pense utile à l'enfant en priorité* ». Trois médecins n'ont pas répondu à cette question.

6. Aides envisageables

1) Les aides sur le plan administratif

Les propositions d'aides concrètes sur le plan administratif pour réaliser un signalement ont quasiment toutes été approuvées par la majorité des médecins, excepté une éventuelle voie annexe informelle qui ne semble utile que pour 12,2% des médecins. Les médecins seraient donc probablement aidés par des procédures simplifiées et mieux connues, une plateforme

d'aide en ligne ou une brochure explicative simple, ainsi qu'une amélioration de la formation de médecin. Un retour sur les signalements les aiderait également lorsqu'ils en ont effectué un. Un seul médecin n'a pas apporté de réponse à cette question.

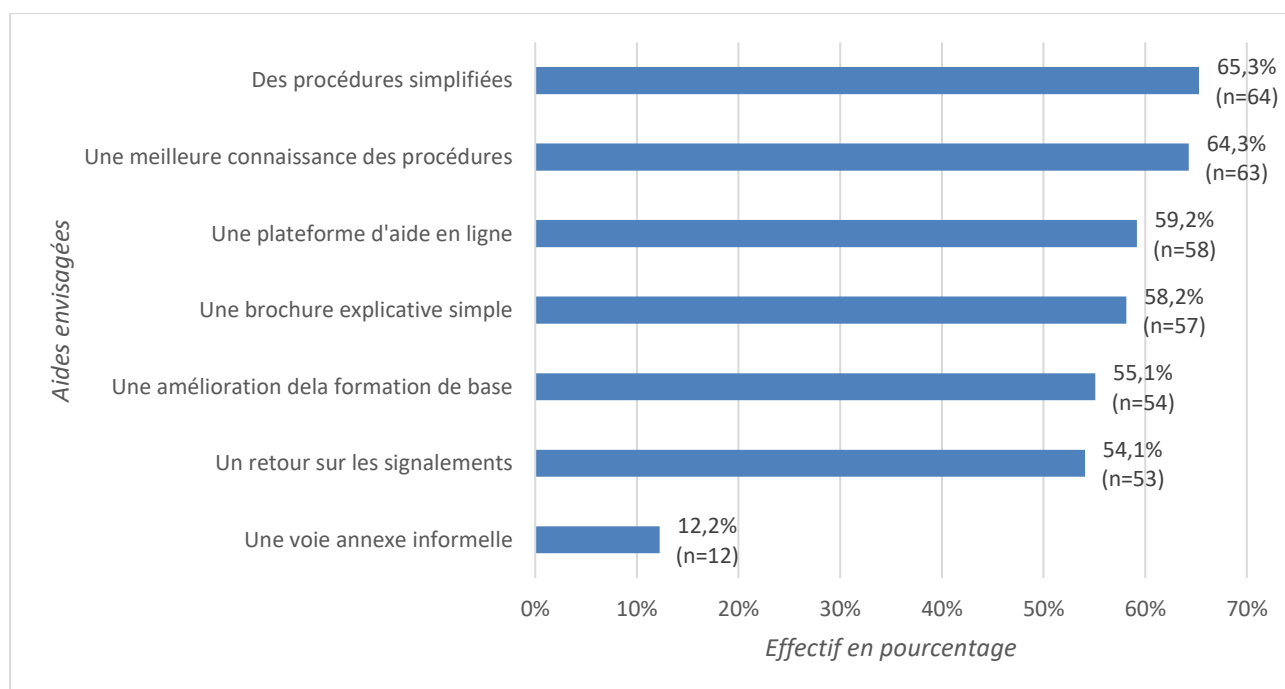


Figure 20 : Aides envisagées sur le plan administratif (n=97)

2) Les aides sur le plan des relations professionnelles

Sur le plan des relations professionnelles, la principale aide envisagée par les médecins est une personne référente à contacter (77,6%). C'est même la seule qui pourrait les aider pour 27 médecins. Pour l'un des médecins, cela consiste également en « *un lien privilégié avec les centres de pédiatrie (hospitalier notamment)* ». Une amélioration des liens avec le système scolaire serait utile pour 43,9% des médecins interrogés. L'un d'eux a appuyé cette proposition en ajoutant le commentaire suivant : « *médecine scolaire à toute sa place !!!* ». Un collègue à appeler en cas de besoin peut être utile pour 43,9% des médecins alors que seuls 14,3% d'entre eux estiment que des réunions entre confrères pourraient les aider. Enfin, deux médecins n'ont pas répondu à cette question ni fait d'autres propositions.

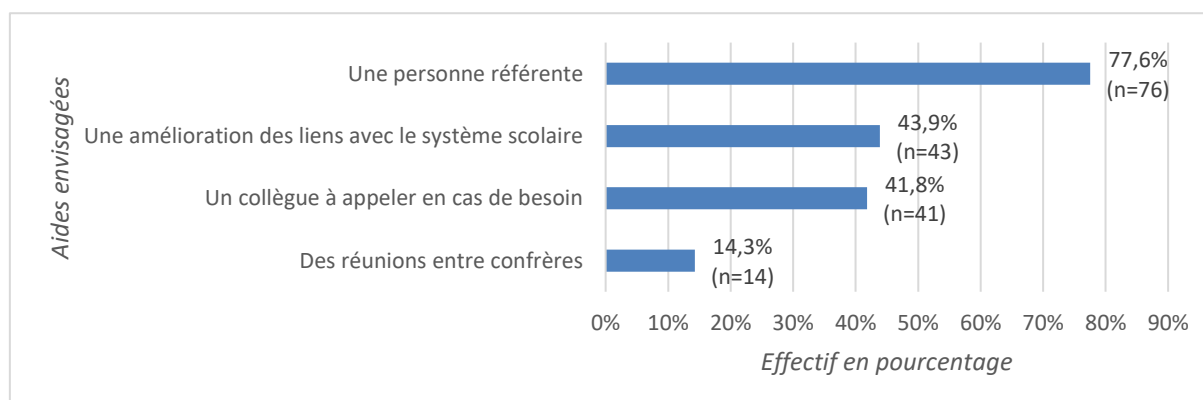


Figure 21 : Aides envisagées sur le plan des relations professionnelles (n=96)

3) Les aides dans la relation aux patients

Ce qui semble le plus utile vis-à-vis des patients sont des outils visant à les sensibiliser à la question de la maltraitance infantile. Cela pourrait aider 60,2% des médecins parmi lesquels 25,5% estiment que c'est la seule aide envisageable parmi les propositions. Des examens de santé obligatoires au-delà de 24 mois pourraient également être une approche intéressante pour 48,0% des médecins. La déclaration obligatoire d'un médecin traitant pour les enfants (23,5%) et les visites à domicile pour voir les enfants (16,3%) peuvent également être discutées.

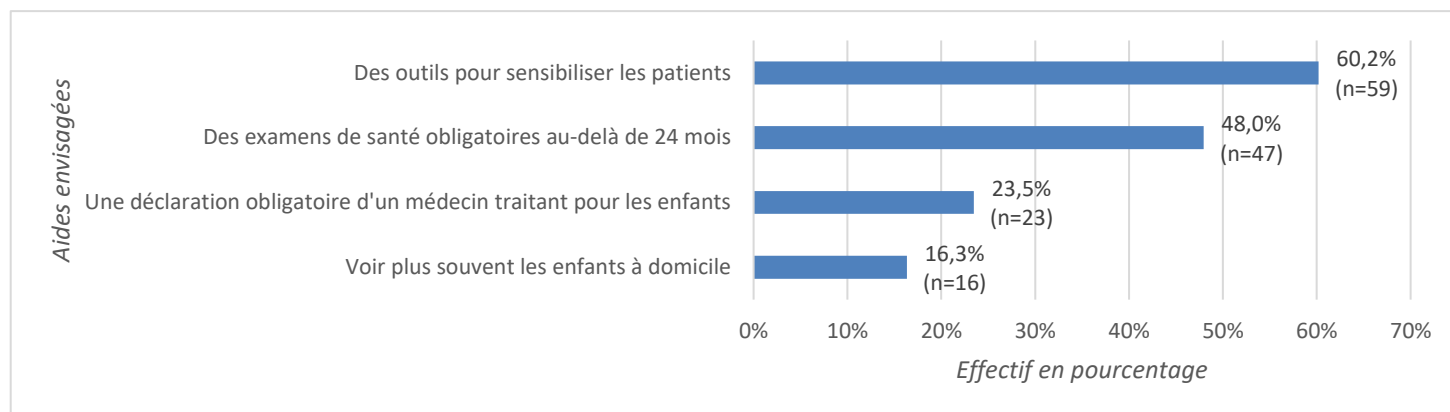


Figure 22 : Aides envisagées vis-à-vis des patients (n=90)

Trois médecins ont ajouté des propositions à celles évoquées par le questionnaire :

- Un « *certificat obligatoire à 3, 4, 5, 6 ans avec remplissage d'une case suspicion/risque de maltraitance comme elle existe pour le risque sur saturnisme et renvoyer le formulaire par le médecin comme les autres certif obligatoires* »,
- « *Une plateforme d'écoute pour les parents en difficulté* »,
- « *Une obligation à en parler systématiquement* ».

Deux médecins ont proposé d'autres solutions, sans se reconnaître dans celles envisagées :

- « *Plus de temps à la consultation* »,
- « *Ne pas être seul en présentiel lorsque l'on reçoit ce type de patients* ».

Cinq médecins n'ont pas répondu à la question et un médecin a répondu qu'il ne savait pas ce qui pourrait aider.

7. Remarques et suggestions des médecins interrogés

Une dernière partie permettait aux médecins interrogés de s'exprimer librement, de soumettre des suggestions. 31 médecins ont donc laissé une remarque à l'issue du questionnaire. 9 médecins ont laissé un mot d'encouragement et 6 ont souligné l'intérêt du sujet (« *très bon sujet* », « *très intéressante étude* », « *sujet difficile mais très important* », etc).

Par ailleurs, certains médecins ont insisté sur ce qu'il leur semblait important :

- **l'absence de retour des démarches effectuées (n=4)** : « *être informé du suivi de l'enfant après son placement* », « *pas de retour* », « *il n'y a pas de réponses de ces services aux*

informations données », « on ne reçoit aucun retour alors que l'on s'engage quand même beaucoup ! ».

- **l'importance d'une meilleure formation** (n=3) : « meilleure formation en médecine de ville », « je pense qu'il faut insister sur le manque de formation », « mal formé ».
- **la nécessité d'un soutien** (n=3) : « se sentir épaulé dans ce genre de situation », « je me suis sentie parfois isolée pour ce type de prise en charge, [...] je trouve ça beaucoup moins anxiogène que d'être seule à déterminer le risque de maltraitance potentiel », « seul ».
- **Le temps que demandent ces démarches** (n=3) : « Cela dit, c'est très chronophage », « c'est complexe, chronophage », « peu de temps ».
- **Un interlocuteur unique** (n=2) : « interlocuteur unique et disponible ».
- **Un document explicatif** (n=2) : « la mise en place de plaquettes avec coordonnées et procédures », « j'aimerais beaucoup [...] un protocole basque ».
- **Les difficultés de dépistage** (n=2) : « pour moi, la principale difficulté est de repérer les enfants maltraités, vu le nombre, on passe forcément à côté », « je n'ai aucun doute quant à ma conduite vis-à-vis de la maltraitance, si j'en rencontre, mais je n'en repère pas ! ».
- **Le manque d'écoute/considération des médecins** (n=2) : « je ne suis pas écouté, voire volontairement écarté car considéré comme ayant un parti pris (véridique) », « notre avis en tant que médecins traitants n'est pas demandé une fois les enfants placés et suivis par les services sociaux alors que nous avons souvent des informations intéressantes à fournir ».
- **Le manque de confiance dans les services sociaux** (n=2) : « je fais peu confiance aux services sociaux : inertie, pas de retour, placement de l'enfant », « la maltraitance dans les foyers des enfants déjà placés existe aussi. Le placement d'un enfant ne solutionne pas le problème fondamental de ses enfants : leur développement psycho-affectif ».

On peut également citer : **l'importance du lien avec l'hôpital** (« Pour moi, il est important de parler de l'hospitalisation en cas de suspicion de maltraitance. La relation médecin généraliste/pédiatre hospitalier doit être présente »), **la PMI** (« J'ai pris contact avec la PMI suite à un cas dans une famille que je suivais. Depuis, même en l'absence d'élément objectif, je leur fais part de mes doutes ou craintes et je trouve ça bien moins anxiogène que d'être seule à déterminer le risque de maltraitance potentiel. Nous échangeons également régulièrement sur les différentes familles que je suis ; ce que je trouve très bénéfique pour la prise en charge globale de ces familles ») ou **la médecine scolaire** (« je prône le retour de la médecine scolaire adaptée et efficace »), **la lourdeur de la procédure et la gestion de l'enfant et la famille** (« Pour avoir fait un signalement récemment, c'est une lourdeur administrative, que faire de l'enfant en danger, comment gérer la famille, pas d'interlocuteur unique, où orienter la famille et quoi faire après le signalement, c'est complexe, chronophage et enquête longue donc on a l'impression de ne pas être efficace comme il faudrait »), **le manque d'anonymat** (« très mauvaise expérience rapportée d'un directeur d'école qui n'a pas été protégé par l'anonymat »).

Certains médecins proposent : la mise en place d'une « **télé plateforme informative** », d'un « **suivi médico psychologique familial** » ou encore « être informé des enfants que l'on a suivi avant qu'une maltraitance ait été déclarée par un autre médecin afin de **reconnaître son manque de clairvoyance** ».

Un médecin en a profité pour livrer une réflexion personnelle intéressante : « C'est une réflexion très personnelle mais l'obésité le surpoids d'un enfant mal encadré peut être perçu comme tel ».

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1) Limites de l'étude

Le choix de la méthode quantitative par questionnaire pour évaluer les freins rencontrés et ressentis par les médecins généralistes peut sembler discutable. La plupart des études menées sur ce sujet ont été réalisées par l'intermédiaire d'entretiens, du fait d'une composante émotionnelle subjective non négligeable. Cependant, ce choix nous a permis de mesurer la fréquence de plusieurs freins ou difficultés recensés en amont de l'étude et de pouvoir plus facilement en tirer des conclusions extrapolables à l'ensemble de la population cible. De plus, cette méthode a permis d'envoyer le questionnaire à la quasi-totalité des médecins généralistes installés au Pays basque (à l'exception des médecins non joignables ou ayant refusé), participant à un objectif de sensibilisation sur le sujet auprès des médecins, ce qui nous a semblé également important concernant ce sujet de santé publique.

L'élaboration du questionnaire, limitant volontairement les questions ouvertes pour permettre une plus grande adhésion des médecins et donner plus de puissance à notre étude, nous a obligé à nous tourner vers des questions fermées ou à choix multiples. Cela a forcément conduit à une simplification dans la formulation qui a pu occulter certaines nuances nécessaires parfois à l'adhésion du répondant. De plus, en utilisant ce mode de questionnement, nous n'avons pu recueillir que les informations que nous avions prévues. Ce biais de mesure a été limité par la présence de deux questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer librement, volontairement placées avant les questions à choix multiples afin de ne pas induire de réponses suggérées. Les médecins ont été nombreux à répondre à ces questions ouvertes (respectivement 85,7% et 89,8%), donnant plus de poids à ces réponses.

Nous avons été confrontés à des biais de sélection. En effet, la participation au questionnaire étant basée sur le volontariat, un certain nombre de médecins n'a pas répondu à l'étude. Nous avons tenté de minimiser ce biais en effectuant deux relances par mails à différents moments de l'année (juin et septembre). De plus, notre échantillon était légèrement plus jeune que la population médicale totale des Pyrénées-Atlantiques avec une légère sur-représentation des médecins âgés de 30 à 39 ans, pouvant s'expliquer par une plus grande adhésion aux travaux de thèse en général chez les jeunes médecins, récemment installés. Enfin, nous avons constaté que 43,9% des médecins ayant participé à l'étude ont déclaré avoir déjà réalisé un signalement ou transmis une IP. Au vu des chiffres actuels du peu de transmissions provenant des médecins libéraux, comme expliqué dans notre introduction, cela nous semble beaucoup. Cela s'explique probablement par le fait que les médecins répondants se sentent plus concernés et peut-être plus à l'aise avec le sujet choisi pour cette étude.

Nous avons également été confrontés à des biais d'information. Le questionnaire étant basé sur les réponses déclaratives, certaines réponses ont pu être partiellement faussées, notamment par un déni de certains médecins de leurs propres difficultés ou par un biais de désirabilité sociale. L'étude par auto-questionnaire anonymisé nous a permis de minimiser au maximum ce biais car le répondant pouvait fournir des réponses plus proches de la réalité. Un

biais de mémorisation a également pu être présent du fait de questions portant sur l'ensemble de la carrière professionnelle des médecins, ainsi que sur leur formation initiale.

Enfin, un biais d'interprétation a pu apparaître au moment de l'analyse des questions ouvertes car les réponses des médecins pouvaient parfois être évasives ou succinctes. Ce biais a été limité par un double encodage des réponses des médecins à ces deux questions ouvertes, réalisé par un autre thésard, afin de limiter l'interprétation personnelle. Lorsque les interprétations différaient, les propositions étaient discutées pour limiter la subjectivité de l'enquêteur principal.

2) Forces de l'étude

Un des points forts de notre étude est le taux important de participation, notamment au cours de cette période sanitaire troublée. En effet 30,6% de la population cible et 32,5% de la population contactée ont répondu de manière exploitable au questionnaire. Par ailleurs, il y a eu un faible nombre de réponses manquantes au questionnaire (6 abstentions maximum aux questions fermées et 14 abstentions maximum aux questions ouvertes).

De plus, notre échantillon semblait très représentatif de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques en termes de sexe et d'âge, comme l'a montré la comparaison réalisée avec les données de la CPAM de 2018 [47], permettant une extrapolation des résultats à l'ensemble de la population. La seule différence significative portait sur les médecins âgés de 30 à 39 ans qui représentait 27,6% de notre échantillon et seulement 19,0% des médecins du département. Cela peut s'expliquer par plusieurs hypothèses : plus forte participation des jeunes médecins du fait de la proximité temporelle avec leurs propres études, potentiel rajeunissement de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques avec de nombreuses nouvelles installations depuis 2018 ou encore légère différence de population entre les Pyrénées-Atlantiques et le Pays basque, d'où est issu notre échantillon.

Enfin, on peut noter que les réponses données par les médecins aux deux questions ouvertes étaient dans l'ensemble concordantes avec les réponses aux questions fermées. Cela suggère une élaboration satisfaisante du questionnaire, avec une bonne prévision des réponses attendues, qui donne plus de poids aux réponses retrouvées.

2. Validité externe de l'étude

Notre étude abordait les différents freins ressentis par les médecins généralistes d'un point de vue quantitatif, à la différence de nombreuses études conduites, traitant du sujet de manière qualitative. Cependant, nos résultats sont globalement concordants avec ces publications, même si la méthodologie diffère. Les études réalisées ces dix dernières années en France sur le ressenti des médecins généralistes et les difficultés rencontrées pour signaler les suspicions de maltraitance infantile sont principalement des travaux de thèse. Les études internationales semblent moins appropriées pour comparer nos résultats étant donné les différences culturelles et sociologiques qui peuvent exister. Le système de protection de l'enfance, le système judiciaire ou encore la place et le statut du médecin généraliste différant

selon les pays et les cultures, il nous a semblé plus pertinent de nous consacrer aux études françaises réalisées, même si celles-ci sont parfois de moindre puissance.

La nécessité d'une certitude avant de signaler, rapportée par de nombreux médecins de notre étude, est retrouvée dans quasiment toutes les études portant sur le sujet, sous différentes formulations. Que ce soit « l'incertitude diagnostique et le seuil de preuve » [43], « l'absence de certitude et le besoin de preuve » [48], le fait d'être « inhibé par le doute » [47] ou « d'attendre la certitude diagnostique avant de lancer les investigations complémentaires » [42], les médecins généralistes français semblent tous freinés par le manque d'arguments. Il est intéressant de noter que cette notion n'est pas récente, ni exclusivement française car une étude menée en 1985 aux Etats-Unis auprès de médecins [51] montrait déjà la crainte d'agir sans être certain du diagnostic comme principale cause de non-signalement. Pourtant, la HAS est très claire dans son rapport de 2014 [37] en stipulant que « le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter ».

Par ailleurs, la peur de se tromper et de signaler de manière abusive, qui apparaît comme un des freins principaux évoqué par les médecins de notre étude, que ce soit en réponse aux questions ouvertes ou aux questions fermées, est également retrouvée dans d'autres études. C'est le cas par exemple dans une thèse quantitative réalisée en 2015 auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes [45] dans laquelle 80,2% des médecins citaient la peur de se tromper comme frein aux procédures. Ceci est également retrouvé dans d'autres études qualitatives [48], où la peur de se tromper et de déclencher à tort des conséquences néfastes sur les familles apparaît au premier plan.

Le manque d'interlocuteurs bien identifiés renforce le sentiment d'isolement du médecin généraliste, qui se sent trop seul pour gérer ces situations et prendre des décisions délicates. Cette solitude du médecin est exprimée également dans d'autres thèses, essentiellement qualitatives, réalisées auprès des médecins généralistes de Drôme-Ardèche en 2015 [42] ou encore des psychiatres d'Aquitaine en 2016 [43]. Le manque de communication entre les différents acteurs et surtout avec les médecins généralistes, qui sont pourtant en demande de partage avec une personne ressource, est également très présent dans une enquête recherche action réalisée en 2019 auprès des différentes institutions et des médecins généralistes d'Ariège [47]. En revanche, dans une thèse quantitative de 2015 auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes [45], ce sentiment d'isolement n'est retrouvé que chez 18,7% des médecins, contrairement aux 43,9% de notre étude. La HAS [37] rappelle que « compte tenu de la complexité des situations d'enfants en risque de danger, il est important que le médecin ne reste pas seul face au doute. Il doit se faire conseiller et la réflexion doit être si possible collégiale (travail en réseau incluant les médecins scolaires et/ou la PMI) ».

La méconnaissance des médecins, portant principalement sur les démarches à effectuer et les conséquences d'un signalement ou de la transmission d'une IP est également retrouvée dans les autres travaux [42, 43, 47]. Dans la thèse menée dans le Poitou-Charentes en 2015 [45], le manque de connaissance des procédures de signalement est reconnu comme un frein au signalement par 45,96% des médecins, ce qui s'approche du chiffre de 54,1% retrouvé dans notre étude.

Les difficultés liées au suivi des familles plusieurs fois citées par nos médecins n'est pas quelque chose de nouveau. En Aquitaine en 2016, les psychiatres interrogés [43] rapportaient principalement comme difficultés pour déclarer un enfant en danger « la perte de vue du patient », la peur que « l'alliance thérapeutique soit affectée » ou « que la famille n'ait plus

confiance en eux ». Le statut de médecin traitant est retrouvé comme pouvant être un facteur facilitant du repérage et du signalement des cas de maltraitance infantile chez 81,6% des médecins, ce qui est corroboré par une thèse quantitative de 2012 menée en Ile-de-France [44]. En effet, la place du médecin de famille y est retrouvée comme importante (64,5%) voire primordiale (19,2%) dans la détection et la prise en charge des cas de maltraitance, ce qui additionné donne un chiffre très similaire au nôtre, à savoir 84,6% des médecins. Ce résultat doit être nuancé car en 2018, dans l'Eure [46], une thèse quantitative ne retrouvait pas de lien significatif entre le statut de médecin de famille et le fait de signaler.

La crainte des conséquences néfastes du signalement pour l'enfant et la méfiance envers les services sociaux et le système judiciaire qui peut en être la cause ont déjà été évoquées à plusieurs reprises dans les travaux antérieurs [43, 45, 47]. En 1985, aux Etats-Unis [51], une des principales causes de non-signalement rapportée était le fait pour les médecins de croire qu'ils pouvaient travailler avec la famille pour résoudre les problèmes sans intervention extérieure. Ceci peut se rapprocher d'un manque de confiance dans le système et de son potentiel effet délétère sur les familles et/ou l'enfant.

La rupture du secret médical ou la crainte d'engager sa responsabilité professionnelle lors de la transmission d'une information que nous avons envisagé comme des freins potentiels lors de l'élaboration du questionnaire n'ont été retrouvés que pour un petit nombre de médecins. En effet, seuls 26,5% des médecins se sentent vulnérables et 10,2% peuvent être freinés par le secret médical, qui peut et doit être rompu dans ces circonstances, sans sanction ni poursuite pour le médecin. Ces chiffres sont retrouvés également dans la thèse réalisée dans l'Eure en 2018 [46] où la crainte d'engager sa responsabilité professionnelle est retrouvée chez 23,53% des médecins. Cependant, il est intéressant et paradoxal de noter que cette même thèse retrouvait un lien significatif entre le fait de ne pas signaler et la peur d'engager sa responsabilité professionnelle.

Sur le plan des aides envisagées par les différents médecins interrogés, les résultats obtenus sont similaires à l'ensemble des études réalisées : favoriser la coordination entre les différents acteurs de la protection de l'enfance en créant un interlocuteur unique facilement identifiable et la mise en place d'un réseau pluridisciplinaire, améliorer la formation des médecins sur le sujet, favoriser les retours d'information après un signalement ou la transmission d'une IP, mettre à disposition des outils pratiques (plaquette informative, page internet, annuaire local avec coordonnées). Quelques idées intéressantes ressortent en plus dans notre travail : mettre l'accent sur la prévention en amont, au niveau scolaire (affiches, explications en classe) ou médical (dépistage systématique des facteurs de risque via le carnet de santé), favoriser le suivi régulier des enfants par des examens obligatoires plus fréquents au-delà de 2 ans, mettre en place un lieu d'écoute et d'accueil pour les patients.

3. Discussion des principaux freins retrouvés

1) Un tiers des médecins estiment ne pas avoir de frein

Un des premiers points qui suscite des questions devant les résultats de cette thèse est le nombre élevé de médecins estimant ne pas avoir de frein pour signaler ou transmettre un IP face à un enfant en danger. Ils sont en effet 31,6% à avoir répondu « non », ou une réponse

apportant la même idée, à la question ouverte : « Quelque chose vous freine-t-il pour transmettre un signalement / une IP sur un enfant maltraité / à risque, et si oui quoi ? ».

Ce chiffre élevé contraste avec la part très faible de signalements émanant du corps médical en France (2 à 5% comme nous l'avons vu en fin d'introduction), ainsi qu'au niveau local. En effet, les chiffres, transmis par la cellule départementale de l'enfance en danger, montrent qu'en 2020, 1707 IP ont été traitées dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Parmi celles-ci 125 IP provenaient des centres hospitaliers ou des cliniques (soit 7,3%) et seulement 74 (soit 4,3%) des autres professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes libéraux, psychologues...). Les transmissions provenant des médecins généralistes libéraux sont tellement anecdotiques qu'elles ne sont pas individualisées dans les statistiques départementales. Notre étude visait à établir les différents freins pouvant expliquer ce constat et est partie du postulat que les médecins rencontraient forcément des difficultés pour réaliser les démarches en vue de la protection de l'enfant en danger. Ce chiffre élevé de médecins non freinés par une quelconque difficulté peut s'expliquer par plusieurs hypothèses.

Tout d'abord, cela peut s'expliquer par le biais de sélection dont nous avons discuté ci-dessus. En effet 43,9% des médecins ayant participé à l'étude ont déclaré avoir déjà réalisé un signalement ou une IP. Les médecins ayant déjà réalisé les démarches rencontrent probablement moins de freins car les démarches leur sont désormais connues, moins obscures et certainement moins anxiogènes. Par ailleurs, ce chiffre peut également montrer que la part de signalement ou d'IP émanant des médecins libéraux est peut-être sous-estimée dans les statistiques officielles. En effet, le médecin généraliste a régulièrement recours à un tiers ou un relai pour appuyer son hypothèse ou réaliser les démarches. Il hospitalise l'enfant ou l'oriente vers la PMI ou un pédiatre hospitalier, qui réaliseront eux-mêmes les démarches administratives de transmission d'information. Enfin, il faut tout de même rappeler qu'il est parfois difficile d'être confronté à sa propre faiblesse et que reconnaître ses difficultés personnelles n'est pas chose aisée ; un certain nombre de médecins peut ainsi se trouver dans une sorte de déni de ses propres difficultés ou de son possible manque de clairvoyance dans certaines situations.

2) Un manque de connaissances et de formation

La plupart des médecins (49%) évalue leurs connaissances sur la maltraitance infantile comme médiocres et ils sont peu nombreux (26,5%) à être à l'aise pour la dépister. Notre étude ne s'est pas attachée à interroger les médecins sur leurs connaissances théoriques, ne voulant pas réaliser une évaluation des connaissances, pouvant paraître jugeant pour les médecins. Mais il ressort de leurs réponses que ce manque de connaissances touche les signes cliniques de maltraitance ainsi que ses facteurs de risque, mais surtout les démarches nécessaires à la transmission d'une information préoccupante ou d'un signalement et les conséquences d'une telle transmission.

A l'origine de ces méconnaissances, le manque de formations, trop peu nombreuses et peu adaptées à la pratique de la médecine générale, est pointé du doigt par les médecins interrogés qui s'estiment, dans l'ensemble (66,3%), mal formés à la maltraitance infantile. 71,4% des médecins rapportent n'avoir reçu aucune formation sur le sujet. Cela est souligné par le Dr Anne Tursz, dans son rapport de juin 2013 au Sénat [51]. En effet, parmi les 335 items étudiés au cours de la formation initiale des étudiants en médecine, en vue des épreuves

classantes nationales, un seul est consacré à la maltraitance : « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile ». Selon ce rapport, ce sujet est « en général traité en 1 heure dans la plupart des facultés et l'accent est mis sur le syndrome de Silverman, loin de refléter la majorité des situations de maltraitance ». Par la suite, les internes de médecine générale assistent à quelques heures de cours sur le sujet (inclus dans le module « Santé du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent », à la faculté de Bordeaux par exemple) avec, selon le Dr Tursz, « un réel effort de formation théorique [...] à la problématique de la maltraitance envers les enfants mais le nombre d'heures consacrées à l'enseignement sur la maltraitance reste d'une grande variabilité d'une faculté de médecine à une autre et demeure totalement personne-dépendante, l'enseignant pouvant se passionner pour son sujet ou au contraire expédier au plus vite son pensum ». Ces enseignements se limiteraient également à 2 heures maximum pour les futurs pédiatres, contrastant fortement avec les obligations de formation pour tous les professionnels travaillant dans le domaine de l'enfance, présentes dans le code de l'Education. L'article L542-1 [52] stipule en effet que « 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. »

Le peu de temps consacré au sujet de la maltraitance infantile lors des études médicales renforce le sentiment de moindre importance de cette problématique, la reléguant au rang des faits anecdotiques. Ceci est contradictoire avec les résultats d'études américaines qui révèlent depuis de nombreuses années que la formation continue des médecins sur la maltraitance infantile multiplie par dix leur susceptibilité à signaler les abus [53] et que les médecins ayant reçu moins de 10h de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement moins que les médecins ayant reçu plus de 10h de formation [54].

Il est donc urgent de renforcer la formation des futurs médecins et de permettre aux médecins généralistes de continuer à se former dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Les médecins ont besoin de rappels fréquents pour pouvoir faire de la prévention, notamment en période prénatale, autant que de la prise en charge, en ayant les bases nécessaires pour discuter avec d'autres professionnels, souvent mieux formés au sujet qu'eux. L'accent doit impérativement être mis sur des formations pluriprofessionnelles, afin de favoriser en même temps la création d'un réseau pluridisciplinaire et de développer des relations de confiance entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir dans le champ de la protection de l'enfance, qui opèrent souvent avec des logiques et des contraintes différentes. C'est d'ailleurs ce que suggère le Dr Tursz dans son rapport [51] : « Les formations pluri professionnelles doivent être favorisées, dans la formation continue bien sûr mais aussi dans la formation initiale, ce qui suppose de vaincre des réticences universitaires quant aux prérogatives disciplinaires et d'abandonner au moins partiellement les cours magistraux pour des méthodes pédagogiques plus à même de faire réfléchir en commun futurs juges, avocats, enseignants, assistants sociaux, cadres de l'ASE, médecins, policiers, etc ».

Comme nous l'avions vu en introduction, les plans triennaux lancés ces dernières années contre les violences faites aux enfants [39, 40] ont pour objectif, entre autre, de développer la formation des professionnels de santé. L'objectif est de « dresser une cartographie des formations initiales et continues » [39] et d'organiser « des formations communes dès 2020 pour renforcer la coopération entre professionnels de terrain » pour « permettre aux

professionnels de compétences et d'horizons divers de partager une culture commune et de créer des synergies » [40]. On peut donc être confiant sur l'évolution de ces formations dans les prochaines années et sur les répercussions positives que cela pourrait avoir sur la prise en charge et le signalement des cas de maltraitance infantile par les médecins généralistes.

3) Quand le doute et l'incertitude inhibent le médecin

Les médecins sont freinés par l'absence de certitude devant les suspicions de maltraitance infantile. Selon eux, le « manque d'arguments » (44,9%) et la « difficulté à définir le cadre exact de la maltraitance » (53,1%) peuvent les mettre en difficulté. Les médecins souhaitent être sûrs du diagnostic de maltraitance infantile avant de lancer une enquête, ce qui contraste pourtant avec la démarche médicale habituelle qui n'est pas d'attendre la certitude diagnostique avant de lancer les investigations complémentaires. Le médecin n'étant pas enquêteur, il n'a pas à être certain de la maltraitance ou apporter une quelconque preuve avant d'alerter l'autorité compétente, dont la finalité est d'évaluer la situation de l'enfant et de proposer si besoin des solutions adaptées. Cette nécessité de certitude est très ancrée chez les médecins bien qu'erronée. On peut élaborer plusieurs hypothèses pour expliquer ces difficultés rencontrées par de nombreux médecins : manque de connaissances ou de formation sur le sujet et sur les procédures, manque d'expérience (reconnue par 50% des médecins), manque d'assurance ou d'objectivité, voire déni.

Les médecins semblent avoir un frein psychologique important à signaler sur de simples présomptions. Il faut cependant bien différencier le signalement au procureur, dans le cas d'une urgence, avec mise en danger immédiate, et la transmission d'une IP, dans les autres cas. L'Ordre des médecins [30] rappelle que « Dans le cadre de la transmission d'informations, le médecin porte à la connaissance de la cellule ses préoccupations/inquiétudes », il ne s'agit en aucun cas de preuves ou de certitudes. Il est primordial de redonner confiance aux médecins dans leurs compétences à repérer les suspicions de maltraitance infantile et de leur rappeler que la certitude diagnostique n'est en aucun cas le but recherché. Leur rôle n'est pas d'accumuler des preuves visant à accuser un ou des parents, ils doivent chercher avant tout à protéger l'enfant. La réflexion entre doute et certitude doit alors pencher en faveur de l'enfant, qui apparaît comme le plus vulnérable. Il appartient ensuite aux services médico-sociaux, voire judiciaires de se faire enquêteur, afin d'évaluer la réalité ou non de ces inquiétudes.

Par ailleurs, un médecin qui n'a pas la certitude absolue d'un cas de maltraitance doit chercher à se faire aider, à demander des avis, comme il le fait régulièrement dans toutes démarches diagnostiques classiques. Il faut rompre ce sentiment d'isolement, propre au médecin libéral, en s'entourant d'autres professionnels, plus habitués à ces situations. C'est ce que rappelle la HAS dans un arbre décisionnel, outil d'aide au signalement à disposition des médecins [55]. En effet, hors contexte d'urgence et devant un cas incertain, elle préconise de « demander conseil ». Elle suggère de s'orienter, selon les cas et les besoins, vers :

- Le conseil départemental de l'Ordre des médecins
- La CRIP du département
- Le numéro d'urgence 119
- La PMI
- Le médecin scolaire

Ces professionnels peuvent être des recours intéressants, en cas d'incertitude du médecin et permettre un suivi à court terme de l'enfant, selon les situations. A ces professionnels suggérés par la HAS, nous pouvons également ajouter, sur le plan local, le pédiatre de garde du CHCB ou la toute récente Uvie (unité de victimologie), service à part entière du CHCB, comme des interlocuteurs intéressants pour les médecins en demande de conseil. Il faut noter que dans le département des Pyrénées-Atlantiques, le poste de médecin de la cellule départementale de l'enfance en danger, au sein de la CRIP, est vacant, alors qu'il pourrait être un interlocuteur privilégié pour discuter des cas pour les médecins libéraux.

Les incertitudes du médecin peuvent également se rapprocher d'un certain déni de la situation. Déjà en 1962, Kempe [5] avait été interpellé par les difficultés des médecins à concevoir la maltraitance et à entreprendre un questionnement adapté aux parents. Il relevait que « De nombreux médecins trouvent difficile qu'une telle brutalité ait pu survenir et tentent d'effacer de telles suspicions de leur esprit, même face à des preuves évidentes. [...] Une des raisons possibles est que l'antipathie générée en réponse à de telles situations est si grande qu'il est plus facile pour le médecin de nier la possibilité d'une telle attaque que de devoir gérer la colère excessive qui surgit en lui quand il réalise la vérité de la situation ». Le Dr Adeline Kompé-Tchamgoué, psychiatre, a publié en 2013, un article intéressant sur les freins psychologiques des professionnels face à ces situations de danger [56]. Elle rappelle en avant-propos qu'il est dangereux d'imaginer que « le professionnalisme protège du doute » et de penser « qu'il est à priori naturel de dénoncer le danger, pour un enfant ». En effet, notre subjectivité entre forcément en jeu pour la compréhension de la situation et « ignorer notre propre vulnérabilité sous prétexte de professionnalisme est une erreur ». Chaque situation va entrer en résonance avec notre propre histoire (histoire familiale, statut parental, expérience professionnelle, contexte culturel, religion etc...), il faut alors travailler pour « pouvoir imaginer la famille, d'abord idéalisée, comme potentiel lieu de souffrance ». De plus, comme le suggérait déjà Kempe, la confrontation du professionnel avec une situation de danger le soumet à « une violence telle qu'elle mobilise chez lui des émotions et des affects par effet de résonance » et va déclencher des mécanismes de défense chez celui-ci. « L'inadmissible violence donnée à voir par son semblable conduit à des phénomènes de projection, de banalisation, voire d'accusation de mensonge de la victime, qui nourrissent le déni », ce qui conduit le médecin à une certaine paralysie voire une sidération, l'empêchant de voir la réalité des faits. Ces notions doivent bien être gardées en mémoire par chaque praticien, afin d'en être conscient et de savoir y remédier.

4) La crainte d'une erreur de jugement et de ses conséquences

Au-delà de l'incertitude, « la peur de se tromper » (65,3%) ou « la peur de signaler de manière abusive » (68,4%) sont des freins majeurs pour nombre de médecins, exprimés spontanément par 20,4% des médecins en réponse aux questions ouvertes. Ces peurs expriment surtout la crainte des conséquences pour la famille en cas de jugement médical infondé. Comme face au doute et à l'incertitude, le médecin va alors chercher à accumuler des preuves avant de lancer une procédure, retardant l'enquête et perdant de vue son rôle principal : protéger l'enfant. La décision de signaler semble dans ce cas guidée davantage par la relation « médecin-parents » que par l'intérêt de l'enfant.

Le déclenchement d'une enquête qui se révélerait injustifiée et pourrait laisser des séquelles psychologiques, financières ou sociales au sein des familles concernées et causer du tort aux parents est au premier plan. Inconsciemment, le médecin semble s'identifier aux parents et aux conséquences d'une fausse allégation sur ceux-ci. Or, les conséquences dramatiques d'un non-signalement d'un enfant en danger devraient primer avant tout. Cependant, on peut émettre l'hypothèse que beaucoup de médecins pensent uniquement au signalement au procureur de la République, occultant parfois la transmission d'une IP, procédure moins judiciaire et probablement moins lourde de conséquences pour les familles. Ce recours à l'IP et à la CRIP, introduit par la loi de 2007, c'est-à-dire il y a moins de 15 ans, est peut-être encore insuffisamment connue des médecins généralistes. Ceci reste une hypothèse car notre questionnaire ne visait pas à étudier la connaissance des médecins en terme de procédures.

Comme nous l'avons vu, ce frein psychologique peut s'apparenter à une certaine identification inconsciente du médecin aux parents, et aux conséquences qu'une allégation erronée pourrait avoir sur eux et sur la cellule familiale. Le Dr Kompé-Tchamgoué [56] souligne « l'empathie sournoise envers le parent maltraitant » qui peut germer chez le médecin. Cette empathie peut d'autant plus se développer que le comportement de l'enfant nous met en échec : enfant agité, turbulent, voire agressif. Mais la psychiatre rappelle que « les comportements de l'enfant, quels qu'ils soient, sont révélateurs d'une situation de danger » car celui-ci « s'est parfois construit sur un mode relationnel carencé : les seuls moyens d'expression qu'il trouve prennent alors la tonalité de conduites transgressives par lesquelles les adultes, bien que professionnels, vont se sentir attaqués ». Cela nous rappelle qu'il faut être particulièrement vigilant envers ces enfants, étiquetés hyperactifs par exemple.

Pour certains médecins, la parole de l'enfant peut être mise en doute (22,4%) ou le médecin peut estimer que l'enfant est manipulé (40,8%). Comme le rappelle toujours le Dr Kompé-Tchamgoué [56], l'enfant maltraité est « inscrit dans une pathologie du lien et de l'attachement » avec parfois « une inversion des rôles face à ses parents : il cherchera à protéger son parent, ayant pressenti les enjeux et les risques pour ce dernier ». Certains médecins ont également souligné la manipulation potentielle de la part des parents avec notamment « *les situations où la maltraitance peut être utilisée sur le plan judiciaire dans le cadre d'un divorce par exemple* », rendant les médecins frileux à engager des procédures pouvant être lourdes de conséquences.

Enfin, il est important de souligner que certaines formes de maltraitements sont plus difficiles à cerner que d'autres. Ainsi les négligences ou la maltraitance psychologique posent souvent plus de difficultés aux médecins que la maltraitance physique. Il faut une grande connaissance de l'enfant et une belle capacité d'écoute pour que le médecin puisse déceler ces situations et leurs répercussions sur l'enfant. La formation est là aussi importante pour apprendre à recueillir la parole de l'enfant et adapter son comportement face à un enfant alléguant des faits de maltraitance. Des enseignements, comme ceux reçus au cours de la formation initiale sur l'annonce d'une maladie grave par exemple, peuvent être intéressants, notamment sous forme de jeux de rôle ou mise en situation.

5) L'isolement du médecin : savoir demander de l'aide

Au-delà des freins psychologiques que nous venons d'évoquer, le sentiment d'isolement du médecin généraliste, qui se sent « trop seul pour gérer ces situations », est reconnu par 43,9% des médecins. Les médecins estiment manquer d'un « interlocuteur privilégié » (72,4%) et de « lien avec les services sociaux » (59,2%). Dans les réponses aux questions ouvertes, un des freins fréquemment mis en avant par les médecins est la difficulté à identifier les personnes ressources, exprimée par « *des numéros difficiles à trouver* » ou la difficulté « *à prendre la décision sans pouvoir en discuter avec un autre intervenant* ».

Or, ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider est primordial, face à ces situations. Le médecin doit se construire un réseau pluridisciplinaire et s'entourer des bonnes personnes, pour être aidé tant sur la forme des procédures que pour renforcer ses décisions par une discussion collégiale si besoin. La mise en place d'une personne référente, d'un interlocuteur unique ou d'une ligne téléphonique dédiée est citée en premier lieu par les médecins que ce soit en réponse à la question ouverte concernant les aides envisageables ou aux questions fermées. La volonté de prendre l'avis de confrères a été exprimée spontanément, de façon différente mais récurrente, par les médecins interrogés : prise de décision collégiale, avis hospitalier, avis d'un pédiatre ou d'un spécialiste, intervention d'un tiers, réseau pluridisciplinaire, appui d'une assistante sociale... C'est d'ailleurs par cette même idée que le Dr Kompé-Tchamgoué conclut son très intéressant article [56] sur les freins psychologiques à la révélation de ces situations de maltraitance : « Quel que soit le dispositif, supervision, réunion institutionnelle ou échange informel avec un collègue de confiance, il faut mettre en œuvre le nécessaire pour épargner au professionnel ce facteur de vulnérabilité qu'est la solitude, quand il est confronté à ces questions vers lesquelles l'enfant en danger nous conduira inexorablement, au risque de ne pas pouvoir le protéger ». C'est également ce que préconise la HAS [8] qui rappelle que « compte tenu de la complexité des situations [...], les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI », en dehors des situations d'urgence bien sûr.

Le médecin de PMI apparaît comme un interlocuteur possible reconnu par les médecins. Il est souvent plus habitué à ces procédures et agit au sein d'une structure, le rendant moins isolé. Il peut également lui permettre de garder une certaine distance envers les procédures enclenchées, de garder l'anonymat afin de maintenir une alliance thérapeutique intéressante avec les familles. Les pédiatres sont également vus par les médecins généralistes comme des personnes référentes, plus spécialisés qu'eux dans le domaine de la maltraitance. Pourtant, comme nous l'avons vu précédemment dans le rapport du Dr Anne Tursz [51], leur formation reste également légère sur ce sujet et de nombreux pédiatres présentent des difficultés à signaler les cas de maltraitance, même au sein des équipes pédiatriques hospitalières. La médecine scolaire, quant à elle, bien que citée comme un interlocuteur privilégié par la HAS [8], ne semble pas être une aide pour les médecins généralistes. En effet, 43,9% d'entre eux suggèrent une « amélioration des liens avec le système scolaire ». Seuls deux médecins interrogés parlent spontanément de la médecine scolaire évoquant une nécessaire « *facilité de concertation avec les [...] services scolaires* » ou encore « *le retour de la médecine scolaire adaptée et efficace* ». Les médecins scolaires ont toute leur place dans le dispositif de dépistage et de révélation des cas de maltraitance, en collaboration avec les enseignants de l'Education nationale, mais le manque de personnel et les nombreux postes vacants dans ce secteur ces dernières années limitent leur disponibilité et la prise en charge de proximité. L'hospitalisation de l'enfant a été

citée à plusieurs reprises par les médecins. Celle-ci peut s'avérer indispensable en cas d'une nécessité de mise à l'abri de l'enfant. Elle peut également être intéressante pour aider à poser le diagnostic de maltraitance infantile, permettant de réaliser des examens cliniques et paracliniques dans de meilleures conditions, de se donner du temps pour réfléchir, de rassembler différentes informations pour aider à la prise de décision ou d'analyser l'évolution de la situation. Elle aide en outre le médecin traitant à assurer son rôle auprès des familles, en lui venant en aide sans dénoncer.

La notion d'information partagée, introduite par la loi du 5 mars 2007 [19] et rappelée par le Code de l'action sociale et des familles [36], comme vu précédemment en introduction, prend dans ce contexte toute son importance, pour briser l'isolement du médecin. Cependant les limites de cette loi sont floues car il est difficile pour un médecin de savoir strictement « ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance » et de définir clairement quels sont les acteurs qui « apportent leur concours » à cette mission. De plus, ce partage d'information est soumis à l'information préalable des parents, « sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant », ce qui peut être difficile à juger individuellement pour le médecin généraliste. Afin que les professionnels puissent communiquer plus facilement et sans crainte de rompre le secret médical, il pourrait être intéressant que le texte de loi soit plus précis et mieux diffusé auprès de tous les acteurs en jeu.

6) Une probable méfiance envers les services sociaux et le système judiciaire

A la peur de signaler abusivement suite à un jugement erroné et les conséquences familiales qui peuvent en résulter, comme nous venons de le voir, s'ajoute parfois la crainte des conséquences néfastes d'un signalement pour l'enfant. En effet, certains médecins évoquent comme un frein potentiel leur crainte d'un retrait de l'enfant de sa famille ou la « peur d'aggraver le cas de l'enfant » (33,7%). Le signalement apparaît alors comme une démarche qui peut bouleverser la vie de l'enfant et de sa famille, par la mise en route d'une machinerie administrative et judiciaire incontrôlable et inarrêtable. La procédure de signalement ou d'IP n'est dès lors plus vue comme une aide ou la mise en place d'une enquête mais comme une accusation, à tort ou à raison, d'une famille. L'évolution dramatique de certains enfants (conduites à risque, prises de toxique, délinquance) est parfois malheureusement imputée au placement et non aux maltraitances subies, dans l'imaginaire collectif, nourri par les médias.

On peut émettre l'hypothèse que ceci révèle un manque de confiance envers les services sociaux et judiciaires de la part des médecins. Ils sont d'ailleurs 17,3% à reconnaître manquer de « confiance dans le système administratif ou judiciaire », même si seulement deux médecins l'ont exprimé tel quel dans les questions ouvertes. La « peur de stigmatiser la famille » (38,8%) citée dans les réponses fermées peut être comprise comme une stigmatisation par le médecin, la société ou encore par les services sociaux, ce qui va dans le sens de notre hypothèse de méfiance vis-à-vis de ces services.

Ces craintes pourraient certainement être amoindries par une meilleure connaissance du parcours du signalement ou de l'IP et du rôle des services sociaux mais surtout par un meilleur retour sur les démarches effectuées afin que les médecins puissent se rendre compte de l'impact de leurs écrits ou des aides mises en place. Cette absence de retour est d'ailleurs signalée comme un frein par 13,3% des médecins. Bien que le procureur de la République et le président du

conseil départemental aient l'obligation d'informer la personne à l'origine du signalement ou de l'IP de l'issue des procédures [29], cela n'est quasiment jamais fait selon les médecins généralistes, qui se sentent laissés de côté. Pourtant un tel retour permettrait une revalorisation de ces procédures chronophages, une amélioration des liens avec les services sociaux, dont le manque est signalé par 59,2% des médecins, et une meilleure confiance des médecins dans le système. Cela pourrait également permettre aux médecins de progresser dans le diagnostic de la maltraitance infantile qui reste délicat, en sachant quel a été l'aboutissement du signalement ou de l'IP qu'ils ont transmis. Dans la même idée de formation et de progression, un des médecins a également suggéré qu'il serait intéressant d'être informé des enfants suivis auparavant et pour lesquels un signalement ou une IP ont été réalisés par un autre médecin « *afin de reconnaître son manque de clairvoyance* ». L'implication du médecin dans les suites de la procédure semble primordiale pour qu'il se sente concerné.

Il faut tout de même rappeler que le manque de retour suite à une transmission et le manque de liens entre les différentes instances et les médecins généralistes sur le terrain sont effectivement des dysfonctionnements regrettables mais ne sont en aucun cas des raisons valables pour ne pas signaler un enfant potentiellement en danger.

7) La rupture du secret médical

Contrairement à ce que nous pensions, peu de médecins se disent freinés par le risque de rompre le secret médical (10,2%) ou par la peur d'engager leur responsabilité professionnelle (11,2%). Ce frein moins marqué que ce à quoi nous nous attendions peut s'expliquer par un échantillon plus jeune que la population source, avec la tranche d'âge des 30-39 ans plus représentée. En effet, les médecins plus jeunes ont sûrement été mieux formés sur ce sujet car la notion de dérogation au secret médical a été renforcée ces dernières années par les textes de loi : modification en 2007 du Code de l'action sociale et des familles [36] et en 2015 du Code pénal [35]. Leur formation, plus récente, peut expliquer qu'ils connaissent mieux cette dérogation.

Malgré ce cadre légal autorisant la levée du secret médical dans ce contexte, plus d'un quart des médecins (26,5%) se sentent tout de même vulnérables (menace, représailles, craintes des poursuites judiciaires) en tant que médecin généraliste. C'est, entre autre, pour cela que le Dr Catherine Bonnet, pédopsychiatre, soutenue par le Dr Jean-Louis Chabernaud, pédiatre réanimateur, réclame depuis de nombreuses années un amendement de l'article 226-14 du Code pénal [35] qui permet actuellement la levée du secret en cas de sévices. Ils souhaitent que cette possible dérogation devienne désormais une obligation pour les médecins [57]. Cette obligation de révélation des sévices sur mineurs figure déjà dans l'article 40 du Code de procédure pénale [58] mais ne s'applique qu'à « tout officier public ou fonctionnaire » et non à l'ensemble des médecins. Les médecins de PMI, de médecine scolaire ou les médecins hospitaliers sont donc concernés par cette obligation mais pas les médecins libéraux de ville par exemple.

L'extension de cette obligation de signalement à l'ensemble des médecins fait débat et a fait l'objet de plusieurs amendements, notamment en 2015 et 2018, qui n'ont pour l'instant pas été adoptés. Les différents argumentaires sont repris dans le rapport d'information présenté au Sénat le 5 février 2020 par les sénatrices M.Carrère, C.Deroche, M.Mercier et M.Meunier [59]. Selon les Dr Bonnet et Chabernaud, l'obligation de signaler permettrait de poser une règle

claire qui favoriserait les signalements et apporterait « une plus grande sécurité juridique aux professionnels, en les mettant à l'abri des poursuites pénales, civiles ou disciplinaires auxquelles ils sont aujourd'hui exposés ». En effet, le rapport rappelle que « entre 1997 et 2014, environ 200 médecins ont fait l'objet de poursuites pénales et/ou de sanctions disciplinaires à l'initiative des auteurs présumés de violences, entraînant des inquiétudes au sein du monde médical », car la loi actuelle entretient un flou juridique, pouvant conduire à des poursuites. Par ailleurs, s'appuyant sur plusieurs études récentes, le rapport d'information établit une comparaison avec les pays ayant introduit cette obligation de signalement ces dernières années, comme les Etats-Unis et le Canada, progressivement depuis 1965. Ainsi, le nombre de signalements se révélant fondés après investigation apparaît « quatre fois plus élevé en Amérique du Nord qu'il ne l'est en Angleterre » où il n'existe pas d'obligation. Les arguments qui s'opposent à cette obligation de signalement sont : risque de perte de confiance des victimes en leur médecin, systématisation du signalement nuisant à la qualité de l'information transmise, multiplication des signalements infondés, déresponsabilisation du médecin ne lui permettant pas d'« agir avec discernement selon les situations, souvent complexes ».

Dans tous les cas, il est bon de rappeler que « l'obligation de signalement ne fera pas disparaître le doute ». C'est cette question de la véracité des sévices qui est primordiale pour les médecins car un professionnel certain d'une maltraitance envers un mineur ne refusera jamais de transmettre l'information nécessaire.

4. Implications concrètes des résultats

1) Les aides envisageables au Pays basque

A partir des freins évoqués par les médecins et des aides qu'ils ont envisagées dans les différentes réponses du questionnaire, nous pouvons aborder plusieurs éléments à mettre en place afin de faciliter la transmission d'une information devant une suspicion de maltraitance infantile, au Pays basque.

D'une part, les médecins sont en demande d'un interlocuteur privilégié et unique, d'une personne référente. C'est la première chose qu'ils ont citée comme pouvant leur être utile, que ce soit en réponse à la question ouverte ou aux questions fermées. Ils ont besoin de se sentir moins seuls et isolés dans ces situations afin de discuter de leur point de vue avec quelqu'un de compétent. C'est un des rôles de l'Uvie, mise en place récemment à l'hôpital de Bayonne et dont nous parlerons dans le paragraphe suivant. La PMI apparaît également comme un interlocuteur de choix dans ce domaine. Par ailleurs, la mise en relation des différents acteurs est primordiale. Il faut organiser des rencontres entre les médecins (libéraux, hospitaliers ou encore de la PMI), les intervenants de la protection de l'enfance et du système judiciaire, le procureur de la République de Bayonne (Jérôme Bourrier, en poste depuis le 09/03/2020) et le président du conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques (Jean-Jacques Lasserre, en poste depuis 2014). Le fait de connaître ses interlocuteurs potentiels permettrait de rompre le sentiment d'isolement des médecins et d'expliquer à chacun son rôle dans la stratégie de protection de l'enfance. La connaissance des partenaires pourrait augmenter la confiance réciproque et les échanges d'informations.

Par ailleurs, les médecins sont également en demande d'un support visuel, visant à simplifier la recherche d'informations et la réalisation de ces procédures chronophages. Les propositions sont diverses : brochure explicative simple, arbre décisionnel, plateforme d'aide en ligne, annuaire de contacts utiles, document type à remplir, etc... Un modèle type de signalement (Annexe 2) est, d'ores et déjà, disponible sur le site du Conseil de l'Ordre des médecins [30] mais semble peu voire pas connu des médecins. Il serait intéressant de le faire circuler de manière plus visible à l'ensemble des médecins généralistes. Il n'existe pas actuellement de formulaire type pour la réalisation d'une IP en libéral, au niveau national ni départemental dans les Pyrénées-Atlantiques. En revanche, le CHCB a mis au point une fiche pour la transmission des signalements et des IP (Annexes 3 et 4), en lien avec le parquet et l'ASE, pour faciliter les démarches, que nous allons pouvoir transmettre aux médecins libéraux. Devant cette demande de support des médecins, nous avons également réalisé, avec le Dr Lazaro, une fiche récapitulative simple et pratique à destination des médecins généralistes libéraux du Pays basque, sur laquelle nous reviendrons à la fin de ce travail.

Le manque de connaissances dans le domaine, lié en grande partie à un défaut de formation, est déploré par de nombreux médecins. Par exemple, la formation continue, dans le cadre du DPC, ne propose aucune formation sur le thème de la maltraitance infantile dans la région Nouvelle Aquitaine pour l'année 2021 mais il existe quatre formations en lien avec la maltraitance faite aux femmes (Annexe 5). Pour pallier ce problème majeur, il faut continuer à multiplier les interventions sur le plan local. Un des médecins interrogés en a d'ailleurs souligné l'intérêt : « *J'ai assisté dernièrement à une réunion avec le Dr LAZARO qui nous a donné les coordonnées pour faire ce signalement et j'espère que mon attention sera attirée sur ce problème si je devais le rencontrer* ». Ces colloques, réunions, conférences aux médecins généralistes par des acteurs locaux ne sont pas à négliger, et même à encourager. C'est ce qui commence d'ailleurs à être mis en place par l'Uvie, sur le thème des violences conjugales.

Enfin, il faut appuyer la diffusion d'information auprès des patients, à l'aide de supports visuels (affiches, coordonnées, conduite à tenir) dans les salles d'attente des médecins, des sages-femmes, ou encore dans les écoles. Il est important également de parler avec les patients, en désir d'enfant, au cours de la grossesse ou lors du suivi des nourrissons, des risques de maltraitance infantile, afin de lever les tabous. L'entretien du 4^{ème} mois de grossesse est particulièrement important et adapté à la recherche des facteurs de risque psycho-sociaux, tout en insistant sur le fait que toutes les catégories socio-professionnelles peuvent être touchées. Le médecin généraliste doit évoquer avec la femme enceinte les besoins du nourrisson, l'importance des interactions avec l'enfant dès son plus jeune âge, la nécessité d'être entourée et soutenue, ou encore les aides possibles en cas de fragilité parentale. La PMI tient là un rôle clé, apparaissant comme la base du soutien à la parentalité et pouvant orienter les personnes en demandes vers des associations ressources.

2) La place de l'Uvie

Comme nous l'avons vu précédemment, l'unité de victimologie, dite Uvie, a ouvert dans les locaux du CHCB début janvier 2020. Son objectif est de proposer « en un lieu unique et avec du temps dédié une prise en charge spécifique, pluridisciplinaire et coordonnée avec les acteurs extrahospitaliers de ces patients victimes de maltraitance » [60]. L'équipe est pluridisciplinaire et composée des Docteurs Aurélie Bourgain (gynécologue), Céline Belleau

(pédiatre), Leire Etchandy (pédiatre), Marie-Aude Gimenez (psychiatre), Marie Soulat (urgentiste et médecin coordonnateur), ainsi que de Sabine Borel (sage-femme), d'une psychologue, de deux assistantes sociales (violences conjugales et protection de l'enfance) et de deux secrétaires, soutenue par Julie Valère, responsable des services sociaux de l'hôpital et cadre socio-éducatif de l'Uvie. Une juriste de l'ACJPB est également présente tous les matins. L'équipe est joignable par mail (uvie@ch-cotebasque.fr) ou par téléphone de 9h à 16h45 (05 33 78 81 37), comme le rappelle la brochure (Annexe 6). Les consultations pour les victimes, gratuites, ont lieu uniquement sur rendez-vous mais un avis peut être pris par les médecins par téléphone aux horaires d'ouverture de l'unité. Cela permet aux médecins généralistes d'avoir un numéro unique pour discuter avec des personnes référentes et pouvoir adresser leurs patients à une consultation dédiée. Cela permet aussi d'apporter une aide sur le plan des démarches via les assistantes sociales ou la permanence juridique de l'ACJPB.

Le rapport d'activité de l'Uvie pour l'année 2020 [60], première année de fonctionnement, montre que « 69 mineurs [...] ont été pris en charge en consultation à l'Uvie et 47 supplémentaires en hospitalisation en pédiatrie », soit un total de 116 mineurs pris en charge au CHCB par l'Uvie, dans le cadre de violences conjugales ou intra-familiales, d'agressions sexuelles (19 cas) ou sur la voie publique ou encore de harcèlements. Les mineurs représentent un peu plus de 20% des affaires traitées. Seuls 8% des patients (majeurs et mineurs confondus) ont été adressés par des médecins de ville. Sur ces 116 mineurs, 25 signalements ont été effectués auprès du Parquet et 22 IP ont été transmises à la CRIP par l'Uvie, soit plus de 40%. Il y a eu 46 IP transmises en 2020 sur l'ensemble du CHCB (Uvie, pédiatrie, maternité).

Les consultations de pédiatrie de l'Uvie sont en général proposées d'emblée à l'ensemble de la fratrie. Un entretien a lieu avec les parents puis l'enfant est accueilli seul, afin de libérer au maximum sa parole. Le rapport d'activité signale que « un lien avec les professionnels déjà en charge de l'enfant (médecin traitant, PMI, assistantes sociales de secteurs ou scolaires) est travaillé ». L'assistant social prend systématiquement contact avec les services départementaux et/ou la PMI, l'association de Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte du Pays Basque ou le service social scolaire, afin de savoir si l'enfant est connu.

L'Uvie compte aussi une mission de sensibilisation du public et des professionnels (module de 3h, réalisé 12 fois sur le territoire en 2020, permettant de sensibiliser 700 professionnels), et de formation (3 jours dont une journée pratique, formation payante accessible par le DPC pour les médecins) sur le thème des violences conjugales. Une sensibilisation a également été réalisée sur le harcèlement scolaire, auprès d'enfants et de leurs parents. Pour l'instant, il n'y a pas de module traitant spécifiquement de la maltraitance infantile mis en place.

Depuis son ouverture en janvier 2020, l'activité de l'Uvie n'a fait que croître, nécessitant un renfort de moyens humains pour l'année 2021. Son implantation dans le territoire basque se fait petit à petit et a bien été repéré par les différents partenaires et associations venant en aide aux personnes victimes de violences. L'adressage par les médecins libéraux (8%) reste relativement faible, mais devrait augmenter progressivement avec le temps, lorsque les médecins libéraux percevront pleinement cette unité comme un relai et une aide possible dans la prise en charge de leurs patients.

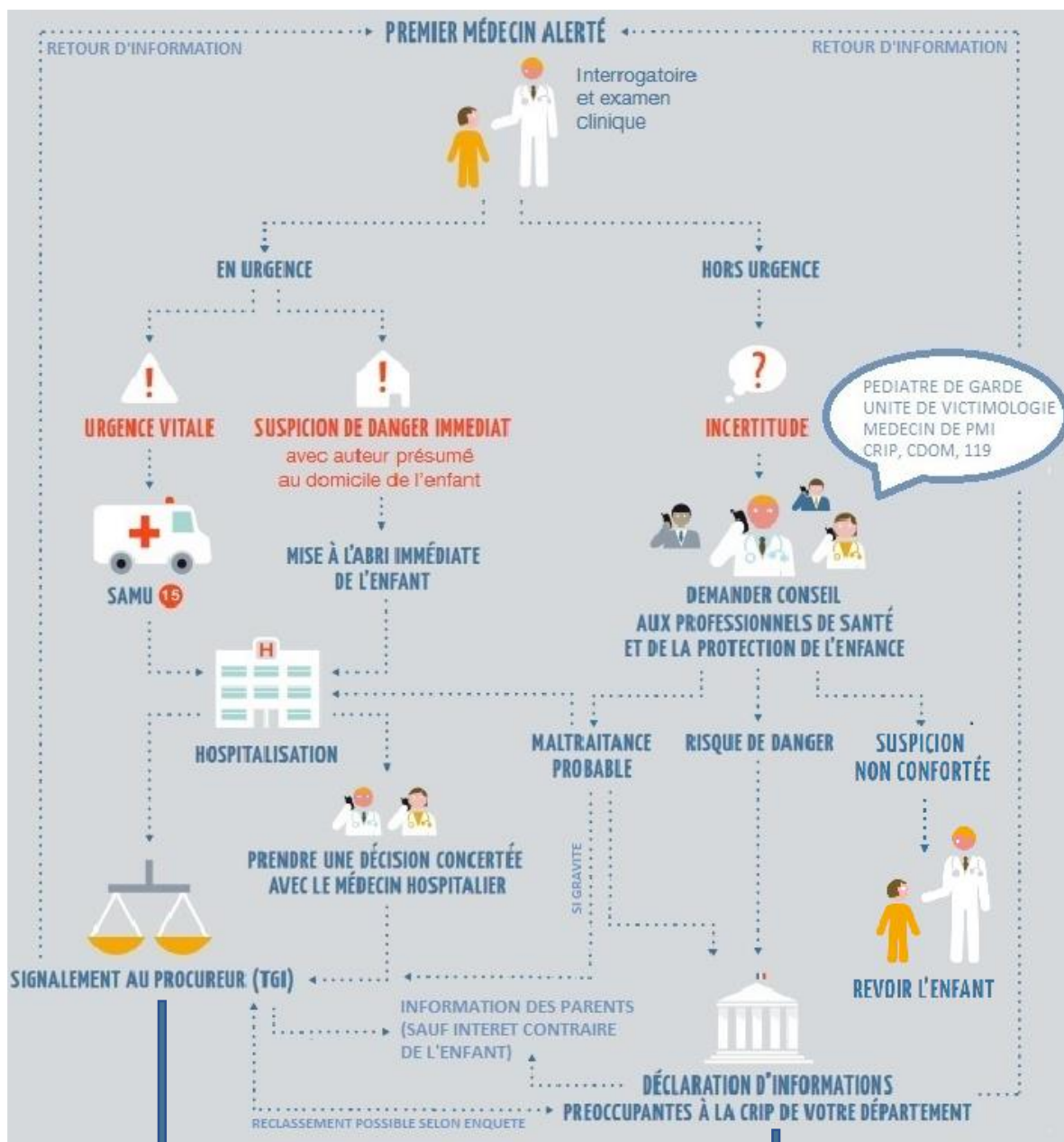
3) Fiche explicative pour les médecins généralistes du Pays basque

En plus, d'une personne référente et/ou d'une consultation dédiée aux maltraitances infantiles, demandées par les médecins généralistes et matérialisée, entre autre, par l'Uvie dont nous venons de discuter, les médecins sont également demandeurs d'un document simple, explicatif afin de raisonner et simplifier la recherche d'information (notamment les coordonnées utiles). Dans ce but, nous avons réalisé une fiche résumant la prise en charge d'un enfant maltraité ou suspect de l'être par les médecins généralistes libéraux du Pays basque. Reprenant l'arbre décisionnel publié par la HAS [55], nous l'avons complété et surtout adapté au territoire, afin de regrouper toutes les informations et numéros utiles aux médecins pour agir, demander de l'aide, se concerter, signaler ou encore transmettre une IP selon les situations. A l'issue de ce travail de thèse, cette fiche sera transmise à l'ensemble des médecins généralistes libéraux dont nous avons pu initialement récupérer les adresses mails.

Cette fiche renvoie en lien hypertexte au modèle type de signalement transmis par l'Ordre des médecins (Annexe 2). Il n'existe à ce jour, à notre connaissance, pas de fiche type pour la transmission d'IP par les médecins libéraux à la CRIP des Pyrénées-Atlantiques. Nous avons donc inséré en lien hypertexte un modèle issu du département des Ardennes, disponible sur Internet. Nous leur enverrons également la fiche type de signalement (Annexe 3) et d'IP (Annexe 4) réalisées par le CHCB, en lien avec l'ASE et le Parquet.

Nous espérons que cette fiche aidera les médecins généralistes à savoir que faire, à qui s'adresser et comment réaliser les procédures de signalement et d'IP, en aplanissant certaines difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

Conduite à tenir des médecins généralistes libéraux du Pays basque face à une situation de maltraitance infantile



Pédiatre de garde
(CHCB) : 05 59 44 38 84

Uvie : 05 33 78 81 37
(L au V, 9h-16h45) ou
uvie@ch-cotebasque.fr

PMI : (L au V, 9h-12h
13h30-17h)
<https://lannuaire.service-public.fr/navigation/nouvelle-aquitaine/pyrenees-atlantiques/pmi>

OBLIGATOIREMENT PAR ECRIT au Procureur

(courrier avec accusé de réception)
+/- par téléphone ou fax dans l'urgence
+ **copie à la CRIP** + **copie dans le dossier médical**
(ne pas remettre à la famille car dossier judiciaire)

Formulaire du Conseil de l'ordre : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/modele_signalement_mineur.pdf

TJ (ex TGI) de Bayonne :

- Tél : 05 59 44 54 00 (9h-12h 14h-17h, L au V)
- Fax : 05 59 44 54 54
- Mail : permanence.mineurs.pr.tj-bayonne@justice.fr
- Tribunal Judiciaire de Bayonne – 17 avenue de la Légion Tchèque – 64109 Bayonne Cedex

Autres TJ en France : <https://lannuaire.service-public.fr/navigation/tgi>

PAR ECRIT OU PAR ORAL à la CRIP

(formulaire, papier libre, mail, fax, téléphone)

Exemple de formulaire (issu du département des Ardennes) :
https://cd08.fr/sites/default/files/formulaire_de_recueil_ip_juin_2017.pdf

CRIP du 64 :

- Tél : 05 59 11 42 45 (L au V, 8h30-17h30)
- Fax : 05 59 11 46 63
- Mail : cded@le64.fr
- Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques – Cellule départementale de l'enfance en danger (C.D.E.D) - Enfance, Famille et Santé Publique – Hôtel du Département – 64 avenue Jean Biray – 64058 Pau Cedex 9

Autres CRIP en France : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2.2._coordonnees_crip_de_france.pdf

V. CONCLUSION

Cette étude des freins qui entravent les médecins généralistes libéraux du Pays basque pour transmettre un signalement ou une IP devant un enfant maltraité ou à risque de l'être a permis de faire ressortir plusieurs notions. Les médecins sont principalement confrontés à des préoccupations administratives, avec une méconnaissance des procédures et des formulaires types à leur disposition, ainsi que des difficultés à identifier les personnes ressources créant un isolement professionnel. Ils sont néanmoins également confrontés à des barrières psychologiques, telles que la crainte d'une erreur de jugement ou la recherche d'une certitude absolue avant de signaler. A cela s'ajoute un cruel défaut de formation, tant initiale que continue, soulevé par la grande majorité des médecins, ainsi qu'une absence totale de retour sur les éventuels signalements effectués, participant probablement à une certaine méfiance des médecins envers les services sociaux. Mais 31,6% des médecins affirment également ne pas avoir de frein à réaliser ces transmissions.

Forts de ces constats, nous avons réalisé une fiche explicative résumant les démarches à effectuer face à un enfant en danger au Pays basque, regroupant un organigramme de la conduite à tenir, les numéros utiles et certains formulaires types. A l'issue de ce travail de thèse, elle sera diffusée à l'ensemble des médecins généralistes libéraux basques. Nous espérons qu'elle leur viendra en aide de façon concrète aux médecins qui rencontrent des difficultés et participera également à une sensibilisation des médecins au sujet de la maltraitance infantile. A cela, il est important d'ajouter le développement d'initiatives locales pour sensibiliser et former les médecins généralistes. Déjà présentes, ces initiatives sont à renforcer et à multiplier autant que possible, pour peu à peu toucher de plus en plus de médecins généralistes et favoriser les rencontres entre les différents acteurs travaillant en vue de la protection de l'enfant en danger. La mise en place de l'Uvie dans le territoire basque, au Centre Hospitalier de la Côte Basque, est une grande avancée pour les médecins pouvant y trouver un lieu ressource où adresser leurs patients et des conseils face à certaines situations complexes. Cette unité vient s'ajouter aux pédiatres hospitaliers et aux médecins de la PMI, qui sont également des relais intéressants pour le médecin généraliste, face à un cas de maltraitance infantile suspecté ou avéré.

Une réelle volonté de mieux faire de la part des médecins semble ressortir de ce travail de thèse. La très faible part de signalements ou d'IP émanant des médecins libéraux est d'ailleurs probablement sous-estimée car les démarches sont souvent réalisées par un relai que le médecin a sollicité (hôpital ou PMI). Ils sont des maillons essentiels pour améliorer le repérage, le signalement et la prise en charge des enfants en danger. A ce titre, une attention particulière doit être apportée à leur formation afin de faciliter ce travail délicat, impliquant expérience, confiance en soi et en les autres, capacité d'écoute, remise en question et surtout dépassement de ses propres barrières psychologiques. Les tabous semblent se lever peu à peu sur les violences commises envers certaines personnes plus vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées ou porteuses d'un handicap), avec des campagnes de sensibilisation qui se multiplient à l'intention du grand public ces dernières années. Nous ne pouvons que nous en réjouir et tenter chaque jour dans notre pratique médicale de faire nôtre la célèbre phrase de Pythagore : « Un homme n'est jamais si grand que lorsqu'il est à genoux pour aider un enfant ».

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Rey-Salmon C. Chapitre 1. Approche historique. In : Adamsbaum C, Rey-Salomon C. Maltraitance chez l'enfant. Cachan : Lavoisier ; 2013. p.1-3.
- [2]. Gabel M. La maltraitance faite aux enfants. Actualité et dossier en Santé Publique [en ligne]. Juin 2000, N°31. [consulté le 25/03/2020]. Disponible sur Internet : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-31/ad312634.pdf>
- [3]. Tardieu A. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Ann Hyg Publ Med Leg. 1860 ; 13 : 361-398.
- [4]. Jliaia Z, Znaigui T et Smida M. Le syndrome des enfants battus : aspects cliniques et radiologiques. Pan Afr Med J. 2016 ; 24 : 68.
- [5]. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W and Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA. 1962 Jul 7 ;181 : 17-24.
- [6]. Corbet E. Les concepts de violence et de maltraitance. Actualité et dossier en Santé Publique [en ligne]. Juin 2000, N°31. [consulté le 26/03/2020]. Disponible sur Internet : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad312025.pdf>
- [7]. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F et Ramiro L. Chapitre 3. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. In : Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : 2002. p.65-95
- [8]. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 26/03/2020). Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Fiche Mémo [en ligne]. Disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
- [9]. Légifrance. (page consultée le 26/03/2020). Code civil - Article 375, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207495&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20160316>
- [10]. Observatoire National de l'Action Sociale décentralisée. (page consultée le 26/03/2020) Définitions de l'enfant en danger, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>
- [11]. Rey-Salmon C et Messerschmitt P. Maltraitance et enfants en danger, protection maternelle et infantile. Rev Prat. 2003 ; 53 : 1121-23.
- [12]. Picherot G, Vabres N, Fleury J et Lemesle M. Item 55 : Maltraitance et enfants en danger. Rev Prat 2015 ; 65 : e11-e18
- [13]. De Becker E. Le syndrome de Munchhausen par procuration : état de la question. Enfances & Psy. 2006 ; 2 (31) : 134-147.
- [14]. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 16/6/2020). La maltraitance des enfants, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- [15]. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E and Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009 Janv ; 373 (9657) : 68-81.

- [16]. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F and Galea G. World Health Organization. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen : WHO. 2013.
- [17]. Observatoire National de la Protection de l'Enfance. (page consultée le 16/06/2020). Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2018, [en ligne]. Disponible sur Internet : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2018_ok_0.pdf
- [18]. Tursz A. Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris : Editions du Seuil ; 2010.
- [19]. Légifrance. (page consultée le 19/06/2020). Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id>
- [20]. Légifrance. (page consultée le 19/06/2020). Loi n°2016-2970 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
- [21]. Légifrance. (page consultée le 19/06/2020). Code de l'action sociale et des familles – Article L221-1, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796780>
- [22]. Légifrance. (page consultée le 19/06/2020). Code pénal – Article 222, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006417593&idSectionTA=LEGISCTA000006181750&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20200619>
- [23]. Légifrance. (page consultée le 19/06/2020). Code pénal – Article 227, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006418015&idSectionTA=LEGISCTA000006165317&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20200619>
- [24]. Humanium. (page consultée le 20/06/2020). Convention internationale relative aux droits de l'enfant (1989). Texte intégral, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
- [25]. Université Médicale Virtuelle Francophone. (page consultée le 20/06/2020). Protection de l'enfance et aide sociale à l'enfance (ASE), [en ligne]. Disponible sur Internet : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection_enfance/site/html/1.html#1
- [26]. Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger. (page consultée le 20/06/2020). Missions, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.giped.gouv.fr/page/mission>
- [27]. Kahn-Bensaude I et Faroudja JM. Signalement et information préoccupante. Paris ; 2016 Fév.
- [28]. Légifrance. (page consultée le 09/11/2020). Code de l'action sociale et des familles – Article R226-2, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000028251430/2015-03-22/>

- [29]. Décis S, Hatem F, Brunel L et Leseigneur O. Agir contre la maltraitance, guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Paris : Enfance et Partage ; 2014 Sept.
- [30]. Potin E. Parcours administratif et judiciaire jusqu'au placement. In : Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance. Toulouse : Erès ; 2012. p.41-50.
- [31]. Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consultée le 22/07/2020). Le médecin face à la maltraitance, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>
- [32]. Légifrance. (page consultée le 18/07/2020). Code pénal – Article 223-6, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289588&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
- [33]. Légifrance. (page consultée le 18/07/2020). Code pénal – Article 434-3, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289453&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
- [34]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 18/07/2020). Code de déontologie – Article 44 -Séviçes, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices>
- [35]. Légifrance. (page consultée le 18/07/2020). Code pénal – Article 226-14, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>
- [36]. Légifrance. (page consultée le 11/11/2020). Code de l'action sociale et des familles – Article L226-2-2, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006796908/2007-03-06/>
- [37]. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 11/11/2020). Maltraitance des enfants, y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger. Questions/Réponses, [en ligne]. Disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf
- [38]. Dini M et Meunier M, sénatrices. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance. Paris : Sénat ; 2014.
- [39]. Rossignol L, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. Paris : La documentation française ; 2017 Mars.
- [40]. Taquet A, secrétaire d'Etat en charge de l'enfance et des familles. Je veux en finir avec la violence. Et vous ? Mesures pour lutter contre les violences faites à nos enfants. Paris : La documentation française ; 2019 Nov
- [41]. Centre Hospitalier de la Côte Basque, ministère de la Justice, Police nationale et Gendarmerie nationale. Partenariat hôpital, justice, police et gendarmerie, signature du protocole de coopération et présentation de l'unité de victimologie du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Bayonne : Dossier de Presse ; 2019 Déc.

[42]. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles. Etude qualitative par entretiens auprès des médecins généralistes en Drôme-Ardèche [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université Claude Bernard – Lyon 1 ; 2017.

[43]. Desmond L. Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres : étude à partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Bordeaux ; 2016.

[44]. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Grenoble : Université Joseph-Fourier ; 2012.

[45]. 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 Doctorat en Médecine]. Université de Poitiers ; 2015.

[46]. Pincaut M. Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure : état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Rouen ; 2018

[47]. Cassagnes L et Delabarre M. Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Etude recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université Toulouse III – Paul Sabatier ; 2019.

[48]. Dubreucq Guerif E. Signalement des suspicions de maltraitances envers les mineurs par les médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris VI : Université Pierre et Marie Curie ; 2014.

[49]. Assurance Maladie. (page consultée le 17/11/2020). Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux. Année 2018, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php>

[50]. Saulsbury FT, Campbell RE. Evaluation of child abuse reporting by physicians. Am J Dis Child. 1985 Avr ; 139(4) : 393-395.

[51]. Tursz A, présidente du comité de suivi. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. Paris : Sénat ; 2013 Juin.

[52]. Légifrance. (page consultée le 15/12/2020). Code de l'Education – Article L542-1, [en ligne]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006166650/2012-11-30/>

[53]. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL and Christoffel KK. Health care providers ' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000 May ;154(5) : 489-493.

[54]. King G, Reece RM, Bendel R and Patel V. The Effects of Sociodemographic Variables, Training, and Attitudes on the Lifetime Reporting Practices of Mandated Reporters. Child Maltreatment. 1998 ; 3 : 276-283.

- [55]. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 16/12//2020). Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez les enfants – Arbre décisionnel, [en ligne]. Disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf
- [56]. Kompé-Tchamgoué A. Les freins à la révélation de la situation de danger par le professionnel. *Enfances & Psy*. 2013 ; 4(61) : 150-158.
- [57]. Jort M. Violences sexuelles sur les enfants : « Le Gouvernement doit instaurer une obligation de signalement du médecin ». Egora.fr [en ligne]. Novembre 2019, [consulté le 27/03/2021]. Disponible sur Internet : <https://www.egora.fr/actus-pro/societe/53301-violences-sexuelles-sur-les-enfants-le-gouvernement-doit-instaurer-une?nopaging=1>
- [58]. Légifrance. (page consultée le 27/03/2021). Code de procédure pénale – Article 40, [en ligne]. Disponible sur Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006574933/
- [59]. Carrère M, Deroche C, Mercier M et Meunier M, sénatrices. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur l'obligation de signalement par les professionnels astreints à un secret des violences commises sur les mineurs. Paris : Sénat ; 2020.
- [60]. Unité de Victimologie. Bilan d'activité 2020. Bayonne ; 2021.

VII. ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins

Enfance en danger : Les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français

« Ce questionnaire dure moins de 10 minutes, il n'a pas pour but de tester vos connaissances, il vise à pointer les différents freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes pour signaler un enfant en danger ou transmettre une information préoccupante (IP). Merci d'avance du temps que vous prendrez pour y répondre ! »

- Caractéristiques du médecin :
 1. Vous êtes : Un homme / Une femme
 2. Votre âge : Ans
 3. Votre année d'installation :
 4. Votre cabinet se situe : En ville / A la campagne / En péri-urbain
 5. Vous exercez (plusieurs réponses possibles) : Seul / Avec d'autres généralistes / Avec des médecins spécialistes / Avec des paramédicaux / Avec une assistante sociale / Avec un psychiatre
 6. Votre patientèle comprend environ : < 5% de pédiatrie / Entre 5 et 25% de pédiatrie / Entre 25 et 50% de pédiatrie / > 50% de pédiatrie

-page suivante-

- Votre formation sur la maltraitance infantile :
 7. Vos connaissances en terme de maltraitance infantile sont-elles : Très bonnes / Bonnes / Médiocres / Mauvaises / Très mauvaises.
 8. Votre formation initiale comprenait-elle un enseignement sur la maltraitance infantile de : Très bonne qualité / Bonne qualité / Qualité médiocre / Mauvaise qualité / Aucune formation
 9. Avez-vous suivi des enseignements sur la maltraitance infantile dans le cadre de la formation continue de : Très bonne qualité / Bonne qualité / Qualité médiocre / Mauvaise qualité / Aucune formation
 10. Ces enseignements (formation initiale ou continue) vous semblent-ils dans l'ensemble adaptés à votre pratique de médecine générale : Très adaptés / Adaptés / Peu adaptés / Non adaptés

-page suivante-

- Votre expérience sur la maltraitance infantile :
 11. Vous sentez-vous à l'aise pour dépister un enfant maltraité ou à risque de l'être ? : Oui / Non
 12. Avez-vous déjà suspecté un cas de maltraitance au cours de votre pratique professionnelle ? : Oui / Non
 13. Avez-vous déjà signalé ou réalisé une information préoccupante (IP) devant un enfant maltraité ou à risque de l'être ? : Oui / Non

14. Avez-vous déjà suspecté un cas de maltraitance infantile ou de négligence sans avoir fait de démarches particulières ? : Oui / Non
15. Si oui, pourquoi ? (réponse facultative) :
16. Avez-vous déjà appris qu'un enfant que vous suivez a fait l'objet d'un signalement ou d'une IP par une autre personne ? : Oui / Non
17. Savez-vous vers qui vous tourner si vous avez besoin d'aide pour réaliser un signalement ou une IP ? : Oui / Non

-page suivante-

« Les deux questions suivantes sont à réponse libre afin de limiter les biais qui peuvent apparaître avec des questions à choix fermées. Merci d'y répondre dans la mesure du possible, elles sont très importantes pour le travail d'analyse qui suivra. »

18. Quelque chose vous freine-t-il pour transmettre un signalement / une IP sur un enfant maltraité / à risque, et si oui quoi ? (réponse libre et facultative) ? :
19. Selon vous, qu'est-ce qui vous semble utile pour faciliter le signalement / l'IP (réponse libre et facultative) ?

-page suivante-

- Les freins que vous pouvez rencontrer :
 20. Pour vous, le statut de médecin traitant (ou médecin de famille) facilite-t-il le dépistage de la maltraitance ? : Oui / Non, au contraire / Pas d'influence / Oui et non / Je ne sais pas / Ce n'est pas le rôle du médecin traitant de signaler.
 21. Parmi les propositions suivantes, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dépister la maltraitance infantile (plusieurs réponses possibles) :
 - Méconnaissance des facteurs de risque
 - Méconnaissance des signes cliniques
 - Difficulté à définir le cadre exact de la maltraitance
 - Peur de se tromper
 - Manque d'arguments
 - Autre :
 22. Par rapport à un enfant sur lequel vous avez des doutes de maltraitance ou négligence, estimez-vous que (plusieurs réponses possibles) :
 - Il est difficile de voir l'enfant seul en consultation
 - Les dires de l'enfant ne sont peut-être pas véridiques
 - L'enfant peut être manipulé
 - Ce sont généralement des enfants peu suivis
 23. Concernant la famille d'un enfant suspect de maltraitance ou négligence, trouvez-vous que (plusieurs réponses possibles) :
 - Il est difficile d'aborder le sujet
 - La famille se renferme lorsqu'elle comprend ce qu'on cherche
 - On peut rapidement perdre de vue cette famille
 - La peur de stigmatiser la famille peut vous freiner
 - La peur de perdre des patients peut vous freiner
 - Autre :
 24. Parmi les propositions suivantes, quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer pour signaler un cas de maltraitance infantile (plusieurs réponses possibles) :

- Méconnaissance des procédures de signalement
 - Peur d'aggraver le cas de l'enfant
 - Difficulté à rompre le secret médical
 - Peur de briser la relation de confiance avec la famille
 - Opposition de la famille vis-à-vis du signalement
 - Peur de signaler de manière abusive
 - Ce n'est pas toujours à moi de signaler
 - Autre :
25. Sur le plan administratif (plusieurs réponses possibles) :
- Vous êtes freiné par la lourdeur administrative
 - Vous êtes freiné car vous n'avez jamais de retour sur les signalements
 - Vous n'avez pas confiance dans le système administratif ou judiciaire
 - Vous manquez d'un interlocuteur privilégié
 - Il n'y a pas assez de lien avec les services sociaux
 - Autre :
26. Sur le plan personnel, pensez-vous que :
- Je suis trop seul pour gérer la situation
 - Je manque de temps
Je suis mal formé
 - Je suis vulnérable en tant que médecin généraliste (menace, représailles)
 - J'ai des difficultés liées à mon vécu personnel
 - J'ai peur d'engager ma responsabilité professionnelle à tort
 - Je manque d'expérience
 - J'ai une mauvaise expérience de signalement
27. Si vous ne joignez pas les services de l'aide à l'enfance, c'est parce que (plusieurs réponses possibles) :
- Le temps est limité en consultation
 - Vous avez du mal à les avoir au téléphone
 - Vous avez du mal à obtenir leurs coordonnées
 - Ils ne vous apportent aucune information
 - Vous n'y pensez pas
 - Vous les joignez sans problème
 - Autre :
28. Il vous arrive de penser que (plusieurs réponses possibles) :
- Vous êtes trop seul pour gérer ces situations
 - Vous manquez de temps
 - Vous êtes mal formé
 - Vous êtes vulnérable en tant que médecin généraliste (menaces, représailles)
 - Vous avez peur d'engager votre responsabilité professionnelle
 - Vous manquez d'expérience
 - Vous avez une mauvaise expérience du signalement / IP
 - Vous avez des difficultés liées à votre vécu personnel
 - Autre :

- Les aides envisageables :

29. Parmi les propositions suivantes, qu'est-ce qui pourrait vous être utile en pratique sur le plan administratif ? (plusieurs réponses possibles):

- Un retour sur les signalements
- Une meilleure connaissance des procédures
- Des procédures simplifiées
- Une brochure explicative simple
- Une plateforme d'aide en ligne
- Une voie annexe informelle
- Une amélioration de la formation de base
- Autre : ...

30. Parmi les propositions suivantes, qu'est-ce qui pourrait vous être utile en pratique sur le plan des relations professionnelles ? (plusieurs réponses possibles):

- Un collègue à appeler en cas de besoin
- Une personne référente
- Des réunions entre confrères
- Une amélioration des liens avec le système scolaire
- Autre : ...

31. Parmi les propositions suivantes, qu'est ce qui pourrait vous aider dans la relation avec vos patients ? (plusieurs réponses possibles) :

- Des outils pour sensibiliser les patients
- Une déclaration obligatoire d'un médecin traitant pour les enfants
- Des examens de santé obligatoires au-delà de 24 mois
- Voir plus souvent les enfants à domicile
- Autre :

-page suivante-

« Merci de vos réponses et du temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire. Si vous avez des remarques que vous voulez partager (expériences, suggestions, point non abordé...), n'hésitez pas à nous les transmettre dans la rubrique ci-dessous. Bonne journée ! »

- Remarques, suggestions :

2. Annexe 2 : Modèle type de signalement du Conseil de l'ordre

SIGNALEMENT

Pour personne majeure hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique

Dr (nom, prénom) :
Adresse d'exercice :

Je certifie avoir examiné le¹ :

- M. ou Mme

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Adresse :

- Accompagné (rayer la mention inutile) Oui Non

- Si oui : indiquer si possible l'identité et les coordonnées de la personne accompagnatrice et ses liens avec la personne examinée

• La personne accompagnatrice nous a dit que : « _____

- M. ou Mme nous a dit que : « _____

¹ Date et heure de l'examen clinique

- Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, j'adresse ce signalement
au Procureur de la République de²

Signature et tampon du médecin ayant examiné la personne :

80

3. Annexe 3 : Fiche pour transmettre un signalement au CHCB

 Centre Hospitalier de la Côte Basque	FICHE D'ENREGISTREMENT TRANSMISSION SIGNALEMENT D'ENFANT EN DANGER POUR SAISINE DU PARQUET			
Service : Nom : Profession : Tél : Mail :	Monsieur le Procureur de la République Tribunal de Grande Instance Avenue de la Légion Tchèque, 64100 BAYONNE Fax 05.59.44.54.54			
Date :				
ETAT CIVIL DE LA FAMILLE				
Renseignements relatifs à l'enfant concerné				
NOM : Prénom :	Date et lieu de naissance	Hospitalisé (e) Non		
Détenteur autorité parentale :				
Renseignements relatifs aux parents				
Mère	NOM : Prénom :	Date et lieu de naissance	Profession	Adresse et téléphone :
Père	NOM : Prénom :	Date et lieu de naissance	Profession	Adresse et téléphone :

Renseignements relatifs à la fratrie :

NOM Prénom	Date et lieu de naissance	Détenteur de l'autorité parentale	Accueil (structure scolaire, Ets, lieu de placement) Adresse

Renseignements relatifs aux autres membres de la famille et aux tiers impliqués dans la vie de l'enfant :

NOM Prénom	Date de naissance	Qualité (oncle, voisin, ami de la famille, etc.)	Profession	Adresse

ELEMENTS CONNUS DE L'HISTOIRE FAMILIALE :

Histoire des parents, du couple, de l'enfant (séparations, placements antérieurs, hospitalisation, éventuellement ruptures dans la vie de l'enfant, etc.) nécessaires à la compréhension de la problématique familiale

CONTEXTE DE L'EVALUATION :

ELEMENTS RECUEILLIS MOTIVANT LA DEMANDE :

CONCLUSION :

Famille informée de l'envoi de ce document : oui - non

4. Annexe 4 : Fiche pour transmettre une IP au CHCB

Centre Hospitalier de la Côte Basque	FICHE D'ENREGISTREMENT TRANSMISSION D'INFORMATION PREOCCUPANTE	
--------------------------------------	---	--

Service :		CDED		
Nom :		Cellule Départementale de l'Enfance en Danger		
Profession :				
Tél :		64, avenue Jean BIRAY, 64058 PAU cedex		
Mail :		Tél 05.59.11.42.45 Mail : cded@le64.fr		

Date :

ETAT CIVIL DE LA FAMILLE

Renseignements relatifs à l'enfant concerné par l'IP :

NOM :	Date et lieu de naissance	Hospitalisé (e)
Prénom :		

Détenteur autorité parentale :

Renseignements relatifs aux parents :

Mère	NOM : Prénom :	Date et lieu de naissance	Profession	Adresse et téléphone
Père	NOM : Prénom :	Date et lieu de naissance	Profession	Adresse et téléphone

Renseignements relatifs à la fratrie :

NOM Prénom	Date et lieu de naissance	Détenteur de l'autorité parentale	Accueil (structure scolaire, Ets, lieu de placement) Adresse

Renseignements relatifs aux autres membres de la famille et aux tiers impliqués dans la vie de l'enfant :

NOM Prénom	Date de naissance	Qualité (oncle, voisin, ami de la famille, etc.)	Profession	Adresse

Centre Hospitalier de la Côte Basque	FICHE D'ENREGISTREMENT TRANSMISSION D'INFORMATION PREOCCUPANTE	
---	--	--

ELEMENTS CONNUS DE L'HISTOIRE FAMILIALE :

Histoire des parents, du couple, de l'enfant (séparations, placements antérieurs, hospitalisation, éventuellement ruptures dans la vie de l'enfant, etc.) nécessaires à la compréhension de la problématique familiale

CONTEXTE DE L'EVALUATION :

ELEMENTS RECUEILLIS MOTIVANT LA DEMANDE :

PROPOSITIONS ET CONCLUSION :

Famille informée de l'envoi de ce document : oui - non

5. Annexe 5 : Formations DPC sur la maltraitance en Nouvelle Aquitaine en 2021

https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc

Google Maps Gmail Bienvenue dans l'espa... Bmlweb Matériel médical.fr : la... KitMédical - Le kit nu... Home - PubMec

Résultat(s) trouvé(s) : 7

Organisme	Titre	Description	
LE CLEF centre de liaison d'étude et de formation	Douleurs, souffrances, démences en gériatrie	Action : Formation continue Type : Inter professionnelle Format : Présentiel Participants max : 15	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME
MG FORM mg form	Violences conjugales : du colloque singulier au travail d'équipe	Action : Formation continue Type : Mono professionnelle Format : Présentiel Participants max : 24	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME
Kéwalé kéwalé	Maltraitance et violences faites aux femmes : repérage et conduite à tenir	Action : Formation continue Type : Inter professionnelle Format : Présentiel Participants max : 50	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME
fmc-ActionN fmc-action	Violences faites aux femmes	Action : Formation continue Type : Mono professionnelle Format : Présentiel Participants max : 40	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME
GREEM groupe de recherche, d'évaluation et d'enseignemen	Burn out des professionnels de santé : le reconnaître et en sortir !	Action : Formation continue Type : Inter professionnelle Format : Présentiel Participants max : 25	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME
GEMA gema (groupe d'enseignement médical agréé)	Violences faites aux femmes : comment ne plus passer à côté (classe virtuelle)	Action : Formation continue Type : Inter professionnelle Format : Présentiel Participants max : 25	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME
GEMA gema (groupe d'enseignement médical agréé)	Prise en charge du psychotraumatisme par une approche intégrative. Thérapie Systémique / EMDR	Action : Formation continue Type : Mono professionnelle Format : Présentiel Participants max : 25	VOIR ACTION DE DPC FICHE ORGANISME

6. Annexe 6 : Brochure de l'Uvie



L'unité de victimologie est un lieu d'accueil et de prise en charge des personnes (adultes/enfants) confrontées à des violences physiques, sexuelles, psychologiques...

L'Unité est composée de :

- médecins : médecin adulte, pédiatre, gynécologue, psychiatre
- psychologue
- assistantes Sociales
- secrétaires
- juriste, avocat

Notre équipe spécialisée a pour mission de vous proposer :

- une consultation médicale avec rédaction d'un certificat médical
- un soutien psychologique individuel et collectif
- un accompagnement social
- une coordination avec les partenaires sociaux de votre secteur
- des conseils juridiques par juriste et avocat

Pour les professionnels :

L'équipe de l'Uvie se tient à votre disposition pour toute aide éventuelle sur des situations complexes ou pour toute demande de formation/sensibilisation.

Pour nous contacter ou prendre rendez-vous :

Téléphone : 05 33 78 81 37

Mail : uvie@ch-cotebasque.fr

Plan d'accès :

Centre Hospitalier de la Côte Basque
Avenue Jacques Loeb - 64100 BAYONNE



Les partenaires :



VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

IX. RESUME

Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français

Introduction : La maltraitance infantile, enjeu de santé publique, est actuellement largement sous-estimée en France. La part de signalements et d'informations préoccupantes provenant des médecins généralistes libéraux est insignifiante, alors qu'ils occupent une place privilégiée auprès des enfants. Cette étude a cherché à identifier les freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français pour transmettre un signalement ou une information préoccupante face à un enfant en danger ou à risque de l'être.

Méthodes : Notre étude a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire auto-administré en ligne, incluant 29 questions fermées et 2 questions ouvertes, d'avril à septembre 2020, auprès des médecins généralistes libéraux du Pays basque.

Résultats : 30,6% (n=98) des médecins généralistes basques ont participé à notre étude. 31,6% d'entre eux (n=31) estimaient spontanément ne pas avoir de frein pour signaler un enfant maltraité. Les principaux freins exprimés par les médecins étaient : la perte de vue des familles (79,6%), le manque d'un interlocuteur privilégié (72,4%), la crainte de se tromper et de signaler de manière abusive (68,4%), le manque de formation (66,3%), la méconnaissance des procédures de signalement avec une identification difficile des personnes à contacter (54,1%) et enfin l'incertitude, citée en premier en réponse à la question ouverte.

Conclusion : Les initiatives locales de formations et de rencontres entre partenaires œuvrant pour la protection de l'enfance sont indispensables, et à multiplier pour toucher de plus en plus de médecins. L'inauguration de l'unité de victimologie à l'hôpital de Bayonne en 2020 et la transmission d'une fiche récapitulative aux médecins généralistes basques à l'issue de cette thèse, seront, nous l'espérons, des aides concrètes pour les aider à mieux protéger les enfants en danger.

DISCIPLINE : DES Médecine générale

MOTS-CLES : Enfance en danger, maltraitance infantile, médecins généralistes, signalement, information préoccupante, protection de l'enfance, freins.

UFR Sciences médicales - Université de Bordeaux - 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux