



**HAL**  
open science

# Maltraitements infantiles : dépistage par les médecins généralistes de la région PACA

Julie Baccino

► **To cite this version:**

Julie Baccino. Maltraitements infantiles : dépistage par les médecins généralistes de la région PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03471029

**HAL Id: dumas-03471029**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03471029>**

Submitted on 8 Dec 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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Maltraitements infantiles : dépistage par les médecins généralistes de la  
région PACA**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 25 Novembre 2021**

**Par Madame Julie BACCINO**

**Née le 23 novembre 1993 à Marseille 08eme (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Président**

**Madame le Docteur DUGAS LE GUYADER Anne**

**Assesseur**

**Madame le Docteur GUIDANI Florence**

**Assesseur**



**Maltraitements infantiles : dépistage par les médecins  
généralistes de la région PACA**

**T H E S E**

Présentée et publiquement soutenue devant  
**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 25 novembre 2021**

**Par Madame Julie BACCINO**

**Née le 23 novembre 1993 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GENERALE**

**Membres du jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Président**

**Madame le Docteur DUGAS LE GUYADER Anne**

**Directrice**

**Madame le Docteur GUIDANI Florence**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

### ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

### ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

### ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUE PAULETTE
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

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

### 2014

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

**2015**

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

**2016**

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

**2017**

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

**2018**

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

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b> MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b> MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b> MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b> M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b> M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b> M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b> M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b> M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GANNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

### PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUY'S Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
*VIEHWEGER Heide Elke détachement*  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCAUT Joseph	GOURIET Frédéric	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

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

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)  
  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
--

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>
---

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>
--

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
---

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)  
  
FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>
--

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

<b>BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301</b>	<b>CARDIOLOGIE 5102</b>
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

#### **CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

#### **BIostatistiques, Informatique Médicale ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

#### **CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

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

#### **CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

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

#### **ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

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

#### **FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

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

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5203**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

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

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

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703****MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

<b>MEDECINE GENERALE 5303</b>	<b>NEPHROLOGIE 5203</b>
-------------------------------	-------------------------

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/21 MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

<b>NEUROCHIRURGIE 4902</b>
----------------------------

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1<sup>er</sup> septembre 2021)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

<b>NUTRITION 4404</b>
-----------------------

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

<b>NEUROLOGIE 4901</b>
------------------------

<b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b>
---

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

<b>OPHTALMOLOGIE 5502</b>
---------------------------

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

<b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b>
---

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b>
------------------------------------

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

<b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b>
---

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>
--

<b>PHILOSOPHIE 17</b>
-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)  
  
HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE**, pour votre disponibilité et l'honneur que vous me faites d'avoir accepté la présidence de ce jury.

**A Madame le Docteur DUGAS LE GUYADER Anne**, tu m'as fait l'honneur et le plaisir d'accepter de diriger et de m'accompagner tout au long de ce travail. Merci pour tes conseils avisés, les mois passés à tes côtés et les souvenirs immuables.

**A Madame le Docteur GUIDANI Florence**, pour votre bienveillance au cours des mois passés à vos côtés. Vous m'avez tout appris en matière de protection de l'enfance. Merci d'avoir acceptée de faire partie de ce jury de thèse.

**A tous mes maîtres de stage** qui ont participé à ma formation et conforté mon envie d'exercer la médecine générale. Le médecin que je serai demain est grandement inspiré de vous tous.

**A toutes les équipes**, séniors, infirmiers, aides soignants, psychologue et j'en oublie tant, qui m'ont accompagné tout au long de mes études, me transmettant leurs savoirs, leurs expériences et surtout l'amour de leurs métiers.

**A toute l'équipe de la PMI d'Aubagne**, vous m'avez accompagné durant ce dernier semestre avec une bienveillance rare. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, votre aide et votre soutien pour ma thèse. Je vous admire pour le travail que vous faites et le cœur que vous y mettez.

**A tous mes co internes**, qui m'ont soutenue, accompagnée dans mes premiers pas d'interne ou dans les derniers moments. Mon internat a été beau, en grande partie grâce à vous ! Je ne peux pas vous lister un par un, et vous ne m'en voudrez pas de faire une mention spéciale pour les personnes suivantes :

**Cécile**, mams, tu m'as accueilli, aidé, aimé. Petit Dobby a bien grandi et n'oubliera jamais tes mots « ça va aller ! ». Merci la vie de t'avoir mise sur ma route.

**Chloé**, ma sista machallah... retrouver sa sœur après tant d'années fut pour moi inespéré. Merci de m'avoir fait grandir, sortir de ma zone de confort, supporter mes défauts au quotidien avec cette année de coloc, réappris à skier, à aimer les brocolis, me sortir une pâte crue du paquet avant de les faire cuire, te voir t'endormir devant chaque film et me jurer « non je dors pas »... Je pourrai encore écrire beaucoup de

choses mais les larmes commencent à venir, et p'tit monstre n'aime pas pleurer, nous on préfère rire. Et puis ton rire est un des plus beaux sons qui m'a été donné d'entendre !

**Soso**, dire que je t'ai croisé en 4<sup>ème</sup> année et que j'ai du attendre l'internat pour ne plus jamais vouloir te quitter. Le petit rayon de soleil névrosé que tu es m'a confirmé que même la plus parfaite des personnes pouvait se sous-estimer. Merci pour ta douceur au quotidien, merci d'être une Poufsouffle, merci (?) pour la K-pop. J'ai déjà hâte de partager des soirées sofaaa avec toi et de passer du coq au dromadaire autour d'un bon verre.

**Carlou**, K, l'accent chantant du Sud, la bonhomie infaillible, la générosité sans limite et les expressions d'un autre monde (« se mettre la rate au court bouillon »). Je n'ai que trop peu de souvenirs de nos folles soirées Avignonnaises, la faute à la fatigue sans aucun doute... ou tes tournées de shooter... Merci d'avoir décroché ton téléphone dans mes instants de panique, je sais à quel point c'est une tâche insolite pour toi.

**Matt**, le loup blanc. On a tous besoin d'un Matteo dans sa vie, sauf quand il mâche un chewing-gum. A nos couscous sur les musiques orientales, à la piste noire que tu m'avais pourtant vendue comme étant une bleue, à tes danses endiablées sur la pole dance, aux vraies vaches et aux fosses vaches. Je ne manquerai pas de t'appeler pour réaliser mes lasagnes.

**Et puis** le club des filles, **Audrenne, Cindy, Camille** : quand je repense à la P2-D1, j'ai l'impression que c'était il y a 20 ans. Merci pour ce soutien sans faille durant les périodes difficiles, et surtout les bons souvenirs partagés. L'internat nous a malmené, mais sans jamais s'oublier.

**A vous tous** croisés durant mes études, sur les bancs de la fac et surtout en soirée, éparpillés depuis : Hugues, Mathieu, Sunny, Baptiste, Vincent, Thibault, Bernard, PN, Jerem, et tant d'autres que j'oublie.

**Et puis**, il y a quand même une vie en dehors de la médecine, avec des moldus forts sympathiques.

**Célia**, mon amie de toujours. Merci de m'avoir gardé auprès de toi malgré toutes ces années d'études où j'étais peu disponible. Ce ne sont ni les kilomètres ni les années

qui entacheront notre amitié. Merci, tout simplement. Et puis... rassure **Romain**, oui il est beau, et votre merveille aussi.

**Axou**, merci de m'avoir montré qu'on pouvait se marier avec des lunettes Vitel rouge et avoir quand même la classe. Au pastis. A « Pharell Collins », qui restera un de mes meilleurs fous rires.

**Bibi**, merci d'avoir réalisé un de mes rêves en étant suffisamment patient pour m'apprendre à conduire ton tracteur. Sean Paul Boule est quelqu'un de bien, mais il ne t'arrive pas à la cheville.

Merci à ceux qui sont devenus ma famille.

**Flo**, un jour je te l'offrirai cette médaille pour supporter mon frère. Merci d'être venue solidifier notre famille, il ne manquait plus que toi.

**Isabelle, Hervé, Thibault, Bastien, Mélanie**, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre famille. J'ai trouvé en vous ma deuxième maison.

Et le meilleur pour la fin, ma **famille**.

Merci **Maman, Papa, Thomas, Mamie Jacky, Papy**. Je vous ai malmené durant toutes ces années, et je ne serai pas arrivée au bout sans vous. Merci pour l'enfance merveilleuse que vous m'avez offert. La combativité que j'ai, je te la dois Thomas, il en fallait pour résister à tes taquineries. Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné. Merci d'avoir cru en moi, de toujours m'avoir soutenue et certifié que j'en étais capable. Vous êtes mes modèles depuis toujours, et je mesure chaque jour la chance que j'ai de partager vos vies. Par contre, papa et maman, il va falloir arrêter de m'appeler Pitt, je trouve que j'ai vachement gagné en sagesse quand même...

Mon **Quentin**, ma vie a pris un tout autre sens à tes côtés. Merci pour ton amour, ta gentillesse, ton soutien sans faille. Merci de m'avoir suivie dans mes folles aventures. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve. « Eh ma foi ! » et je te laisse dire la suite...

A toi, **mamie Josette**, pas un jour ne passe sans que je pense à toi.

## SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	3
<b>II. MALTRAITANCES INFANTILES : LES PRE-REQUIS</b> .....	5
<b>A. Définitions</b> .....	5
1. Besoins fondamentaux de l'enfant .....	5
2. Organisation Mondiale de la Santé .....	6
3. Code Civil .....	6
4. Types de maltraitance .....	7
<b>B. Epidémiologie</b> .....	7
<b>C. Sémiologie, les signes évocateurs</b> .....	9
1. Signes physiques .....	10
2. Signes psychologiques .....	11
3. Les violences sexuelles .....	12
4. Les négligences lourdes .....	13
5. Diagnostics différentiels .....	13
6. Cas particulier.....	13
<b>D. Les facteurs de risque de maltraitance</b> .....	14
1. Liés aux parents .....	15
2. Liés à la grossesse .....	15
3. Liés aux enfants .....	15
<b>E. Conséquences et retentissements sur la santé et le développement de l'enfant</b> .....	16
<b>F. Protection de l'enfance</b> .....	19
1. Définitions.....	19
2. Législation .....	20
<b>G. Organismes intervenants dans la protection de l'enfance</b> .....	24
1. Le Procureur de la République .....	24
2. Le Juge des Enfants .....	24
3. La Brigade de Protection de la Famille .....	25
4. Les Unités d'accueil Médico-Judiciaires .....	25
5. Les Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).....	25
6. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) .....	26
7. L'Inspecteur Enfance Famille.....	26
8. Le numéro d'appel 119 .....	26
9. La Protection Maternelle Infantile.....	29
<b>H. Procédures</b> .....	29

1.	L'Information Préoccupante, en dehors d'une situation d'urgence.....	30
2.	Le Signalement, face à une situation d'urgence.....	32
<b>I.</b>	<b>Suites.....</b>	<b>32</b>
1.	Protection administrative .....	32
2.	Protection judiciaire .....	33
<b>III.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>34</b>
<b>A.</b>	<b>L'étude.....</b>	<b>34</b>
<b>B.</b>	<b>L'échantillon.....</b>	<b>35</b>
<b>C.</b>	<b>Le questionnaire.....</b>	<b>36</b>
<b>D.</b>	<b>Analyse descriptive.....</b>	<b>36</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>37</b>
<b>A.</b>	<b>Renseignements généraux.....</b>	<b>37</b>
<b>B.</b>	<b>Connaissances et expériences sur le sujet.....</b>	<b>41</b>
1.	Suspicion et expérience.....	41
2.	Freins à la prise en charge.....	44
3.	Législation.....	45
<b>C.</b>	<b>Connaissances sur les facteurs de risque.....</b>	<b>46</b>
1.	Liés aux parents.....	46
2.	Liés à la grossesse.....	47
3.	Liés aux enfants.....	47
<b>D.</b>	<b>Impact de l'épidémie de Coronavirus.....</b>	<b>48</b>
<b>E.</b>	<b>Pistes de réflexion.....</b>	<b>49</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>50</b>
<b>A.</b>	<b>Principaux résultats.....</b>	<b>50</b>
1.	Manque de connaissance ou déni de voir.....	50
2.	Conduites des médecins généralistes.....	54
3.	Les freins à la prise en charge.....	57
4.	Impact de l'épidémie du Coronavirus.....	58
5.	Les pistes de réflexion.....	59
<b>B.</b>	<b>Faiblesse de l'étude.....</b>	<b>60</b>
<b>C.</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>60</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>61</b>
<b>VII.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>63</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>71</b>
<b>IX.</b>	<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>78</b>

# I. INTRODUCTION

En 1989, les Nations Unies adoptent la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, dans le but de protéger les droits de tous les enfants dans le monde. La même année, la France vote une loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs. C'était il y a 33 ans et les chiffres alarmants ne cessent d'augmenter.

En 2018 en France, 122 enfants mineurs ont été victimes d'infanticide dont 80 dans le cadre intrafamilial. En France un enfant meurt donc tous les trois jours de mauvais traitements. (1) Au 31 décembre 2018, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) comptabilisait 306 800 mineurs sur la France bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance. (1) Ces chiffres restent pourtant imprécis puisque le nombre exact de maltraitances reste difficile à préciser, le diagnostic n'étant pas toujours porté.

La maltraitance infantile existe sous différentes formes, touche toutes les populations, impacte indéniablement les enfants dans leurs développements, et représente un véritable problème de santé publique. En effet, en 2018, les dépenses brutes des départements pour l'Aide Sociale à l'Enfance s'élevaient à 8.28 milliards d'euros. (1)

Devant les conséquences au court terme et au long terme, ainsi que le risque de récurrence, il semble primordial que la prise en charge des maltraitances infantiles soit optimale. Les lois récentes ont permis la clarification des procédures dans le but de faciliter le dépistage, le repérage et la prise en charge des enfants.

De nombreux acteurs locaux ont un travail centré sur la protection de l'enfance et également sur la prévention. Pourtant les médecins généralistes, encore appelés médecins de famille pour leurs places prépondérantes au sein des foyers, se sentent isolés et ne signalent que très peu les cas de maltraitance. Méconnaissance, peur, angoisse ; les freins sont nombreux à leurs prises en charges, et on estime que seulement 5% des informations préoccupantes et signalements émanent d'eux. (2) Une intervention pluridisciplinaire reste donc l'atout majeur pour prendre en charge au mieux les situations de maltraitance, et notamment en situation de pandémie telle que celle subie depuis le début de l'année 2020 avec la Covid 19, entraînant la fermeture de plusieurs centres d'accueil de mineurs.

Dans notre étude, nous avons choisi d'explorer quantitativement les prises en charge des médecins généralistes de la région PACA au sujet des maltraitances infantiles.

L'objectif principal de notre étude est de décrire les connaissances, l'expérience, et les freins à la pratique des médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

L'objectif secondaire est d'améliorer les connaissances et la prise en charge des maltraitances infantiles par les médecins généralistes, en lien avec l'actualité sanitaire.

*« Il est plus facile de créer des enfants solides que de réparer des hommes brisés. »*

Frederick Douglass

*« Vous dites : " C'est épuisant de s'occuper des enfants." Vous avez raison. Vous ajoutez : " Parce que nous devons nous mettre à leur niveau. Nous baisser, nous pencher, nous courber, nous rapetisser. " Là, vous vous trompez. Ce n'est pas tant cela qui fatigue le plus, que le fait d'être obligé de nous élever jusqu'à la hauteur de leurs sentiments. De nous élever, nous étirer, nous mettre sur la pointe des pieds, nous tendre. Pour ne pas les blesser. »*

Januz Korcsak

*« Chaque enfant a besoin de quelqu'un qui est irrationnellement fou de lui »*

Bronfenbrenner

*« Rien n'est plus important que de bâtir un monde dans lequel tous nos enfants auront la possibilité de réaliser pleinement leur potentiel et de grandir en bonne santé, dans la paix et dans la dignité. »*

Kofi A. Annan, secrétaire générale de l'ONU.

## II. MALTRAITANCES INFANTILES : LES PRE-REQUIS

### A. Définitions

#### 1. Besoins fondamentaux de l'enfant

« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » Article 3-1 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE).

La loi de mars 2016 a introduit la notion de besoins fondamentaux de l'enfant. Une démarche de consensus sur les besoins fondamentaux a été publiée en 2017 par le Docteur Marie-Paule Martin-Blachais. Les besoins fondamentaux sont définis comme étant nécessaires au développement de l'enfant sur les plans intellectuels, émotionnels et sociaux. (3) (4)

Ils sont classés en 7 catégories :

- Le besoin de relations chaleureuses et stables
- Le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation
- Le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles
- Le besoin d'expériences adaptées au développement
- Le besoin de limites, de structures et d'attentes
- Le besoin d'une communauté stable, de son soutien, de sa culture
- La protection de notre avenir.

Un méta besoin de sécurité a ainsi été identifié, comme étant le besoin qu'ont tous les enfants « d'établir des relations affectives stables avec des personnes de leur entourage immédiat, ayant la capacité et étant disposées à leur porter attention et à être psychologiquement disponibles ».

## 2. Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS (5) définit la maltraitance à enfant comme « toutes violences et négligences envers une personne de moins de 18 ans. Elle s'entend 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 ».

L'OMS considère également un contexte de violences conjugales comme forme de maltraitance infantile.

## 3. Code Civil

En élargissant la notion « d'enfants maltraités » à celle « d'enfants en danger », la loi du 5 mars 2007 a augmenté le nombre d'enfants concernés. (6)

### a) *Enfant en danger*

L'article 375 du Code Civil définit l'enfant en danger « dès lors que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ».

### b) *Enfant en risque de danger*

L'article 375 du Code Civil définit l'enfant en risque de danger « lorsque ces mêmes conditions menacent d'être compromises ».

### c) *Enfant maltraité*

Un enfant maltraité est celui « victime de violences physiques, psychologiques, sexuelles ou de négligences lourdes qui ont ou auront des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique ».

#### 4. Types de maltraitance

Quatre types de maltraitements infantiles ont été identifiés (7) :

Les **violences physiques** définies par « l'usage de la force ou de la violence contre un enfant, de telle sorte qu'il soit blessé ou risque de l'être ».

Les **violences psychologiques**, entravant la sécurité affective et relationnelle de l'enfant (insultes, humiliations, menaces, propos dénigrants).

Les **violences sexuelles**, ne se limitant pas au viol et concernant tous actes à connotation sexuelle imposés à l'enfant et toutes agressions sexuelles commises avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Les **négligences** définies comme « le fait, pour la personne responsable de l'enfant, de le priver des éléments indispensables à son bon développement et à son bien-être. [...] la négligence est ainsi une forme de maltraitance par omission, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépendent le présent et l'avenir de l'enfant ».

## **B. Epidémiologie**

En 2006, l'OMS a reconnu la maltraitance infantile comme un problème de santé publique majeur pour l'enfant au même titre que d'autres pathologies chroniques.

Selon les données de l'ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect) et de l'OMS, au niveau mondial (8) :

- 1 adulte sur 4 déclare avoir subi des violences physiques durant l'enfance
- 1 femme sur 5, et 1 homme sur 13, disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance

- L'OMS estime que 40 millions d'enfants de 0 à 14 ans dans le monde souffrent de maltraitance et requièrent des soins de santé et une protection sociale.

Malheureusement, les données épidémiologiques concernant les maltraitances sont rares, et les chiffres sont sous-estimés.

Par ailleurs, les médecins réalisent moins de 5% des informations préoccupantes. Et plus précisément, seulement 1% des informations préoccupantes proviennent des médecins libéraux. (2)

L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) réalise une estimation du nombre de mineurs et jeunes majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance en faisant un croisement des données de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), de la DPJJ (Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse) et du nombre de mineurs en assistance éducative. Au 31 décembre 2016 en France : (9)

- 295 357 mineurs sont pris en charge en protection de l'enfance soit 20.1 ‰ des mineurs
- 21 400 jeunes majeurs sont concernés par une prestation soit 0.9 ‰ des 18-21 ans.

Et au 31 décembre 2017, la DREES comptait 344 080 mesures d'Aides Sociales à l'Enfance (10). Cependant, un enfant pouvant faire l'objet de plusieurs mesures, cette enquête ne permet donc pas de connaître le nombre exact d'enfants pris en charge mais le nombre de mesures.

Le ministère de la justice dénombre 126 145 mineurs en danger dont le juge des enfants a été saisi en 2018 et 247 374 mineurs suivis par le juge des enfants (hors mesure d'aide judiciaire) au 31 décembre 2018.

La CRIP13 reçoit en moyenne 5 000 informations par an, 3 000 d'entre elles sont qualifiées et adressées aux Maisons Des Solidarités pour évaluation socioéducative.

La sous-estimation de la maltraitance est cependant hautement probable. Le Dr Anne Tursz, pédiatre et épidémiologiste, directrice de recherche retraitée à l'INSERM, énonce plusieurs causes probables à cette sous-estimation dont le non-repérage par manque de formation sur la sémiologie de la maltraitance, l'insuffisance des investigations médico-sociales et psychologiques, les diagnostics erronés et la non-révélation des soupçons. (11)

### **C. Sémiologie, les signes évocateurs**

Aucun signe clinique isolé n'est pathognomonique d'une forme de mise en danger ou de maltraitance. Chaque médecin doit s'alerter devant tout symptôme inhabituel ou devant tout changement de comportement : (12)

- *Nourrisson* : retard psychomoteur ; troubles alimentaires ; troubles du sommeil ; agitation motrice ; bébé triste, peu mobile, ralenti ; évitement du regard de ses parents ; bébé insécure ; pleurs inconsolables décrits par les parents se disant nerveusement épuisés.
- *Enfant d'âge scolaire* : troubles du sommeil, de la commande des sphincters, des apprentissages ou du comportement ; fugue, conduites à risque, idées suicidaires.
- *Adolescent* : troubles du comportement ; syndrome dépressif masqué ; fugue, conduites à risque, idées suicidaires ; avidité de lien affectif avec l'adulte.

Des signes comportementaux de l'entourage doivent également alerter :

- Intrusion des parents lors de la consultation médicale, prenant la parole à la place de l'enfant
- Indifférence notoire des parents vis-à-vis de l'enfant
- Proximité corporelle exagérée, inadaptée
- Refus des vaccinations obligatoires
- Régimes alimentaires sources de carences malgré les avis médicaux répétés
- Minimisation ou banalisation des symptômes ou plaintes de l'enfant
- Dénigrement de l'enfant
- Refus des investigations médicales, paramédicales ou sociales
- Attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

## 1. Signes physiques

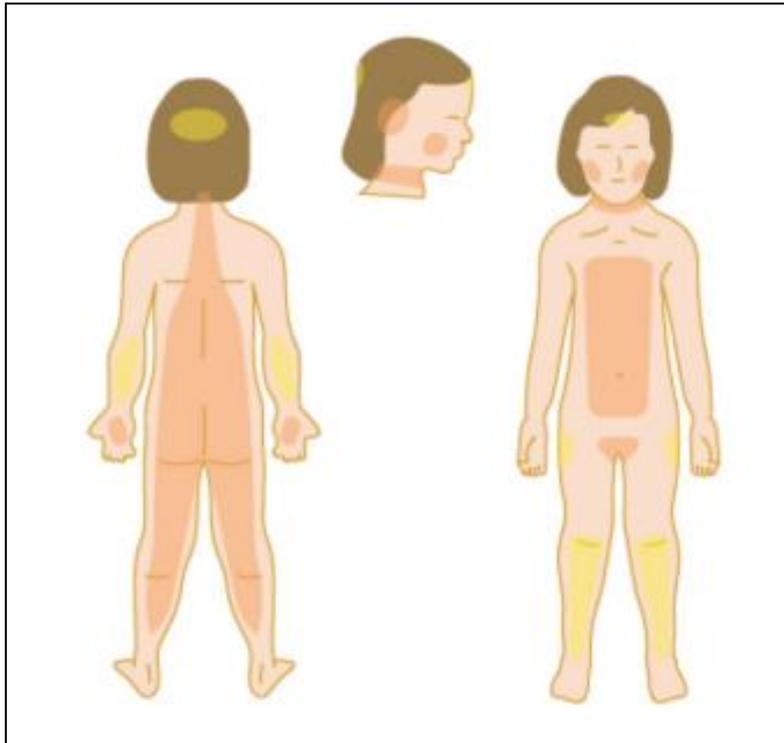
Des lésions physiques traumatiques objectivées lors de l'examen de l'enfant doivent faire suspecter une maltraitance, par le caractère inhabituel ou incohérent avec le discours allégué (13) :

- Les **ecchymoses** et les **hématomes** doivent attirés une attention particulière en fonction de leur forme, leur siège, leur nombre et leur corrélation avec l'âge. Ils sont la manifestation la plus commune de la violence physique. Des hématomes de couleurs différentes peuvent faire suspecter une répétition de traumatismes.
- Les **brûlures** (eau bouillante, objet chaud) se localisent de façon prédominante sur la moitié inférieure du tronc, le périnée, les membres inférieurs, les mains ou la face. Leurs limites sont nettes.
- Les **morsures**, **griffures** et autres **plaies** doivent nous alerter par leur localisation.
- Les **fractures** des os longs et des os plats (quel que soit l'âge), les arrachements métaphysaires avec décollement du périoste (chez le nourrisson).
- Les **lésions viscérales**, notamment les lésions thoraciques chez les enfants de moins de 5 ans, en l'absence de traumatisme accidentel majeur.
- Les **douleurs abdominales chroniques**.

Le professionnel doit rattacher systématiquement toute lésion à l'âge de l'enfant. Un bébé qui ne se déplace pas ne peut pas se blesser tout seul (Figure 1).

La description des lésions doit être réalisée de manière rigoureuse dans le dossier médical de l'enfant, associée si besoin à la prise de photographie.

Devant une forte suspicion, des explorations radiologiques doivent être réalisées. *Avant l'âge de 2 ans*, des radiographies du squelette entier doivent être réalisées. *Entre 2 et 5 ans*, les radiographies doivent être réalisées au cas par cas. *Après 5 ans*, les radiographies doivent être limitées aux zones cliniquement suspectes.



**Figure 1** : « *maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile* » : en jaune les localisations habituelles traumatologiques de l'enfant. En orange, les localisations suspectes de lésions infligées. (14)

## 2. Signes psychologiques

L'American Professional Society on the Abuse Children (ASPAC) décrit 6 types de comportements constituant une maltraitance psychologique, par leur caractère répétitif et durable : (13)

- Le rejet actif de l'enfant
- Les dénigrement entrainant un sentiment de dévalorisation
- L'isolement de l'enfant
- Terroriser l'enfant en le faisant évoluer dans un environnement hostile et menaçant
- Exploiter et pervertir l'enfant
- Ignorer les demandes affectives de l'enfant.

Les maltraitements psychologiques sont fréquemment associées à d'autres types de maltraitements.

### 3. Les violences sexuelles

Les violences sexuelles incluent toutes les agressions sexuelles commises sur les enfants. Les auteurs de ces violences sont dans la majorité des cas des personnes proches de l'enfant. (13)

Les comportements sexualisés de l'enfant doivent attirer l'attention du professionnel, ainsi que ses dires. Malheureusement, dans la majorité des cas, les abus sexuels ne sont jamais révélés ou tardivement.

Toute suspicion ou révélation de violences sexuelles doit faire l'objet d'un signalement judiciaire.

Les **mariages forcés** font partie des maltraitances sexuelles. En France, l'âge légal du mariage est fixé à 18 ans depuis la loi du 4 mars 2006. La prévention est de mise, et la protection à la suite d'un mariage forcé est possible par la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement.

Les **mutilations sexuelles féminines** concernent encore un grand nombre de femmes dans le monde, elles sont encore pratiquées dans 30 pays (majoritairement Afrique de l'ouest, Egypte, Somalie, Djibouti, Guinée) et touchent 200 millions de filles/femmes.

Dans la déclaration conjointe OMS/UNICEF/UNFPA, les mutilations sexuelles féminines sont classées en 4 types : (15)

- Type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).
- Type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).
- Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).
- Type IV : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques (ponction, percement, incision, scarification, cautérisation).

#### 4. Les négligences lourdes

Les négligences sont mal connues et souvent peu dépistées notamment dans les milieux socio-économiques favorisés. Elles peuvent porter sur l'alimentation, le sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, l'attention portée à l'enfant.

Un retard ou un arrêt du développement staturopondéral ou psychomoteur de l'enfant doivent alerter le professionnel, en particulier lorsqu'aucune cause somatique n'est retrouvée. (13)

#### 5. Diagnostics différentiels

Il ne faut cependant pas oublier les diagnostics différentiels à évoquer en fonction des lésions constatées : tâches mongoloïdes, troubles de l'hémostase, maladie cœliaque avec carence en vitamine K, lésions vésiculo-bulleuses d'origine infectieuse ou allergique, ostéogénèse imparfaite, ostéomyélite, cancer, rachitisme, scorbut. (14)

#### 6. Cas particulier

##### a) *Syndrome du bébé secoué*

Le syndrome du bébé secoué (13) est un ensemble de traumatismes crâniens infligés, ou non accidentels, par secouement chez les nourrissons de moins de 1 an. Des atteintes neurologiques doivent faire suspecter cette maltraitance : malaise grave, troubles de la vigilance, apnées sévères, convulsions, hypotonie, plafonnement du regard, pâleur, perte de contact, diminutions des compétences de l'enfant ; ainsi que des signes non spécifiques tels qu'une modification du comportement, du sommeil ou de la prise alimentaire.

Les conséquences sont graves : séquelles neurologiques, décès.

b) *Syndrome de Silverman*

Le syndrome de Silverman est une maltraitance grave, associant des fractures multiples des os longs et un hématome sous-dural. Il a été décrit par le Docteur Ambroise Tardieu en 1860, puis défini par le Docteur John Caffey, radiopédiatre, et son élève Frederic Silverman.

c) *Syndrome de Münchhausen*

Aussi appelé « maladie alléguée », le syndrome de Münchhausen par procuration (13) est à évoquer devant un enfant présenté comme constamment malade, avec des demandes pressantes du parent (lui étant malade psychologiquement) pour des investigations répétées.

Ce syndrome est à suspecter si l'histoire clinique, les symptômes physiques ou psychiques, les signes cliniques ou les résultats d'examens paracliniques sont en décalage avec un tableau clinique connu.

Le parent peut également entraîner des symptômes réels chez l'enfant par administrations de médicaments. Les symptômes de l'enfant disparaissent en l'absence du parent responsable, en particulier lors des hospitalisations.

Ce cas de maltraitance est rare mais reste grave car la mortalité avoisinerait les 10%.

#### **D. Les facteurs de risque de maltraitance**

Un certain nombre de facteurs de risque décrits dans la littérature doivent alerter tout praticien et entraîner une certaine vigilance. (14)

Seront abordés les facteurs de risque liés aux parents, puis ceux liés à la grossesse, et enfin ceux liés à l'enfant.

## 1. Liés aux parents

Des situations retrouvées chez les parents ont été qualifiées de facteurs de risque :(13)

- Une addiction chez un ou les deux parents (drogues, alcool)
- Une pathologie psychiatrique
- Antécédent de maltraitance vécue dans l'enfance
- Un contexte socio-économique difficile (chômage, précarité)
- Un jeune âge parental
- Une famille monoparentale
- Violences conjugales.

Il semble important de préciser que tous les milieux sociaux peuvent être touchés par les maltraitances infantiles, et leurs diagnostics s'avèrent complexes dans les milieux dits aisés en raison de l'absence de difficultés économiques, et sont donc largement sous-estimés.

## 2. Liés à la grossesse

Des situations retrouvées lors de la grossesse ont été qualifiées de facteurs de risque, car entravant le lien mère-enfant : (13)

- Grossesse non désirée
- Grossesse précoce
- Grossesse non déclarée
- Grossesse peu ou pas suivie
- Hospitalisation durant la grossesse

## 3. Liés aux enfants

Des situations retrouvées chez l'enfant ont été qualifiées de facteurs de risque : (13)

- Prématurité (avec séparation néonatales)
- Handicap physique et maladies chroniques

- Maladies psychiatriques et troubles du comportement
- Antécédents médicaux dans la fratrie et antécédents de maltraitance
- Antécédents administratifs dans la fratrie (placement, décisions, judiciaires)

*« La première des idées reçues, et elle est tenace, concerne le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. [...] En fait les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. [...] La maltraitance traverse toutes les classes sociales et il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et ses parents dès la naissance »*

Dr Anne Tursz (11) (16)

## **E. Conséquences et retentissements sur la santé et le développement de l'enfant**

Les maltraitances infantiles entraînent des conséquences marquées tout au long de la vie des victimes. (17) (18)

Les manifestations **immédiates** peuvent se caractériser par un état de sidération (vide total de la pensée qui rend l'individu incapable d'élaborer ou d'agir) ainsi que par un état de stress (état d'alerte et de mobilisation cognitive, affective et comportementale pour élaborer des gestes adéquats afin de faire face à la menace).

Des manifestations **post immédiates** peuvent être retrouvées, notamment l'apparition de reviviscences, d'états dépressifs, de troubles du sommeil, d'anxiété phobique voire de syndrome post traumatique. Le trouble de stress post-traumatique se définit par un trouble sévère dont les symptômes se prolongent dans le temps.

Plus le traumatisme intervient tôt dans le développement de l'enfant, plus les conséquences seront importantes, engendrant divers troubles développementaux, notamment par une difficulté de compréhension et d'explication de son vécu.

Les maltraitances infantiles engendrent des conséquences à **long terme**, notamment sur le développement cérébral. Des études ont montré une hyperactivité amygdalienne ainsi qu'une diminution des récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe dans les suites d'un traumatisme, réversibles après des soins de maternage, apportant ainsi la preuve du lien entre théorie de l'attachement et neurobiologie. Des conséquences ont également été rapportées sur la régulation hormonale (l'exemple parlant du nanisme psychoaffectif en lien avec un déficit fonctionnel de sécrétion en hormone de croissance). Au niveau cérébral, le type de structure anatomique impliquée dépendrait de la période de survenue de la maltraitance : des traumatismes entre 3 et 5 ans entraîneraient une diminution du volume hippocampique, entre 9 et 10 ans des anomalies du corps calleux, et entre 14 et 16 ans des anomalies du cortex préfrontal.

Des **symptômes différés et chroniques** à la suite des maltraitances infantiles sont nombreux : troubles alimentaires (troubles du comportements alimentaires, vomissements, difficultés de déglutition), troubles digestifs, énurésie, encoprésie, et douleurs somatiques. On retrouve également des troubles du sommeil avec un impact majeur sur le fonctionnement cognitif (difficultés d'attention et de mémoire, manque d'imagination et d'élaboration, distraction), ainsi que des troubles comportementaux et affectifs variables d'un enfant à l'autre (irritabilité, état de vigilance permanent, retrait et émoussement des réactions).

Certaines manifestations sont caractéristiques des violences sexuelles (comportements hypersexualisés, recherche compulsive ou, au contraire, dégoût de contact physique, refus de se déshabiller, rituels de nettoyage excessif ou perte de la notion d'hygiène).

D'autres manifestations sont caractéristiques des violences physiques (repli sur soi, gestes de retrait).

L'enfant perd la confiance fondamentale qu'il accorde à l'adulte, mais paradoxalement présente une angoisse de séparation marquée envers le parent maltraitant ; les carences affectives subies donnant lieu à un attachement pathologique au parent et à la famille.

Les conséquences à long terme sont donc nombreuses et impactent l'intégralité de la vie de l'enfant. L'enfant évoluant dans un milieu familial dysfonctionnel avec violence aura un apprentissage biaisé de la vie. Les violences subies auront un impact sur l'estime de soi et les relations sociales. Le silence, la culpabilité, la honte sont omniprésents chez les enfants violentés. Le psychisme de l'enfant va mettre en place un mécanisme de défense appelé refoulement, entraînant un déni, un clivage de la personnalité et une amnésie dissociative, afin de pouvoir survivre et ne laisser subsister que la partie insensible et inatteignable de son être.

A l'**adolescence**, les violences subies auront un impact sur les comportements, dévoilant de nombreuses difficultés psychologiques : marginalité, délinquance, passages à l'acte violents, toxicomanie, alcoolisme, dépression, troubles anxieux, phobies, conduites auto-agressives, éveil de la sexualité perturbé, prise de conscience du vécu traumatique et dévoilement.

A l'**âge adulte**, les symptômes chroniques dus à la maltraitance infantile continuent d'évoluer, même si le sujet fait preuve de résilience : il maintient une adaptation optimale malgré l'existence d'évènements difficiles. Les troubles de la personnalité et les psychopathologies chez les sujets ayant subis des maltraitements au cours de leur enfance s'expliquent par l'impact sur le développement cérébral (personnalités borderline, évitantes, narcissiques, antisociales, dépendantes, obsessionnelles, paranoïaques, schizophrénies). Des troubles psychopathiques peuvent être également consécutifs aux maltraitements (marginalisation, passage à l'acte). Les troubles liés au stress post-traumatique perdurent souvent à l'âge adulte. Les interactions et les liens affectifs sont donc impactés, ainsi que leurs vies sociales, entravant leurs vies amoureuses et leurs vies professionnelles. Les pratiques sexuelles sont impactées par les agressions sexuelles prolongées vécues dans l'enfance, entre inhibition, dissociation entre désir et refus, exacerbation avec hyperactivité sexuelle, et perversion. On retrouve également un impact sur la santé physique avec un mauvais état de santé générale et des maladies spécifiques telles que l'hypertension artérielle, l'obésité, des douleurs chroniques et des plaintes fonctionnelles digestives.

La **parentalité** est également marquée par les antécédents de maltraitance infantile, notamment durant la grossesse ou le maternage, pouvant aboutir dans les cas les plus dramatiques au déni de grossesse, abandon du nouveau-né, maltraitances voire infanticides. L'éducation des enfants est ensuite impactée avec laxisme ou abus d'autorité, voire répétition de violence.

Il semble important de préciser que « le risque de répétition transgénérationnelle diffère selon les individus : tout le monde ne répète pas fatalement ses situations de victimisation, ni ne devient agresseur s'il a été exposé à la violence domestique. De nombreux facteurs entrent en jeu et influenceront le comportement futur de l'individu ».

## **F. Protection de l'enfance**

### 1. Définitions

#### a) *Protection de l'enfance*

“La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social, et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation”. (19)

Elle s'inscrit dans un cadre *international* avec la Convention des Droits de l'Enfant signée le 20 novembre 1989 ; dans un cadre *national* avec le ministère des solidarités et de la santé ; et dans un cadre *local* avec une politique décentralisée présidée par le président du conseil départemental.

Elle mène des actions de prévention, ainsi que des actions de repérage et de traitement des situations de danger ou de risque de danger, et participe à l'application des décisions administratives ou judiciaires prises par les autorités compétentes.

*b) Information préoccupante*

L'article R226-2-2 du CASF définit l'information préoccupante comme étant une information transmise à la CRIP départementale dans le but d'alerter le Président du Conseil Départemental sur la situation d'un mineur, pouvant laisser craindre pour sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, son développement physique ou affectif ou intellectuel ou social. (20)(21)

*c) Signalement*

Le terme de signalement est un terme juridique. Il consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur qui n'est pas en mesure de se protéger. (21)

2. Législation

*a) La non-assistance à personne en péril*

La non-assistance à personne en péril est définie dans l'article 223-6 du Code Pénal(22).

Les professionnels de santé ont une obligation de porter assistance à toute personne en danger : « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

L'article précise que les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque la victime est un mineur de quinze ans.

### *b) L'obligation de signalement*

L'obligation de signalement est définie par les articles 43 et 44 du Code de Déontologie.(23)

L'article 43 du Code de Déontologie rappelle que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ».

L'article 44 précise que le médecin doit alerter les autorités judiciaires ou administratives lorsqu'il est face à un patient victime de sévices ou de privations.

### *c) La levée du secret médical*

L'article 226-13 du Code Pénal, relatif à l'obligation légale de signalement, stipule que le non-respect du secret médical est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

L'article 226-14 permet la révélation du caractère secret d'une information lorsque la loi oblige un tiers à informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur. (24) La levée du secret médical est autorisée « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ; au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la république les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »

d) *La loi du 10 juillet 1989*

La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance pose une obligation de signalement à l'autorité judiciaire et organise le recueil de ces signalements. Cette loi précise notamment les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance, conjointement avec la PMI. (25)  
Le numéro 119 a été créé à la suite de cette loi.

e) *La loi du 5 mars 2007*

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réforme la protection de l'enfance. (26)  
Elle renforce la prévention en introduisant le terme d'enfance en danger, augmentant ainsi le nombre d'enfants concernés, et celui d'information préoccupante, en réservant le terme de signalement aux transmissions judiciaires.

Cette loi permet la création des CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) dédiées au recueil, au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes.

Cette loi permet également la création des ODPE (Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance) afin d'organiser la politique de protection de l'enfance, sous l'autorité des conseils départementaux.

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

Les articles 226-2-1 et 226-2-2 viennent préciser les règles encadrant les informations préoccupantes.

L'article 226-2-1 énonce que le professionnel doit informer les parents ou détenteurs de l'autorité parentale, avant que l'information préoccupante ne soit transmise, sauf intérêt contraire de l'enfant. (27)

L'article 226-2-2 autorise le partage d'information à caractère secret entre professionnels de la protection de l'enfance, uniquement dans le cadre d'une mission de protection d'un enfant. (28)

*g) La loi du 5 novembre 2015*

La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 clarifie la procédure de signalement afin de réduire les réticences du corps médical. (29)

Elle rajoute à la non-sanction disciplinaire, le non-engagement de la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, « sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».

*h) La loi du 14 mars 2016*

Avec la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 l'enfant est au centre des propositions d'amélioration (30). La notion de « besoins fondamentaux » est introduite, et une démarche de consensus sera publiée par la suite en février 2017.

Cette loi vise à renforcer la prise en compte de l'enfant et de ses besoins dans un parcours de protection.

Elle permet notamment la mise en place des médecins référents au sein des services départementaux afin de faciliter les échanges entre professionnels de santé et services du département.

La création du CNPE (Conseil National de la Protection de l'Enfance), présidé par le ministre chargé des familles et de l'enfance, afin de permettre une gouvernance nationale de la protection de l'enfance.

i) *La loi du 10 juillet 2019*

La loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019, également appelée « loi anti-fessée » vise à interdire les violences éducatives ordinaires (31) : « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. »

**G. Organismes intervenants dans la protection de l'enfance**

1. Le Procureur de la République

Le Procureur de la République, magistrat du parquet ou du ministère public, est un acteur majeur de la protection de l'enfance. En effet, il est le destinataire des signalements de mineurs en danger. Le procureur est joignable 24h/24, 7jours/7 et ses coordonnées sont disponibles via les commissariats de police ou gendarmerie, et via les CRIP.

Sa mission est double : il doit assurer la protection immédiate du mineur ; et il doit définir si une infraction pénale est caractérisée, quels en sont les auteurs et donner une réponse pénale à ces actes. Pour se faire, il va diligenter une enquête pénale. Mais le procureur ne juge pas. (32)

2. Le Juge des Enfants

Le juge des enfants est un magistrat du tribunal judiciaire, chargé de la protection de l'enfance en danger et de la répression des mineurs délinquants. Il peut être saisi par le procureur, par le mineur lui-même ou par les adultes en charge de sa protection. C'est lui qui juge et prend les décisions pour protéger au mieux l'enfant. Celles-ci peuvent être des mesures de suivi et d'aide à la famille ou des mesures de placement. Une fois sa décision prise, il doit en informer le parquet, celui-ci pouvant alors les contester.(33)(34)

### 3. La Brigade de Protection de la Famille

Anciennement appelée Brigade des Mineurs, la BPF agit contre toutes formes de maltraitance envers les mineurs ainsi que les violences au sein du contexte familial. Elle intervient donc en prévention et en protection de l'enfance ainsi que de l'ensemble du cercle familial. Les agents de la BPF sont au service de l'autorité judiciaire, c'est à dire du procureur ou du juge qui dirige chaque enquête. (35)

### 4. Les Unités d'accueil Médico-Judiciaires

Les Unités d'accueil Médico-Judiciaires ont été créées en 1998 afin de permettre un parcours judiciaire simplifié dans un lieu favorable au bien-être des mineurs avec un accompagnement médical, psychologique et social. Ces unités sont implantées au sein de services hospitaliers. (36) (37)

Le démarrage de ces UMJ a été assuré financièrement par l'association « La Voix de l'Enfant ». Les examens médico légaux sont financés par l'hôpital. Le fonctionnement général est financé par les frais de justice.

Le documentaire « *Mots pour maux* » de Grégoire Gosset met en avant l'unité médico-judiciaire de l'hôpital d'Orléans. (38)

### 5. Les Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP)

La loi du 5 mars 2007 a permis la création des CRIP dans le but de coordonner les actions des différents partenaires contribuant à la protection de l'enfance. Ces cellules départementales ont pour missions de centraliser toutes les informations préoccupantes de leur département respectif, de les recueillir, les traiter et les évaluer. Elles sont composées de professionnels pluridisciplinaires (socio-éducatifs, administratif, juridique, médical).

Les CRIP accusent réception des informations préoccupantes et informent les professionnels de santé des suites données à la transmission de l'information. (39)(40)

#### 6. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'Aide Sociale à l'Enfance est un service du département, chargé de missions visant à apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leurs familles. Elle réalise des actions de prévention mais aussi des actions de protection ; de manière contractuelle avec l'accord des parents ; ou de manière contrainte en application d'une décision de justice, l'objectif étant de veiller aux besoins fondamentaux et spécifiques de l'enfant. (39)

#### 7. L'Inspecteur Enfance Famille

L'Inspecteur Enfance Famille est chargé du respect des droits des familles et de l'enfant. Il veille à l'application des textes législatifs et réglementaires. Il intervient au titre de la protection de l'enfance, dans un cadre à la fois administratif et judiciaire. Contrairement au juge des enfants qui est indépendant dans ses décisions, l'inspecteur doit rendre compte de son activité à l'autorité départementale. Il doit également inscrire ses actions dans le cadre d'un budget affecté. (41)

#### 8. Le numéro d'appel 119

Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée (SNATEM) plus communément appelé "Allô Enfance Maltraitée" a vu le jour à la suite de la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. (42)

Le numéro d'appel a été simplifié en mars 1997 : ainsi le 119 est devenu le numéro de référence, et a acquis en 2003 le statut de numéro d'urgence (au même titre que le

115, le 17, le 18, le 112 et le 15) rendant ainsi son utilisation gratuite. Il est joignable 24h/24, 7j/7, et n'apparaît pas sur les factures de téléphone.

A noter qu'il est doit être obligatoirement affiché dans les lieux recevant du public mineur.

En 2007, sa dénomination change, le mot « maltraité » est remplacé par le mot « danger ». Ainsi le SNATED (service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger) se voit élargir ses missions. Il est chargé d'une mission de prévention et de protection en accueillant les appels d'enfants ou de personnes témoins de situation à risque. Il est également chargé d'une mission de transmission en faisant le lien avec les CRIP départementales.

Le SNATED a reçu 256 000 appels en 2019, soit environ 700 appels par jour. Malgré une faible diminution par rapport au nombre d'appels de 2018 (-0.2%), les chiffres restent en hausse constante depuis 2012. (43)

36.1% des appelants étaient des membres de la famille proche, et dans 13.2% des cas le mineur concerné lui-même.

Tous ces appels ont concerné 49 469 enfants dont 35 160 ont été désignés comme en danger ou à risque de l'être.

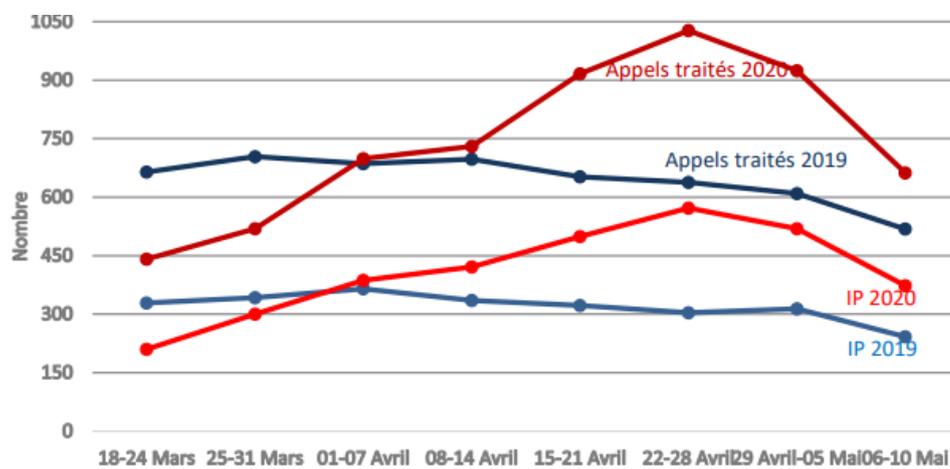
Parmi ces appels, 33 966 ont été traités : 17 113 informations préoccupantes ont été faites, 16 853 appels ont débouché sur des aides.

Dans 95.3% des cas, l'auteur présumé était un membre de la famille proche.

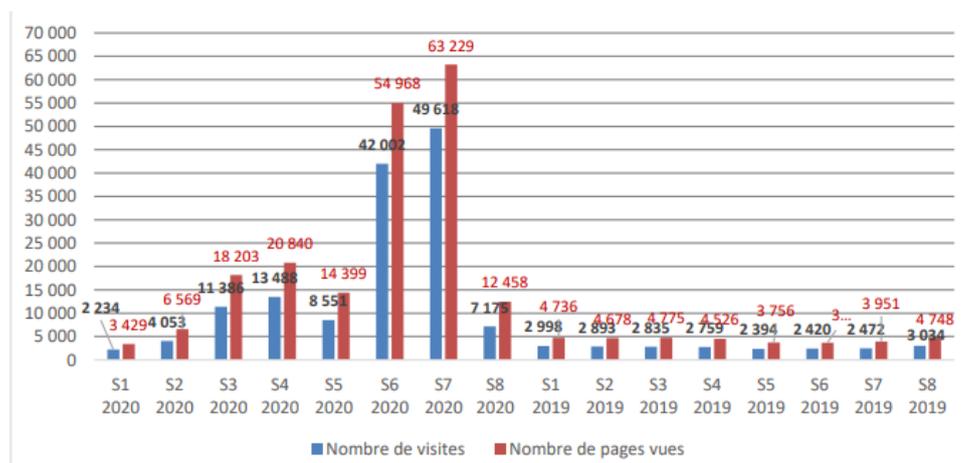
Les violences recensées étaient pour 1/3 des cas psychologiques, les autres des négligences (23.5%), des violences physiques (19.3%), des conditions d'éducation compromises (9.7%), des violences au sein du couple (8.6%), des comportements du mineur se mettant en danger (6.2%), et des violences sexuelles (3.8%).

Avec l'épidémie de Coronavirus et le premier confinement, dès le 30 mars 2020 des campagnes de communication appelant à contacter le 119 en cas de besoin ont été mises en place. (44)

« La mise en place du confinement et les campagnes de communication ont conduit à une hausse considérable des appels entrants dans le système téléphonique du 119. Si on compare le nombre d'appels entrants avec la période équivalente en 2019, soit du 18 mars au 10 mai, on observe une augmentation de 56,2 % (62 467 appels entrants en 2019 pour 97 542 en 2020) ».



*Figure 2: Evolution comparative des appels traités et des informations préoccupantes durant les semaines de 2019 et 2020 (44)*



*Figure 3: Fréquentation du site internet "allo 119" (44)*

## 9. La Protection Maternelle Infantile

L'ordonnance du 2 novembre 1945 a permis la création de la Protection Maternelle et Infantile, visant à assurer la protection des femmes enceintes, jeunes mères venant d'accoucher, et enfants jusqu'à 6 ans (45). Par la suite, avec la loi du 6 juillet 1964, les PMI ont été rattachées à chaque département.

Les années 1970 étendent le rôle des PMI en luttant contre la mortalité périnatale, et en œuvrant pour le dépistage et la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs.

En 1989, le rôle de protection et de promotion de la santé des familles et de l'enfance sera attribué aux PMI, avec le repérage et le soutien des populations dites vulnérables.

Le service de Protection Maternelle et Infantile est un service départemental placé sous la responsabilité du conseil départemental. Il organise des consultations, des actions médico-sociales de prévention et de suivi, des activités de planification familiale et d'éducation familiale, ainsi que des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.

La PMI permet un travail en étroite collaboration entre différents acteurs : médecins, sages femmes, infirmières en puériculture, auxiliaire de puériculture, éducateurs jeunes enfants, et autres assistants du service social.

Les réformes de 2007 et de 2016 ont renforcé la compétence médico-sociale de la PMI en tant qu'acteur incontournable de la protection de l'enfance.

## **H. Procédures**

La conduite à tenir est différente en fonction du caractère d'urgence de la situation. Devant un danger avéré, une urgence, la démarche est claire et un signalement doit être réalisé. Devant une situation sans urgence immédiate, une information préoccupante doit être transmise. (46)

## 1. L'Information Préoccupante, en dehors d'une situation d'urgence

Face à une situation préoccupante de vulnérabilité, sans caractère d'urgence, toute personne peut rédiger une information préoccupante adressée à la CRIP du département de résidence des détenteurs de l'autorité parentale.

Cette information préoccupante peut être réalisée de manière anonyme par l'intermédiaire du SNATED. Toutefois, d'après le CASF, tout professionnel réalisant une information préoccupante doit en informer les parents ou détenteurs de l'autorité parentale, sauf intérêt contraire de l'enfant.

L'information préoccupante peut être transmise par téléphone, fax ou courriel.

Le recueil d'informations doit être le plus exhaustif possible : source de l'information, mineur concerné, parents ou représentants légaux, faits rapportés ou constatés, contexte, fratrie présente au domicile, positionnement parents, suivi existant ou non.

Au terme de l'analyse réalisée au sein de la CRIP, l'information peut être :

- Classée sans suite si les données sont insuffisantes ou si la situation n'est pas jugée préoccupantes,
- Qualifiée en information préoccupante et transmise à la Maison Départementale de la Solidarité (MDS) du secteur du domicile des parents afin de procéder à une évaluation (protection administrative)
- Transmise à l'Inspecteur Enfance Famille si une mesure d'aide sociale est déjà en place pour le mineur concerné
- Transmise au parquet pour signalement si le danger urgent est authentifié.

L'information préoccupante qualifiée est donc transmise à la MDS pour évaluation de la situation, réalisée par une équipe pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, éducateurs, professionnels de santé de PMI, psychologues...) différente de celle chargée du suivi de la famille. Cette évaluation permet d'apprécier le danger ou le risque de danger et de proposer les réponses de protection les plus adaptées. Elle doit être faite dans un délai de 3 mois.

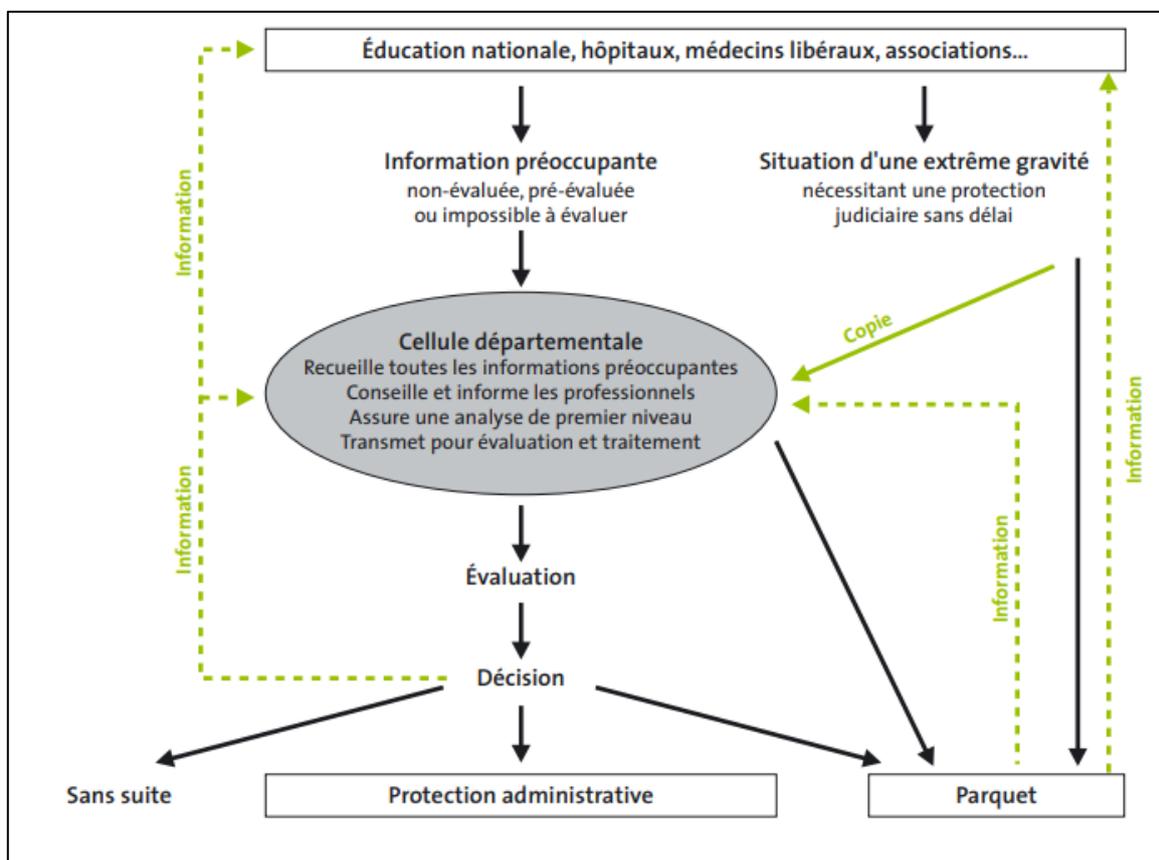
Lorsque l'évaluation est faite, un rapport est transmis à l'inspecteur enfance famille qui prend ensuite la décision qu'il juge adaptée (*Figure 4*).

Il peut choisir :

- Une mesure administrative
- Une mesure judiciaire
- Un classement sans suite.

A noter, que la MDS peut à tout moment saisir le parquet si elle met en évidence une situation de danger.

Un retour de la décision au signalant est possible sur demande motivée par écrit ou par mail à la CRIP.



*Figure 4* : schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être (46)

## 2. Le Signalement, face à une situation d'urgence

Devant une suspicion de faits graves ou avérés, un signalement doit être adressé directement au Procureur de la République. Le procureur peut être saisi par mail, téléphone ou fax. Tout signalement téléphonique doit être ensuite complété par un rapport écrit. Une copie doit être systématiquement adressée à la CRIP. (47)

**En cas d'urgence vitale**, l'enfant doit être transféré à l'hôpital via le SAMU. C'est l'hôpital qui réalisera alors le signalement.

**Face à une situation de danger avec nécessité de mise à l'abri immédiate**, l'enfant doit être hospitalisé sans délai et le signalement sera réalisé soit par le médecin ayant adressé l'enfant, soit par l'hôpital.

Le médecin adressant l'enfant doit s'assurer dans tous les cas de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital.

À la suite du signalement, le procureur peut :

- Engager une procédure judiciaire en saisissant le juge des enfants
- Engager une enquête pénale
- Mettre à l'abri l'enfant via une ordonnance de placement provisoire (OPP).

### I. Suites

#### 1. Protection administrative

Lorsqu'une protection administrative est décidée, et si les parents acceptent l'assistance éducative, il sera proposé une Aide Educative à Domicile (AED). Les services sociaux (ASE et PMI) peuvent alors mener différentes actions (48) :

- Un Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF)
- L'aide d'un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) chez les familles rencontrant des difficultés éducatives ou sociales

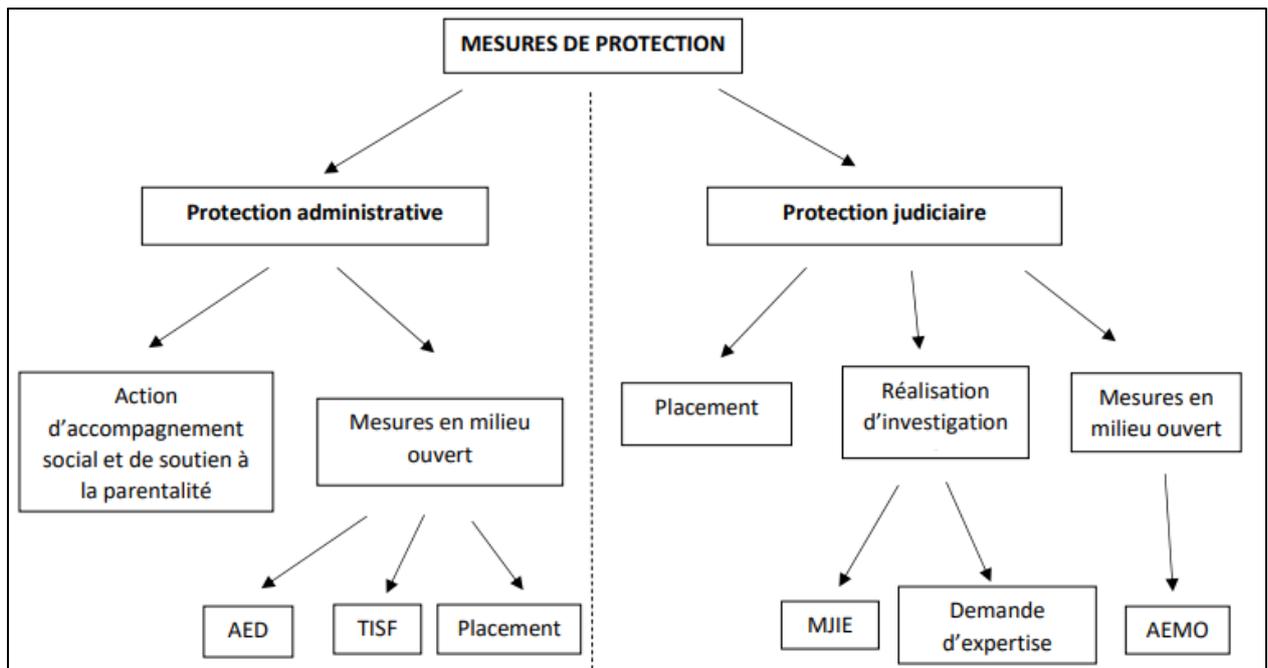
- Le versement d'aides financières exceptionnelles ou d'allocations mensuelles, à titre définitif ou sous condition de remboursement
- Un accueil provisoire ou non de l'enfant.

Si le risque de danger a disparu, la mesure est levée. Cependant, si le risque de danger persiste, l'affaire est redirigée vers le juge des enfants qui peut alors prononcer une mesure judiciaire.

## 2. Protection judiciaire

Lorsqu'une mesure de protection judiciaire fait suite à un signalement, le juge des enfants a plusieurs possibilités (48) :

- Réaliser d'autres investigations par le biais d'une Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE), afin de comprendre les enjeux socio-éducatifs, en recueillant des éléments sur la personnalité du mineur et la situation familiale et sociale
- Décider d'une Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) qui consiste en l'intervention à domicile d'un travailleur social pour une durée variable de 6 à 24 mois, renouvelable jusqu'aux 18 ans de l'enfant.
- Décider d'un placement de l'enfant, à un membre de sa famille ou à un tiers de confiance ou à l'ASE.



*Figure 5 : les différentes mesures de protection (49)*

### III. MATERIEL ET METHODE

#### A. L'étude

Nous avons mené une étude quantitative observationnelle descriptive transversale, à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) afin d'évaluer leurs connaissances et pratiques professionnelles à propos des maltraitances infantiles.

L'objectif principal de notre étude est de décrire les connaissances, l'expérience, et les freins à la pratique des médecins généralistes de la région PACA.

L'objectif secondaire est d'améliorer les connaissances et la prise en charge des maltraitances infantiles par les médecins généralistes, en lien avec l'actualité sanitaire.

## **B. L'échantillon**

Les critères d'inclusion regroupent les médecins généralistes installés ou remplaçants de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur, présentant une activité mixte ou non. Étaient exclus les internes de médecine générale et les médecins salariés à temps plein.

Le questionnaire a été diffusé via le site internet Google Docs®. Les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ont accepté de diffuser le questionnaire sur leurs sites internet.

L'antenne du département des Alpes de Hautes Provence (04) de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) a accepté de diffuser notre questionnaire.

L'antenne du département du Var (83) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a accepté de nous transmettre les adresses courriel des médecins généralistes de leur département.

Pour obtenir un échantillon plus conséquent, nous avons décidé de diffuser le questionnaire via le réseau social Facebook®, sur les groupes suivants : *“le divan des médecins”, “le salon des femmes médecins”, “remplacement, collaboration, cession médecin PACA”*.

Par ailleurs, l'URPS PACA a accepté de diffuser le questionnaire sur sa page Facebook.

Sur une période de trois mois, nous avons réalisé plusieurs relances aux CDOM, URPS et ARS, ainsi que deux relances sur les différents groupes Facebook.

Nous avons recueilli 98 réponses du 19 mars 2021 au 13 juin 2021.

En 2018, l'URPS recensait 5 627 médecins généralistes libéraux en région PACA.

### **C. Le questionnaire**

Le questionnaire, tel qu'il a été soumis aux médecins généralistes, est présenté en Annexe 1.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme, composé de 23 questions, réalisé via le site de sondage Google Docs®. Il a été testé au préalable sur 4 médecins.

Les questions sont fermées à choix multiples afin d'écourter le temps de réponses. Le temps estimé pour répondre a été d'une dizaine de minutes.

Il est constitué de quatre parties :

- La première partie constituée de 8 questions s'intéresse aux données socio démographiques des médecins (sexe, âge, durée d'exercice, lieu d'installation, modalités d'exercice);
- La deuxième partie constituée de 11 questions évalue les connaissances et l'expérience des médecins généralistes (approche pendant la consultation, connaissances sur les facteurs de risque, prise en charge);
- La troisième partie constituée de 3 questions évalue l'impact de l'épidémie de coronavirus sur les maltraitances infantiles (ressenti et vécu des médecins) ;
- La quatrième partie constituée de 1 question comprend des pistes réflexives et évalue l'opinion des médecins interrogés.

### **D. Analyse descriptive**

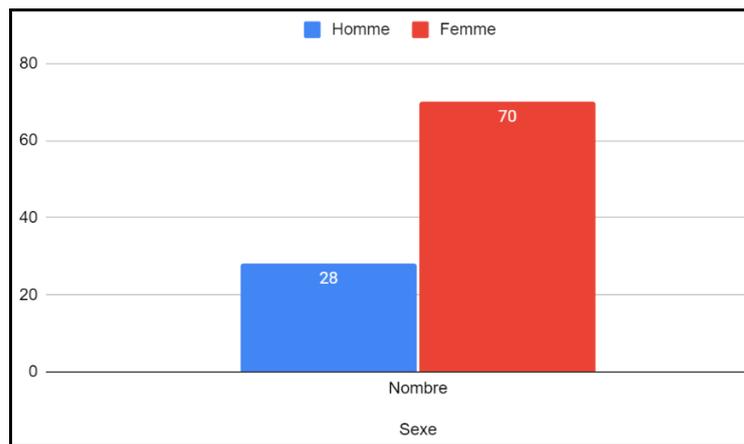
Par la suite, nous avons reporté les réponses du questionnaire dans un tableau Microsoft Excel.

## IV. RESULTATS

L'ensemble des données chiffrées a été saisi et analysé sur Microsoft Excel. Pour rappel, nous avons obtenu 98 réponses à notre questionnaire.

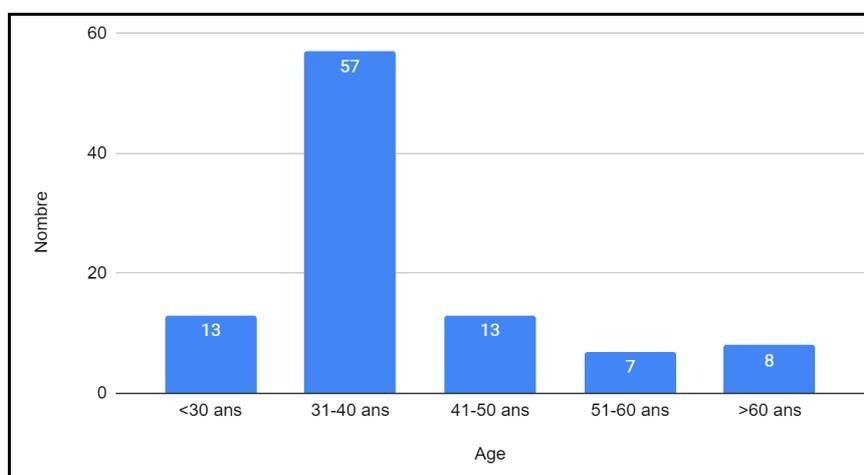
### A. Renseignements généraux

Les femmes ont été majoritaires à répondre aux questionnaires (71.43%).



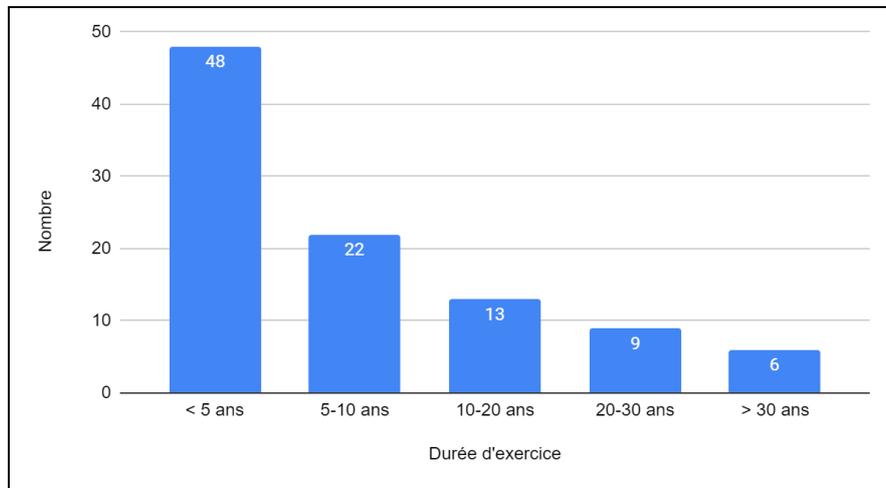
*Figure 6 : répartition du nombre de médecins selon leur sexe*

La majorité des participants étaient âgés de 31 ans à 40 ans, ceci pouvant s'expliquer par l'utilisation des réseaux sociaux comme moyen de diffusion du questionnaire. L'âge moyen est de 39,7 ans.



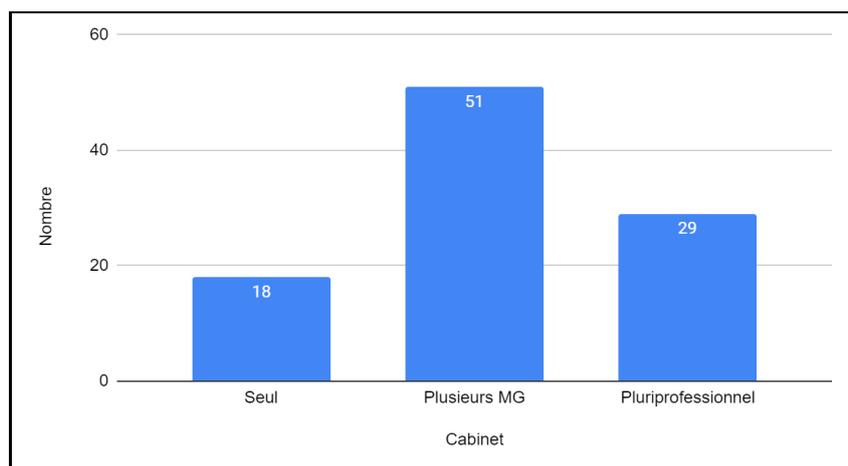
*Figure 7 : répartition du nombre de médecins selon l'âge*

La majorité des participants exercent depuis moins de 5 ans, ceci pouvant également s'expliquer par l'utilisation des réseaux sociaux comme moyen de diffusion du questionnaire.

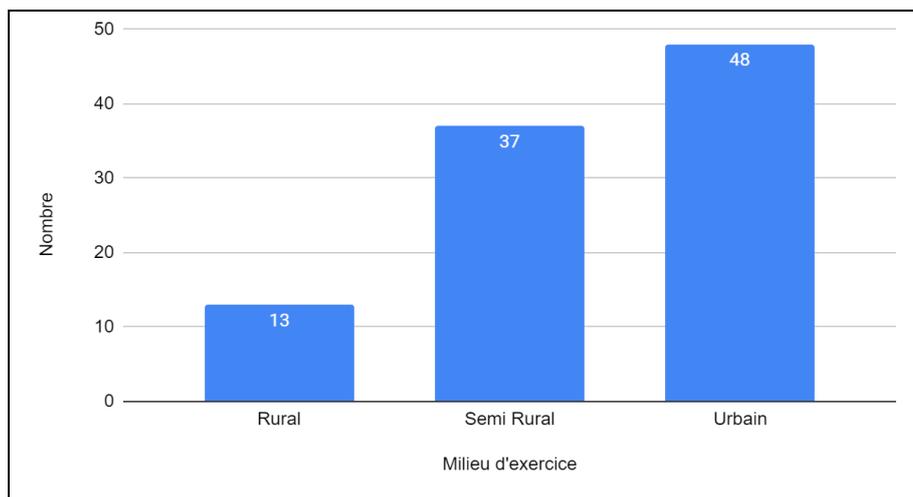


*Figure 8 : répartition du nombre de médecins selon leur durée d'exercice*

Les médecins de l'étude travaillent en majorité en cabinet regroupant plusieurs médecins généralistes. Seulement 18.4% des médecins exercent en cabinet seul.

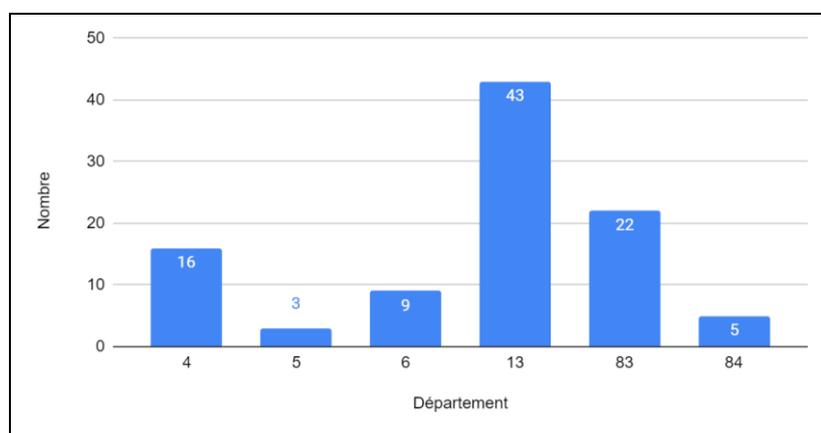


*Figure 9: répartition du nombre de médecins selon leur mode d'exercice*



*Figure 10 : répartition du nombre de médecins selon leur milieu d'exercice*

43.9% des médecins ayant répondu au questionnaire exercent dans le département des Bouches-du-Rhône.



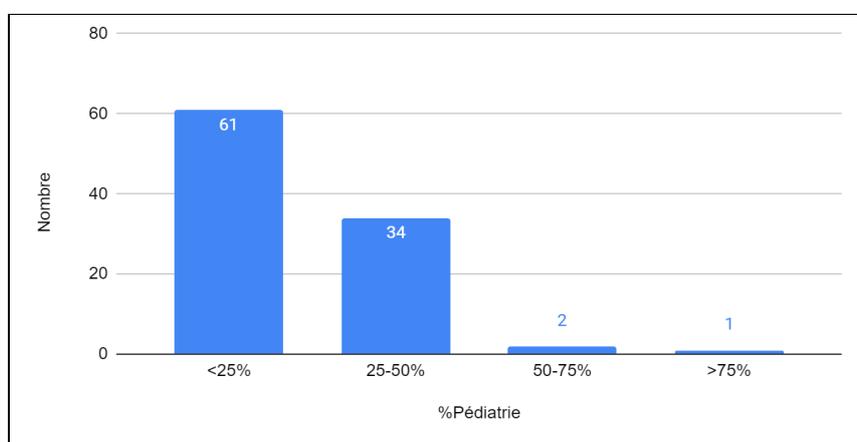
*Figure 11 : répartition du nombre de médecins selon leur département d'exercice*

48 médecins déclarent avoir une activité professionnelle complémentaire soit 49%. Parmi eux,

- 10 médecins réalisent des gardes aux urgences soit 20.8%
- 9 médecins exercent en service hospitalier soit 18.8%
- 7 médecins sont médecins de crèche soit 14.6%,
- 7 médecins exercent en centre de planning familial ou de gynécologie soit 14.6%,

- 5 médecins réalisent des gardes en permanence de soin ou en maison médicale de garde soit 10.4%,
- 5 médecins sont coordinateurs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) soit 10.4%,
- 3 médecins travaillent au sein d'un institut médico éducatif (IME) soit 6.3%,
- 3 médecins sont coordinateurs de services sociaux de type service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM) soit 6.3%,
- 3 médecins exercent également en service de soins et de réadaptation soit 6.3%.

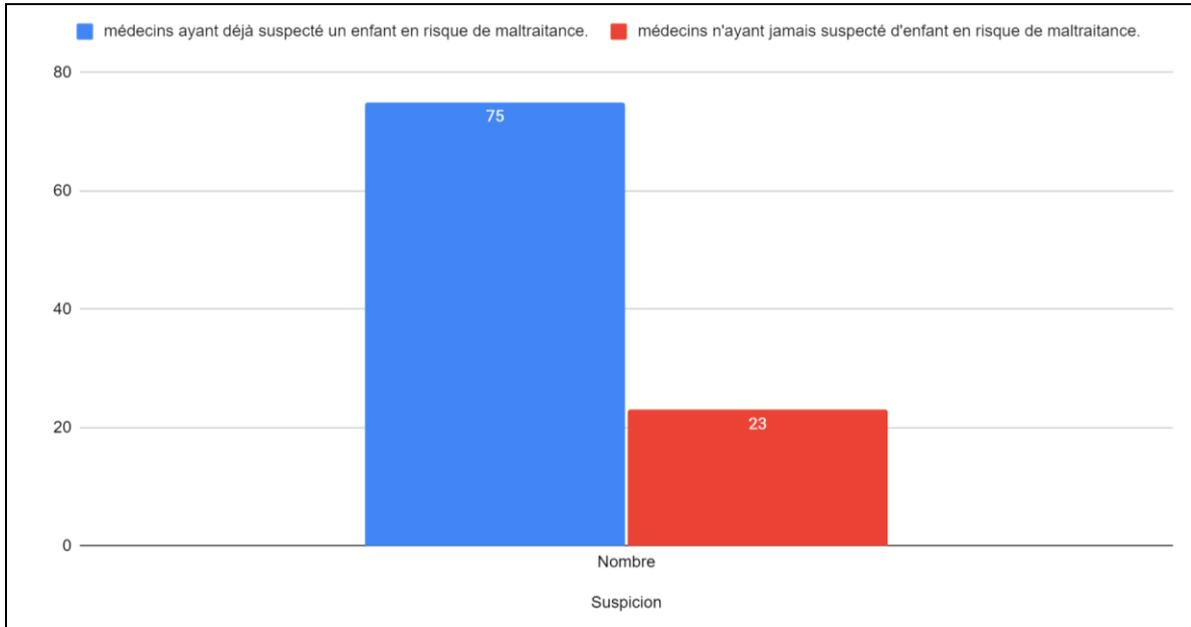
Chez 62.2% des médecins, la pédiatrie représente moins de 25% de leur patientèle.



*Figure 12 : répartition du nombre de médecins selon le pourcentage pédiatrique au sein de leur patientèle*

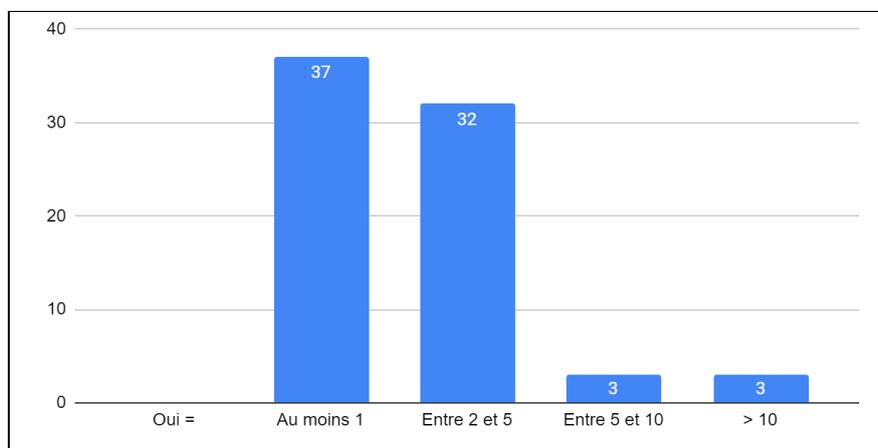
## B. Connaissances et expériences sur le sujet

### 1. Suspicion et expérience



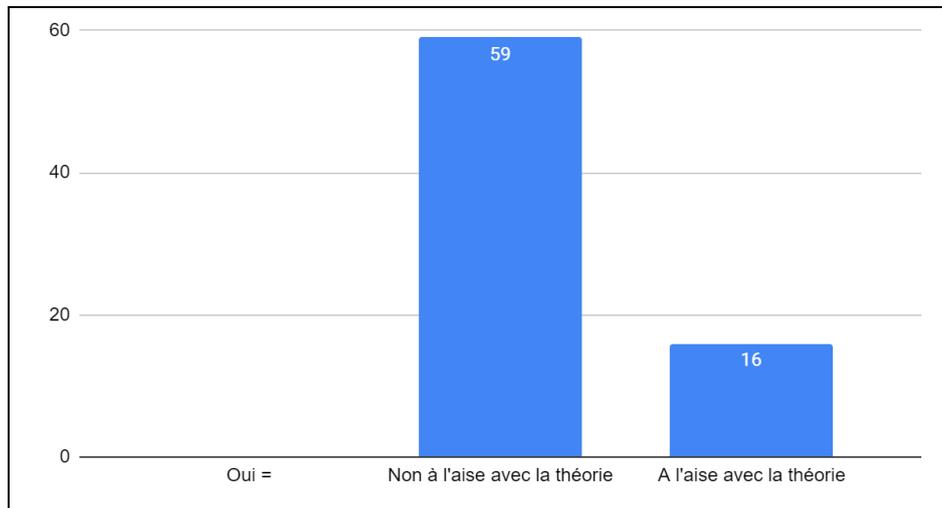
*Figure 13: répartition du nombre de médecins selon leur expérience en termes de suspicion de maltraitance ou risque de maltraitance*

76.5% des médecins de l'étude déclarent avoir été confrontés à une suspicion de maltraitance ou risque de maltraitance (nb=75).



*Figure 14 : répartition du nombre de médecins en fonction du nombre de situation de suspicion de maltraitance*

Parmi les médecins ayant déjà suspecté une situation de maltraitance ou ayant déjà été confrontés à une situation de maltraitance, 78.7% d'entre eux ressentaient un manque de connaissance sur la conduite à tenir (nb = 59).



*Figure 15 : répartition du nombre de médecins confrontés à une situation de maltraitance, en fonction de leurs ressentis sur leurs connaissances en termes de protection de l'enfance*

Face à ces situations de suspicion de maltraitance ou de risque de maltraitance infantile, nous avons proposé plusieurs items de prise en charge. Il était également possible aux médecins d'inscrire une réponse libre.

Les médecins pouvaient donc cocher plusieurs réponses. En moyenne, les médecins ont coché 2 items.

53 médecins ont ouvert le dialogue avec les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale, soit 54.1 %.

37 médecins ont contacté la PMI soit 37.6%.

27 médecins ont réalisé une information préoccupante auprès de la CRIP soit 27.6%.

17 médecins ont fait hospitaliser l'enfant soit 17.4%.

16 médecins ont émis un signalement au procureur de la République soit 16.3%.

8 médecins ont appelé le 119 soit 8.2%.

8 médecins ont contacté l'école pour obtenir des renseignements soit 8.2%.

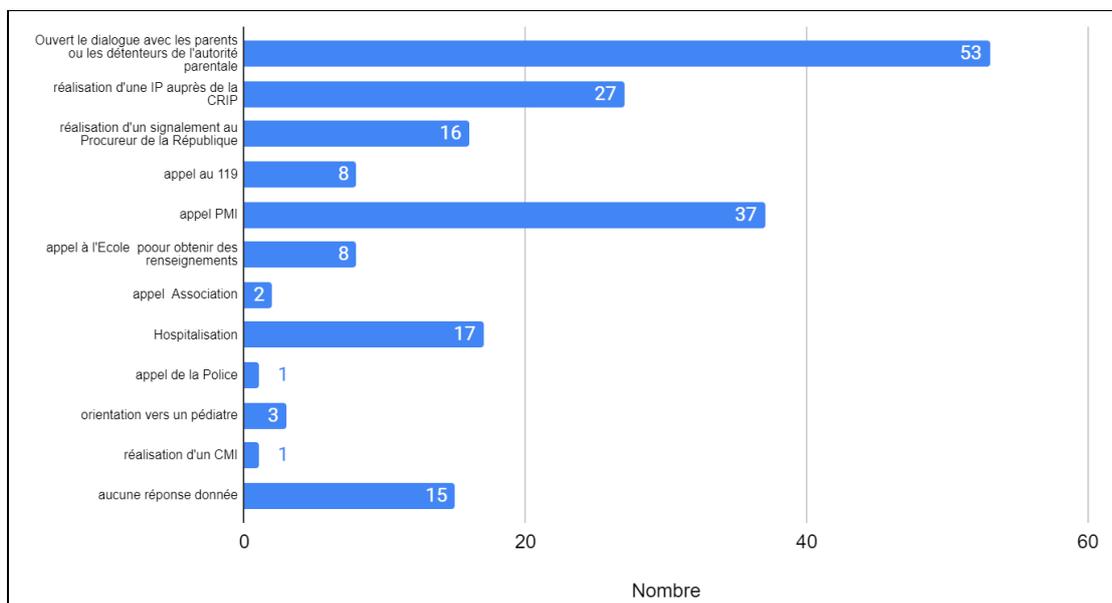
3 médecins ont orienté les parents et l'enfant vers un pédiatre soit 3.1%.

2 médecins ont contacté des associations pour obtenir de l'aide soit 2%.

1 médecin a appelé la police soit 1%.

1 médecin a réalisé un CMI (certificat médical initial) soit 1%.

72.4% des médecins n'ont jamais émis d'information préoccupante auprès de la CRIP, et 83.7% n'ont jamais réalisé de signalement auprès du procureur de la République.



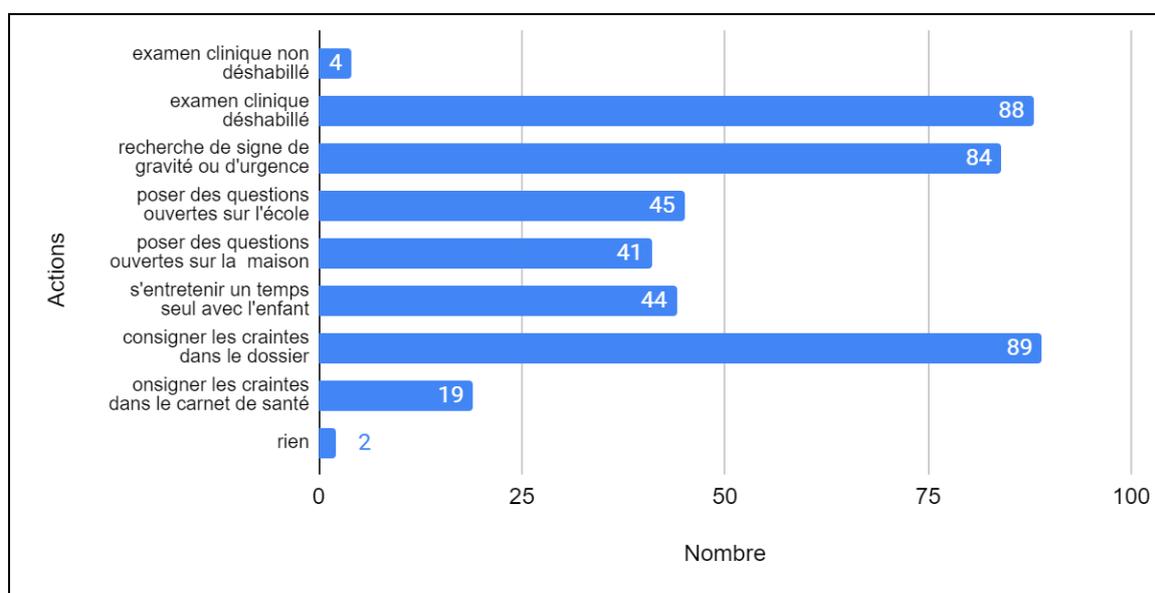
*Figure 16 : prise en charge des médecins face aux situations de maltraitance ou de risque de maltraitance*

Face aux situations de maltraitance ou de risque de maltraitance,

- 89 médecins consignent leurs doutes et craintes dans le dossier médical soit 90.8%,
- 88 médecins réalisent un examen clinique de l'enfant déshabillé soit 89.8%,
- 84 médecins recherchent un signe de gravité ou d'urgence lors de l'examen clinique soit 85.7%,
- 45 médecins posent des questions ouvertes à l'enfant sur l'école soit 45.9%,

- 44 médecins demandent à l'accompagnant de sortir de la salle de consultation afin de s'entretenir un temps seul avec l'enfant, lorsque son âge le permet soit 44.9%,
- 41 médecins posent des questions ouvertes à l'enfant sur la vie à la maison soit 41.84%,
- 19 médecins consignent leurs doutes et craintes dans le carnet de santé de l'enfant soit 19.39%,
- 4 médecins réalisent un examen clinique de l'enfant non déshabillé soit 4.08%,
- 2 médecins n'ont coché aucune réponse à cette question.

En moyenne, les médecins ont coché 4.6 items à cette question.



*Figure 17 : attitude des médecins généralistes face à une situation de maltraitance ou de risque de maltraitance*

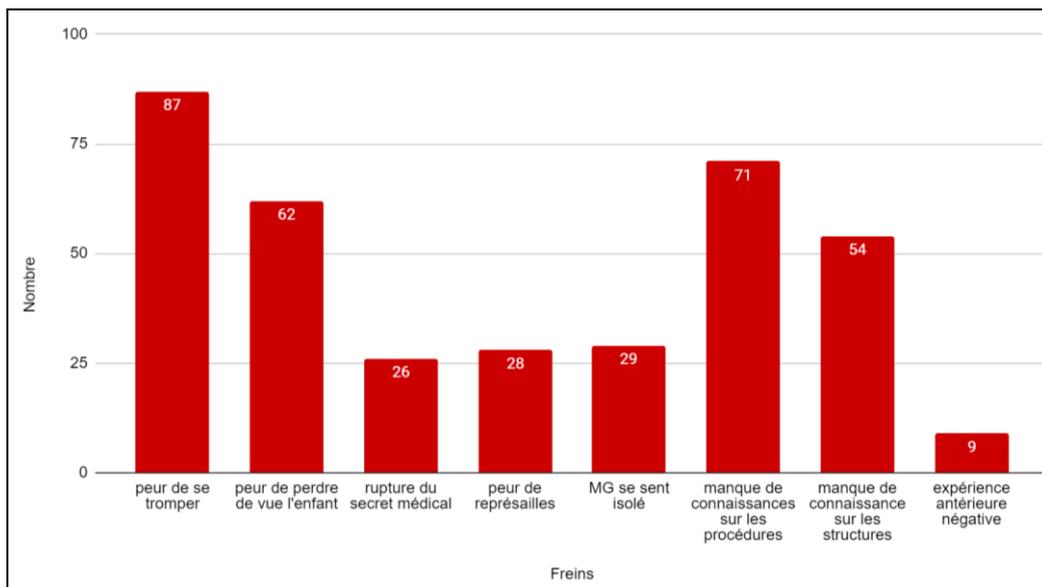
## 2. Freins à la prise en charge

Nous avons ensuite interrogé les médecins sur les freins qui, selon eux, pouvaient gêner la prise en charge.

En moyenne, les médecins ont coché 3.7 items à cette question.

Parmi une liste non exhaustive de freins à la prise en charge, 4 items sont ressortis prédominants dans les réponses :

- 88.8% des médecins généralistes interrogés déclarent craindre de se tromper,
- 72.5% ne se sentent pas à l'aise avec les différentes procédures,
- 63.3% déclarent craindre de perdre de vue l'enfant,
- 55.1% manquent de connaissance sur les différentes structures dédiées à la protection de l'enfance.



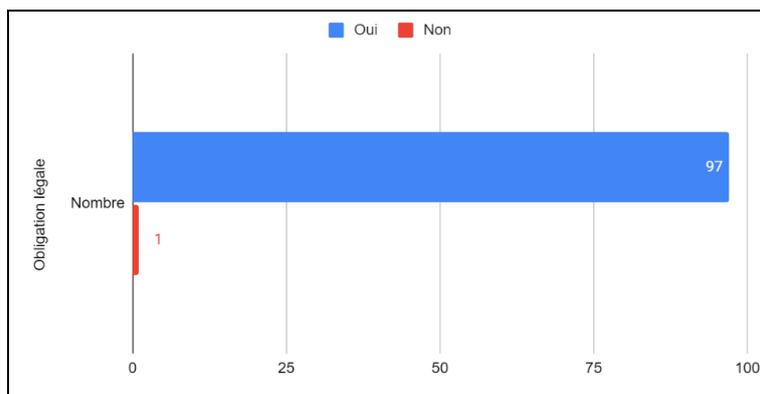
*Figure 18 : freins à la prise en charge selon les médecins généralistes*

### 3. Législation

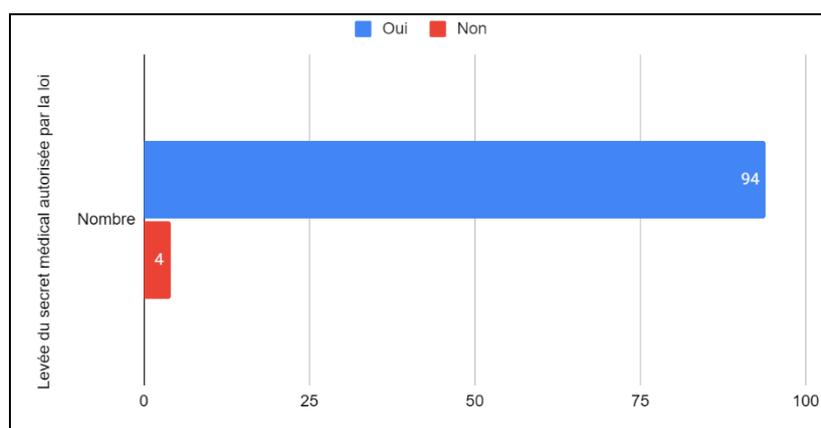
Nous avons ensuite interrogé les médecins sur leur connaissance en termes juridique. La première question était de savoir si, selon eux, les médecins étaient soumis à une obligation légale d'alerter les autorités judiciaire ou administrative devant toute situation où un mineur est victime de maltraitance.

La deuxième question était de savoir si, selon eux, la loi autorisait la levée du secret médical dans ce genre de circonstance.

94.5% des médecins répondent juste à ces deux questions.



*Figure 19 : répartition du nombre de médecins selon leur réponse à la question sur l'obligation légale de signalement*



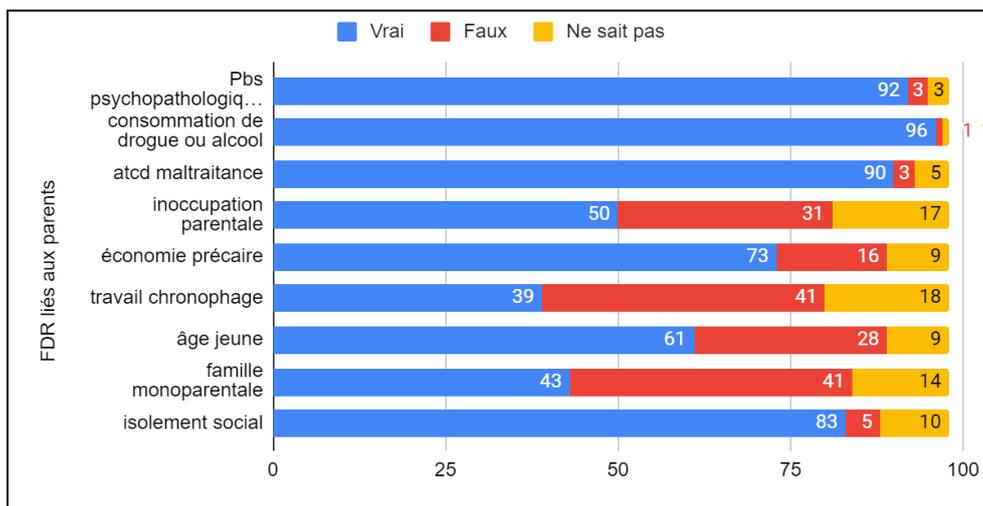
*Figure 20 : répartition du nombre de médecins selon leur réponse à la question sur l'autorisation à la levée du secret médical par la loi*

### **C. Connaissances sur les facteurs de risque**

Par la suite, nous avons interrogé les médecins sur leurs connaissances au sujet des facteurs de risque de maltraitance. Dans un premier temps ceux liés aux parents, puis liés à la grossesse, et enfin liés à l'enfant.

#### **1. Liés aux parents**

33.7% des médecins ont répondu juste à tous les items.

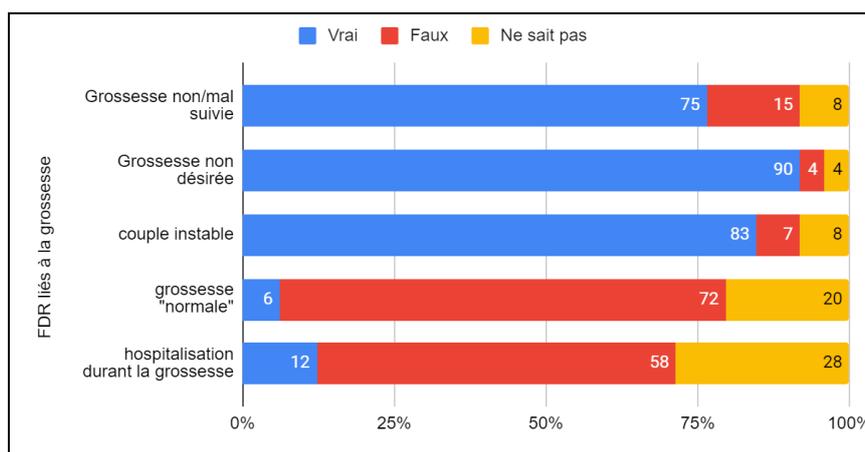


*Figure 21 : répartition des médecins selon leurs réponses au sujet des FDR liés aux parents*

## 2. Liés à la grossesse

8.2% des médecins ont répondu juste à tous les items.

Seulement 12.2% des médecins interrogés pensent qu'une hospitalisation durant la grossesse est un facteur de risque de maltraitance.



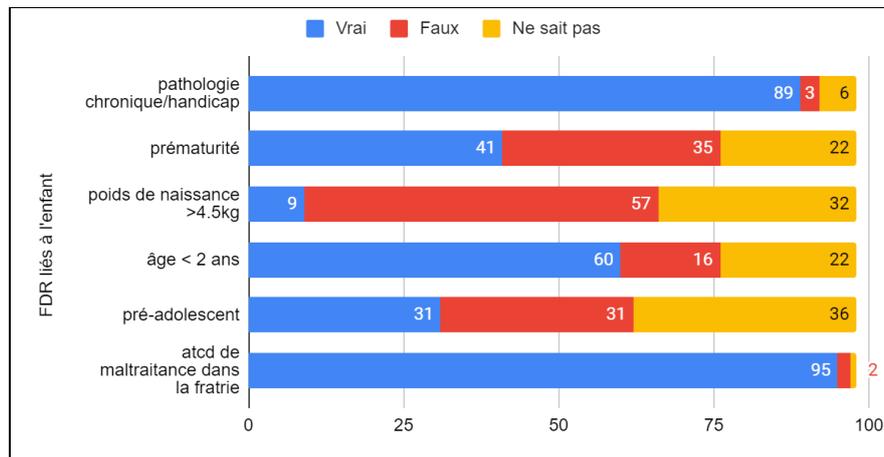
*Figure 22: répartition des médecins selon leurs réponses au sujet des FDR liés à la grossesse*

## 3. Liés aux enfants

L'item "prématurité" est noté comme vrai par 41.8% et comme faux par 35.7%. Les items "pathologies chroniques / handicap" et "antécédent de maltraitance dans la

fratrie” sont quant à eux sans doute possible : 90.8% et 96.9% des médecins répondent vrais respectivement pour ces items.

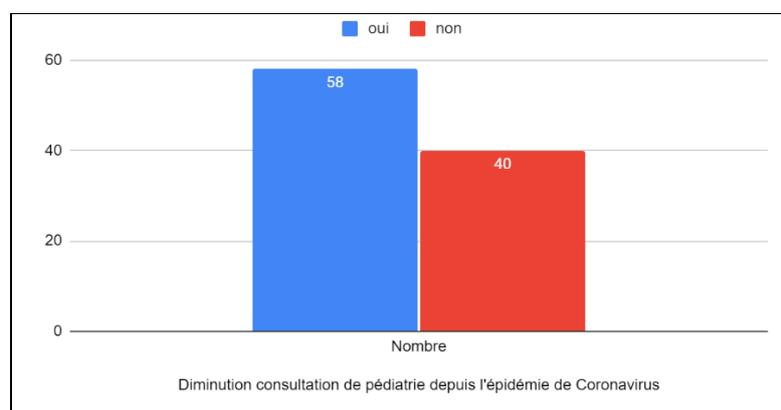
11.2% des médecins répondent juste à tous les items.



*Figure 23 : répartition des médecins selon leurs réponses au sujet des FDR liés à l'enfant*

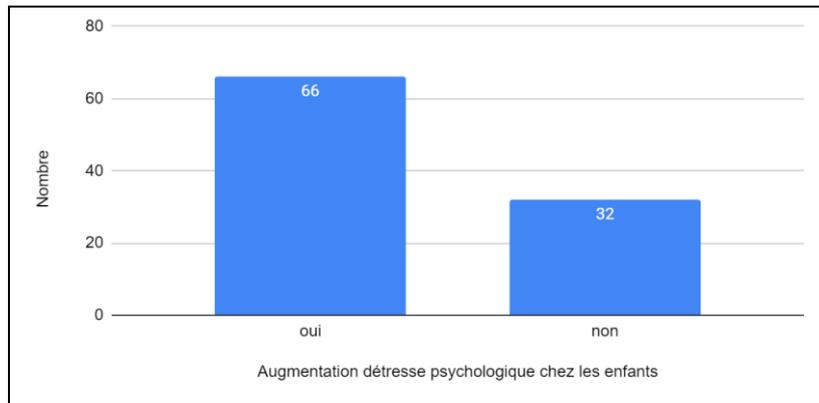
#### **D. Impact de l'épidémie de Coronavirus**

59% des médecins déclarent avoir eu une baisse de consultation pédiatrique depuis l'épidémie de covid 19.

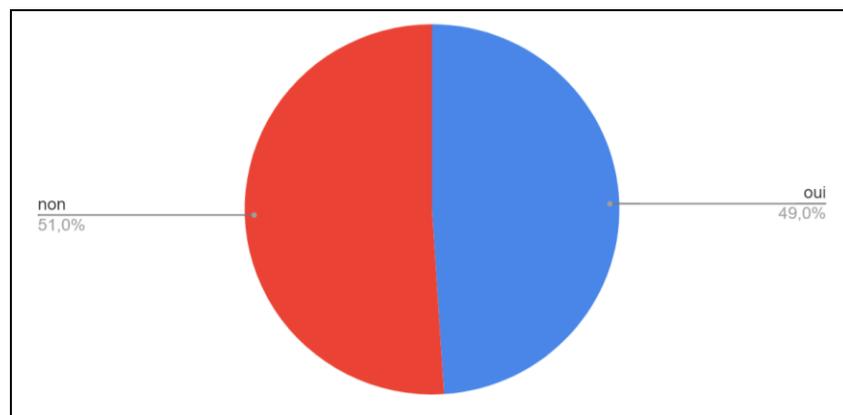


*Figure 24 : répartition du nombre de médecins en fonction de leur ressenti sur l'éventuelle baisse des consultations de pédiatrie depuis l'épidémie de coronavirus.*

67.3% ont constaté une augmentation des détresses psychologiques chez leur patient enfant/adolescent.



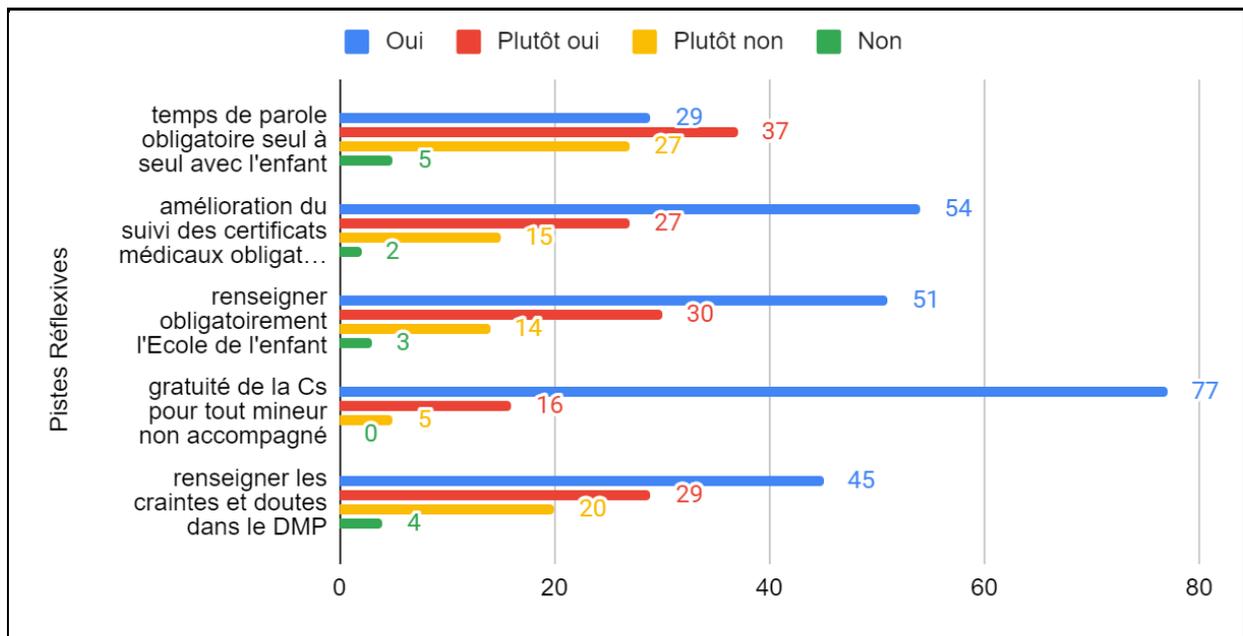
*Figure 25 : répartition du nombre de médecins en fonction de leur ressenti sur l'éventuelle augmentation des détresses psychologiques chez l'enfant depuis l'épidémie de coronavirus*



*Figure 26 : augmentation de la sensibilité et de la vigilance en matière de maltraitance infantile depuis l'épidémie de coronavirus : répartition du nombre de médecins en fonction de leur réponse*

### **E. Pistes de réflexion**

La majorité des médecins semblent favorables à la gratuité des consultations pour tout mineur qui se présenterait en consultation non accompagné par une tierce personne majeure (78.6%).



*Figure 27 : répartition du nombre de médecins en fonction de leur avis sur les différentes pistes de réflexion données.*

## V. DISCUSSION

### A. Principaux résultats

#### 1. Manque de connaissance ou déni de voir

Parmi les médecins ayant déjà suspecté une situation de maltraitance ou ayant déjà été confrontés à une situation de maltraitance, 78.7% d'entre eux ressentent un manque de connaissance sur la conduite à tenir. Le manque de connaissances, sur les procédures et sur les structures, représentait un frein à la prise en charge pour respectivement 72.5% et 55.1% des médecins de notre étude.

Durant les études de médecine, en 6ème année, le module *“Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile”* est traité en 1 à 2 heures dans les facultés. (50)

Par la suite, à la faculté d'Aix Marseille, durant l'internat de DES de Médecine Générale, le sujet des maltraitances infantiles est abordé dans un cours intitulé "*Certificats médicaux et Enfants en danger*", se déroulant sur une journée.

Le temps consacré à l'apprentissage de la prise en charge des situations de maltraitance ou de risque de maltraitance est donc très faible. En comparaison, une formation supplémentaire de 3 ans est nécessaire aux Etats-Unis pour obtenir la spécialité de « pédiatre de maltraitance ». (51)

En France, un Diplôme Interuniversitaire et Universitaire (DIU) intitulé « *Maltraitance de l'enfant : du diagnostic aux aspects médico-légaux* » permet une formation complémentaire, réalisé sur deux ans, à raison de 2 séminaires par an. (52) Des formations en ligne sont également disponibles, dans le cadre de la Formation Médicale Continue.

A noter que des actions de prévention sont réalisées de la maternelle au lycée, notamment par l'association Enfance et Partage. (53)

Quand nous interrogeons les médecins sur les facteurs de risque de maltraitance,

- 33.7% des médecins ont répondu juste à tous les items concernant les facteurs de risque liés aux parents,
- 8.2% des médecins ont répondu juste à tous les items concernant ceux liés à la grossesse,
- et 11.2% des médecins répondent juste à tous les items concernant ceux liés à l'enfant.

Des études réalisées précédemment retrouvaient des résultats similaires, où les facteurs de risque de maltraitance infantile étaient mal identifiés par les médecins. (50)(54) (55)

En regardant en détails les réponses correctes pour les facteurs de risque identifiés comme tels, nous retrouvons les pourcentages suivants :

Facteurs de risque identifiés liés aux parents	% de réponses correctes
Consommation d'alcool ou de drogue	98%
Problèmes psychopathologiques	93.9%
Antécédent personnel de maltraitance	91.8%
Isolement social	84.7%
Jeune âge	62.3%
Inoccupation parentale	51.02%
Famille monoparentale	43.9%
Nb de médecins ayant répondu justes à tous les items	33.7%

Nous n'avons pas validé l'item "situation économique précaire" comme étant juste, car celui-ci pourrait être source de confusion. En effet, une situation économique précaire doit être rattachée à un autre élément du contexte de vie de l'enfant, avant d'être qualifiée de facteur de vulnérabilité. Tout comme une situation économique stable et confortable n'est en aucun cas un facteur de protection pour l'enfant.

*"Les conditions de vie précaires ainsi que l'insécurité qui en est inhérente entravent sans conteste le développement de l'enfant. Mais cette seule assertion ne suffit pas à rendre compte de la variabilité de leur impact. Il est nécessaire pour cela de considérer qualitativement le contexte dans son ensemble, économique certes, mais surtout familial et environnemental".* Chantal Zaouche Gaudron, professeure en psychologie du développement à l'université de Toulouse. (56)

<b>Facteurs de risque identifiés liés à la grossesse</b>	<b>% de réponses correctes</b>
Grossesse non désirée	91.8%
Couple instable	84.7%
Grossesse mal ou non suivie	76.5%
Hospitalisation durant la grossesse	12.2%
Nb de médecins ayant répondu justes à tous les items	8.2%

Pour seulement 12.2% des médecins interrogés, une hospitalisation durant la grossesse peut être considérée comme un facteur de vulnérabilité. Pourtant, l'HAS identifie clairement une hospitalisation durant la grossesse comme un facteur de risque de maltraitance lié à un risque de non-attachement.

<b>Facteurs de risque identifiés liés à l'enfant</b>	<b>% de réponses correctes</b>
Antécédent de maltraitance dans la fratrie	96.9%
Pathologie chronique ou handicap	90.8%
Âge < 2 ans	61.2%
Prématurité	41.8%
Nb de médecins ayant répondu justes à tous les items	11.2%

“Toutes les situations qui empêchent que le lien se noue aussi précocement que possible sont potentiellement délétères (prématurité, toutes les causes d'hospitalisation néonatales, dépression du post-partum)”. (13)

Anne TURSZ, pédiatre et épidémiologiste française, ancienne directrice de recherche à l'Inserm, déclarait en 2015 dans un article : « il existe une grave méconnaissance des signes apparents (ou du moins visibles) de la maltraitance et de ses conséquences, voire un véritable déni du problème, dont on ne connaît pas la fréquence et fort peu les facteurs de risque ».

Elle ajoute ensuite « il y a de nombreux écrits concernant l'attitude du corps médical face à la maltraitance, notant en particulier leurs difficultés à faire le bon diagnostic par carence en formation, leur "aversion de voir" la réalité et leur incapacité à signaler dans leur propre classe sociale ». (57)

D'autres formes de déni sont pointées du doigt dans différentes études, notamment la présence de barrières psychologiques lorsque les parents sont compliants et amicaux, ou lorsque le médecin est proche de la famille et n'envisage alors pas la possibilité d'une éventuelle maltraitance. (50)

## 2. Conduites des médecins généralistes

### a) *Ouverture du dialogue avec les parents*

Face à une situation de maltraitance infantile ou de suspicion de maltraitance infantile, 54.1% des médecins déclarent ouvrir le dialogue avec les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale. Il est effectivement nécessaire d'associer la famille, ou les détenteurs de l'autorité parentale, à toutes les étapes sauf si le fait de les informer est contraire à l'intérêt de l'enfant.

En effet, les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale doivent participer aux dialogues autour des besoins et des intérêts de leur enfant, afin de permettre de mobiliser toutes les ressources nécessaires dans ce but-là. De plus, ils doivent être avertis dès lorsqu'une information préoccupante est transmise à la CRIP ou un signalement au Procureur de la République. (40)

Cependant le dialogue peut s'avérer difficile en tant que médecin traitant, ces consultations pouvant être source d'anxiété. (58)

Il semble en effet important de pondérer, en rappelant le rôle de confiance du médecin de famille, comme expliqué dans l'éditorial de mars 2009 de la Presse Médicale (59) : « Cependant si le médecin est en position de dépister les cas de maltraitance, c'est parce qu'il est admis, en confiance, dans l'intimité des foyers. Ainsi, dans la perspective de protéger l'enfant, mais plus généralement toutes les personnes vulnérables victimes de mauvais traitements, il semble nécessaire que le médecin traitant préserve cette confiance. Le médecin généraliste doit alors savoir s'entourer des compétences tant de confrères médecins (Service d'urgences pédiatriques, unité médico-judiciaire, Protection Maternelle et Infantile, médecin scolaire, pédiatre, etc.) pouvant lui apporter un regard extérieur ».

#### *b) Lien avec la PMI*

Ainsi, il nous a semblé judicieux d'évaluer le lien des médecins généralistes avec les PMI.

Dans notre étude, 37.76% des médecins contactent la PMI lorsqu'ils sont confrontés à une situation de maltraitance ou de suspicion de maltraitance infantile. Plusieurs études réalisées auparavant retrouvaient la même tendance, la PMI étant facilement accessible à la fois pour les médecins et pour les parents. (60) (61)

Les médecins ayant pris contact avec la PMI étaient majoritairement âgés de 30-40 ans (56.8%), cela étant probablement lié aux nouvelles lois parues en 2007 et 2015, durant leurs études.

En réalisant un soutien précoce à la parentalité, les PMI constituent un facteur de prévention des maltraitances infantiles et ont contribué à réduire le nombre de décès prématurés. (62)

c) *Utilisation du SNATED, allo 119*

8.16% (nb = 8) des médecins interrogés ont déjà composé le numéro d'appel 119. Ce chiffre paraît faible mais est en augmentation par rapport aux différents résultats retrouvés dans les études précédentes, où les médecins interrogés connaissaient très peu ce numéro. (60)

Parmi les 8 médecins ayant eu recours au 119,

- 6 ont répondu avoir ouvert le dialogue avec les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale
- Dans 6 situations une information préoccupante a été adressée à la CRIP après appel au 119
- Dans 3 situations un signalement au Procureur de la République a été réalisé, après appel au 119.

Le 119 s'illustre donc comme étant un parfait outil d'aide à la décision, riche d'informations, pouvant être un aide majeur pour tout professionnel se questionnant sur la démarche à suivre, ou ayant un doute sur les instances à saisir.

Pour rappel, le SNATED a reçu 256 000 appels en 2019, soit environ 700 appels par jour. Malgré une faible diminution par rapport au nombre d'appels de 2018 (-0.2%), les chiffres restent en hausse constante depuis 2012. 36.1% des appelants étaient des membres de la famille proche, et dans 13.2% des cas le mineur concerné lui-même. (42) (39) (43)

d) *Réalisation d'information préoccupante ou de signalement*

Dans notre étude, 27.55% des médecins déclarent avoir déjà transmis une information préoccupante auprès de la CRIP et 16.33% déclarent avoir émis un signalement au Procureur de la République.

Une étude réalisée en 2019, visant à étudier la transmission des informations préoccupantes dans le département Nord-Pas-De-Calais a trouvé des résultats similaires. (63)

Selon l'Observatoire National de l'Action Sociale (ODAS) en 2005, les médecins ne seraient à l'origine des informations préoccupantes et des signalements que dans seulement 5% des cas.

Parmi les médecins ayant réalisé une information préoccupante, 18.5% n'ont pas ouvert le dialogue avec les parents, exemple frappant de la difficulté de prise en charge et l'anxiété générée chez les médecins traitants.

Parmi les médecins ayant réalisé un signalement, 25% n'ont pas ouvert le dialogue avec les parents, pouvant témoigner d'une situation d'urgence où informer les patients pouvait être contraire à l'intérêt de l'enfant.

### 3. Les freins à la prise en charge

88.8% des médecins interrogés déclarent craindre de se tromper et 29.6% se sentent isolés. L'exercice libéral de notre profession, avec le manque de temps et un accès parfois limité aux structures pouvant nous aider, peuvent expliquer les réticences des médecins à réaliser des informations préoccupantes et/ou signalements. Les médecins attendent, parfois à tort, d'être sûrs du diagnostic avant d'entamer les démarches. (64)

La peur de représailles évoquée par 28.6% des médecins de l'étude, conforte le sentiment d'isolement des médecins travaillant en libéral.

La peur de perdre de vue l'enfant représente également un frein à la prise en charge, comme décrit dans différentes études où les généralistes tendent à tout faire pour éviter la confrontation avec les parents par crainte de rompre le lien, et ne plus pouvoir agir en consultations futures.(65)

Un frein majeur existe donc : garder un lien de confiance entre médecin et patient/famille afin de pouvoir agir en consultation et rester au plus proche de l'enfant,

certes, mais jusqu'où fixer la limite ? Quand doit-on se tourner vers les instances dédiées, en informant alors la famille et risquer de rompre ce lien ?

#### 4. Impact de l'épidémie du Coronavirus

Un groupe de parole pluridisciplinaire au sein de l'Espace Éthique PACA-Corse s'est intéressé à la prise en charge des enfants porteurs de handicap ainsi que ceux confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, durant le premier confinement dû à l'épidémie du Covid-19. En effet début mars 2020 en raison de l'épidémie de Covid-19, de nombreuses structures n'ont plus pu accueillir les enfants porteurs de handicap, qu'ils s'agissent des IME (instituts médicaux éducatifs), des CAMPS (centre d'actions médicosociale précoce), des services d'hôpitaux de jour... Des consultations téléphoniques et des passages à domicile pour les cas les plus importants ont été mis en place afin de maintenir des soins adaptés. Le confinement à domicile avec la perte des repères habituels, le manque d'accompagnement des familles fragiles, associés à l'inquiétude de la crise sanitaire, ont fragilisé des situations déjà difficiles et ont pu favoriser des négligences voire des maltraitances. (66)

C'est ce que déclare également la National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) : "l'isolement place les enfants à un risque accru de négligence ainsi que de violence physique, émotionnelle, sexuelle et familiale". (67)

Une revue de la littérature publiée en juin 2021 s'est intéressée à l'état psychologique des enfants et adolescents durant l'épidémie de Covid-19. Les études ont été menées sur la population générale et sur des jeunes ayant des troubles psychiatriques connus. Les résultats ont montré un niveau élevé de détresse émotionnelle et des syndromes dépressifs. Les facteurs associés retrouvés étaient l'isolement social, la perturbation de l'école et par conséquent des rythmes physiques, ainsi que les relations familiales et conflits. (68)

Il nous semblait donc important d'étudier le ressenti des médecins généralistes de notre étude sur les retentissements de cette crise sanitaire sur leur patientèle pédiatrique.

Nos résultats concordent avec la littérature puisque 63.7% des médecins ont déclaré avoir objectivé une augmentation des détresses psychologiques chez leurs patientèles pédiatriques, depuis le début de l'épidémie de covid19.

Une meilleure prévention à ce sujet semble nécessaire puisque 51% des médecins déclarent ne pas être plus vigilants au risque de maltraitances infantiles depuis cette période.

En ce sens, les campagnes de communication mises en place par le gouvernement lors du premier confinement, ayant participé à la hausse des appels reçus par le 119, ne devraient-elles pas être diffusées tout au long de l'année ?

## 5. Les pistes de réflexion

Parmi les pistes réflexives proposées aux médecins interrogés, établir la gratuité de la consultation pour tout mineur non accompagné semble être envisageable puisque 94.9% des médecins y sont favorables (« oui » + « plutôt oui »). Des consultations gratuites et anonymes sont actuellement possibles chez les jeunes filles mineures dans le cadre d'une prescription ou d'un suivi de contraception. Une facturation papier en mode dégradé est alors possible pour le médecin en utilisant un NIR anonyme fictif 2 55 55 55 CCC 042/XX associé à la date de naissance exacte de la patiente. (69) (70) (71)

Un meilleur suivi des certificats obligatoires de santé de l'enfant semble être un moyen d'assurer un suivi de l'enfant, certains étant non vus en consultation en dehors de problèmes somatiques aigus. Le 15 juillet 1970 la loi rendait obligatoire la délivrance de trois certificats médicaux établis durant l'enfance (8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois, 24<sup>ème</sup> mois). Ces certificats sont ensuite adressés au service de PMI. Ils permettent ainsi, sur le plan individuel, de proposer aux familles une aide si besoin ; et sur le plan de santé publique, un suivi épidémiologique des données de santé périnatale. (72) Mais nombre de ces certificats ne sont pas réalisés. Comment améliorer le suivi des enfants ? Comment rendre concrètement une visite médicale annuelle de suivi obligatoire ?

Par ailleurs, les autres pistes réflexives proposées obtiennent des avis plutôt favorables mais la réalité de terrain pose souci quant à la réalisation de ces mesures : comment laisser un temps de parole seul à seul avec l'enfant en consultation, lorsque son âge le permet ? Comment renseigner ses doutes et craintes dans le dossier médical partagé, pourtant en cours de développement, mais peu utilisé en pratique courante ?

## **B. Faiblesse de l'étude**

Notre travail présente deux biais à souligner, liés à la diffusion du questionnaire via internet :

- Un biais de sélection, les médecins répondants étant ceux se sentant probablement plus concernés par la protection de l'enfance,
- Un biais d'échantillonnage. En effet, l'échantillon est peu représentatif des médecins généralistes de la région PACA en fréquence de genre puisque l'étude retrouve 71% de femme, contre 44,5 % selon le rapport du conseil national de l'ordre des médecins ; et en âge, les médecins répondants étant plus jeunes avec une moyenne d'âge à 39,7 ans, contre 52 ans dans le même rapport. (73)

## **C. Perspectives**

Il n'existe pas d'outil validé pour l'aide à la décision et la prise en charge des maltraitances infantiles par les médecins généralistes malgré les différentes études réalisées. Cependant la HAS a publié en 2017 un arbre décisionnel visant à servir d'outil d'aide au signalement (cf Annexe).

La protection de l'enfance reste un sujet sensible et toujours empreint à de nouveaux textes de loi. En effet en juin et juillet 2021 deux propositions de loi ont été soumises à l'Assemblée Nationale (propositions de loi n° 4264 et 4350) visant à mieux lutter

contre la maltraitance des enfants et permettre un accueil optimal des enfants placés.  
(74) (75)

Le Docteur Greco Céline, médecin responsable de la douleur et des soins palliatifs à l'hôpital Necker, porte un projet financé par la Fondation des Hôpitaux grâce à la collecte des pièces jaunes de janvier 2021. Il s'agit de sept équipes mobiles, chacune composée d'un médecin formé à la maltraitance, d'un psychologue, d'un infirmier et d'un assistant socio-éducatif ; qui auront la charge de soutenir le personnel médical pour mieux repérer les enfants victimes de violences, apporter leur expertise et signaler les enfants en souffrance. Sont concernés pour l'instant les hôpitaux suivants : Necker (Paris), Trousseau (Paris), Robert Debré (Paris), Jean Verdier (Seine-Saint-Denis), Bicêtre (Seine-et-Marne), établissements pédiatriques de Brest et Grenoble. Ce dispositif a pour vocation de s'étendre par la suite sur tout le territoire. Ces équipes mobiles sont en cours de développement depuis avril 2021. (76)

## **VI. CONCLUSION**

Les maltraitances infantiles ainsi que leurs conséquences constituent un véritable problème de santé publique. Le médecin généraliste joue un rôle prédominant au sein des familles puisque c'est le premier interlocuteur vers qui les parents ou les enfants se tournent en cas de problème, pouvant même être amené à entrer dans les foyers. Les médecins généralistes sont donc un maillon essentiel dans la chaîne de la protection de l'enfance. Pourtant le système de protection de l'enfance reste encore obscur pour de nombreux médecins, malgré les différents textes de loi clarifiant les procédures.

Notre étude avait pour objectif principal de décrire les connaissances, l'expérience et les freins des médecins généralistes de la région PACA au sujet des maltraitances infantiles. L'objectif secondaire était de sensibiliser les médecins et d'actualiser leurs prises en charges, en lien avec l'actualité sanitaire.

Le constat reste identique aux études antérieures : les médecins généralistes signalent peu les maltraitances infantiles, se sentant confrontés à de nombreux freins comme le sentiment d'isolement, le manque de connaissances, la peur de se tromper, le doute diagnostique et la peur de perdre de vue l'enfant. L'apprentissage restreint des conduites à tenir durant les études de médecine, ainsi que le déni de voir, expliquent en partie les difficultés ressenties.

Pour autant, de nombreux acteurs locaux œuvrent quotidiennement pour la protection de l'enfance, tels que les services de Protection Maternelle Infantile, le numéro d'appel 119, ou encore la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, représentant un véritable soutien pouvant conseiller et orienter les médecins dans leurs prises en charges. Ces structures restent encore peu utilisées des médecins généralistes, malgré l'amélioration de leurs connaissances à ce sujet.

Avec la pandémie de Coronavirus, les confinements, les fermetures des écoles et des centres d'accueil pour mineurs, les maltraitances infantiles ont connu une forte augmentation. Les médecins de notre étude signalent une majoration des détresses psychologiques des enfants et adolescents depuis le début de la pandémie. Les campagnes de prévention mises en place par le gouvernement durant cette période ont vu s'accroître exponentiellement les appels au numéro 119, témoin frappant de la nécessité d'être toujours plus vigilants, cela étant corroboré par différentes études déjà publiées.

Les pouvoirs publics semblent avoir pris conscience de l'ampleur de la problématique puisque de nouvelles propositions de loi sont à l'étude. Des équipes mobiles sont également en cours de déploiement pour apporter un soutien supplémentaire aux médecins libéraux. Il semble en effet primordial d'accentuer le réseau professionnel entre médecins libéraux et acteurs psycho-sociaux ainsi que juridiques afin de protéger au mieux les enfants.

Les médecins de notre étude semblent enclins à améliorer leurs pratiques ainsi qu'à approfondir leurs connaissances. La prévention et la protection des enfants doivent être un objectif pour tous.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. ONED. Chiffres clefs en protection de l'enfance au 31 décembre 2018 [Internet]. Disponible sur: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_chiffres\\_cles\\_annee2018\\_ok\\_0.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2018_ok_0.pdf)
2. Maltraitance des enfants : y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1775839/fr/maltraitance-des-enfants-y-penser-pour-reperer-savoir-reagir-pour-protoger](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1775839/fr/maltraitance-des-enfants-y-penser-pour-reperer-savoir-reagir-pour-protoger)
3. Martin-Blachais M-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf)
4. ONPE. Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu\\_besoins\\_de\\_lenfant.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf)
5. OMS. Maltraitance des enfants [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
6. Légifrance. Article 375 - Code civil - Légifrance [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032207495/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207495/)
7. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
8. Samson B, Cornut C, Jousseme C, Picherot G, Vabres N. Maltraitance envers les enfants et les adolescents [Internet]. EM-Consulte. 2017. Disponible sur:

<https://www.em-consulte.com/article/1102003/maltraitance-envers-les-enfants-et-les-adolescents>

9. ONPE. Les chiffres clés en protection de l'enfance [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
10. DREES. Enquête de la DREES auprès des établissements et services au sein de la protection de l'enfance [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/61-000-enfants-adolescents-et-jeunes-majeurs-heberges-fin>
11. Tursz A. La maltraitance envers les enfants: Qu'en sait-on actuellement en France? Cah Dyn. 2015;66(4):17.
12. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. The Lancet. 10 janv 2009;373(9658):167-80.
13. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance\\_enfant\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf)
14. Hiquet J, Dubourg O, Fougas J, Christin E, Gromb-Monnoyeur S. Item 55 : maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile. Rev Médecine Légale. 1 juin 2017;8(2):80-5.
15. OMS. Classification des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. World Health Organization; 2008. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>
16. Bourdeleix S. le bulletin de l'ordre national des médecins n°38. 2015;32.
17. Wattel I. Portrait des conséquences associées aux maltraitements infantiles intrafamiliales à partir d'une recension d'écrits scientifiques. Psycause Rev Sci Étud L'École Psychol Univ Laval. 28 juill 2020;10(1):28-44.

18. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 sept 2014;62(5):299-312.
19. DGCS\_Denise.O, DGCS\_Denise.O. Qu'est-ce que la protection de l'enfance ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-protection-de-l-enfance>
20. Légifrance. Section 2 bis : Information préoccupante (Articles R226-2-2 à D226-2-7) [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006074069/LEGI\\_SCTA000028173201/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGI_SCTA000028173201/)
21. Kahn-Bensaude DI, Faroudja DJ-M. Signalement et information préoccupante. :9.
22. Légifrance. Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours (Articles 223-5 à 223-7-1) - [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289588/2018-08-06/>
23. CNOM. code de déontologie [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
24. Légifrance. Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel (Articles 226-13 à 226-14) [Internet]. 2000 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006417945/2002-01-01/>
25. Légifrance. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
26. Légifrance. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
27. Légifrance. Article L226-2-1 - Code de l'action sociale et des familles [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000027572899/2015-03-22](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572899/2015-03-22)

28. Légifrance. Article L226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006796908](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908)
29. Légifrance. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. 2015-1402 nov 5, 2015.
30. Légifrance. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
31. Légifrance. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. 2019-721 juill 10, 2019.
32. Blanc M. Le rôle du procureur de la République en matière de protection de l'enfance. 2011;14:4.
33. site République Française. Qu'est-ce qu'un juge des enfants ? [Internet]. Vie publique.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/38258-quest-ce-quun-juge-des-enfants>
34. Légifrance. Ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger. déc 23, 1958.
35. Police Nationale. La Brigade de Protection de la Famille BPF (Brigade des Mineurs) 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.police-nationale.net/brigade-protection-famille/>
36. Sénat. Généralisation des unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ181107546.html>
37. de la Justice. Prise en charge des mineurs victimes de maltraitance [Internet]. justice.gouv.fr. 2007. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/prise-en-charge-des-mineurs-victimes-de-maltraitance-23419.html>
38. Gosset G. Mots pour maux [Internet]. TGA Production. Disponible sur: <https://www.tga.fr/mots-pour-maux.html>

39. Magny J, Reveillère C. La cellule de recueil des informations préoccupantes de Paris, la CRIP 75 : un dispositif au cœur de la protection de l'enfance. Arch Pédiatrie. 1 sept 2011;18(9):1019-22.
40. Enfance et Partage. Agir contre la maltraitance, guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance.
41. Platon G, Lubeigt F. L'inspecteur à l'Aide sociale à l'enfance [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-3-page-86.htm>
42. allo119. Le SNATED [Internet]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/activites>
43. allo119. Etude SNATED 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude\\_snated\\_2019\\_complet.pdf](https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_snated_2019_complet.pdf)
44. allo119. Bilan relatif à l'activité du 119 durant le premier confinement lié au coronavirus [Internet]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/actualites/etude-confinement-119-20mai2020.pdf>
45. DREES. Protection maternelle et infantile [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>
46. ONED. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation, guide pratique [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf>
47. HAS. modele\_type\_de\_signalement\_format\_word.doc [Internet]. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fmsword%2F2014-11%2Fmodele\\_type\\_de\\_signalement\\_format\\_word.doc&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fmsword%2F2014-11%2Fmodele_type_de_signalement_format_word.doc&wdOrigin=BROWSELINK)

48. Action Enfance. La protection de l'enfance [Internet]. ACTION ENFANCE. Disponible sur: <https://www.actionenfance.org/protection-enfance/placement-enfant/>
49. Bontil L. Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime. :101.
50. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. Ethics Med Public Health. 1 janv 2015;1(1):11-8.
51. cew. Child Abuse Pediatrics Certification [Internet]. The American Board of Pediatrics. 2014. Disponible sur: <https://www.abp.org/content/child-abuse-pediatrics-certification>
52. sfpediatrie. DIU maltraitance de l'enfant : du diagnostic aux aspects médico-légaux - Société Française de Pédiatrie Médico-Légale [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.sfpediatriemedicolegale.fr/DIU-maltraitance-de-l-enfant-du-diagnostic-aux-aspects-medico-legaux.html>
53. Les actions de prévention | Enfance et Partage [Internet]. Les actions de prévention | Enfance et Partage. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://enfance-et-partage.org/la-prevention/les-actions-de-prevention/>
54. Gignon M, Jeu-Steenhouwer M, Vaysse B, Manaouil C, Ganry O. Perception des facteurs de maltraitance infantile par les médecins généralistes pour repérer et prendre en charge. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 oct 2013;61:S310.
55. Hanaoui-Atif HE. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. 2012;112.
56. Gaudron CZ. Enfants et précarités. J Psychol. 2006;n° 240(7):63-6.
57. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Cah Dyn. 2015;N° 66(4):17-27.
58. Salomon M, Baccino E, Rodrigues F. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. Rev Médecine Légale. mars 2021;12(1):35-44.

59. Gignon M, Manaouil C, Verfaillie F, Garnier C, Paupière S, Jardé O. Suspicion de maltraitance à enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? Presse Médicale. mars 2009;38(3):344-5.
60. 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. 2015.
61. Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. 2013.
62. Donelan-McCall NS, Knudtson MD, Olds DL. Maternal and Child Mortality: Analysis of Nurse Home Visiting in 3 RCTs. Am J Prev Med. 1 oct 2021;61(4):483-91.
63. Prévost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? [Internet]. [Lille]; 2019. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/01282605-3bee-4758-9890-6dcd956f4983>
64. Soussy N. Maltraitements physiques et/ou psychologiques à enfants en Ile de France. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour leur signalement. 2018.
65. Cornelis G, Theys C. Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? Carnet Notes Sur Maltraitements Infant. 1 juin 2021;N° 10(1):24-47.
66. Malzac P, Mathieu M, Einaudi MA. Quel accompagnement pour les personnes vulnérables en contexte de confinement ? Éthique Santé. 1 déc 2020;17(4):220-5.
67. Usher K, Bhullar N, Durkin J, Gyamfi N, Jackson D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. Int J Ment Health Nurs. 2020;29(4):549-52.

68. Purper-Ouakil D, Kerbage H. Enfants et adolescents au cours de la crise sanitaire. Presse Médicale Form. 1 août 2021;2(3):259-66.
69. Guyon E. La prescription de contraception pour les mineures. Rev Homéopathie. déc 2014;5(4):159.
70. Fédération des médecins de France. La contraception gratuite et anonyme des mineures est un casse-tête pour les médecins [Internet]. Fédération des Médecins de France. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/la-contraception-gratuite-et-anonyme-des-mineures-est-un-casse-tete-pour.html>
71. Contraception [Internet]. Ameli. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception>
72. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Les certificats de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>
73. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. www.conseil-national.medecin.fr. 2018. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
74. Nationale A. Projet de loi n° 4264 relatif à la protection des enfants [Internet]. Assemblée nationale. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4264\\_projet-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4264_projet-loi)
75. HAS. Comment repérer et signaler la maltraitance des enfants, arbre décisionnel d'aide au diagnostic [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_interactif\\_reperage\\_maltraitance\\_enfants.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf)
76. France Inter. Maltraitance infantile : « On ne sait pas repérer ces enfants par manque de formation » [Internet]. 2021 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=2ykGp71n498>

## VIII. ANNEXES

### Annexe 1: Modèle type de signalement (47)

Cachet du médecin

## SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

L'enfant :

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

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

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

»

L'enfant nous a dit que :

«

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non  
(**raier la mention inutile**)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

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

-

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

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à \_\_\_\_\_, le

**Signature du médecin ayant examiné l'enfant :**

## **Annexe 2 : Questionnaire de thèse transmis aux médecins généralistes de la région PACA**

### **I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

1) vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2) quel âge avez-vous :

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Plus de 60 ans

3) votre durée d'exercice :

- < 5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- 20-30 ans
- > 30 ans

4) votre type d'exercice

- Cabinet seul
- Cabinet en groupe de médecins généralistes
- Cabinet pluriprofessionnel

5) avez-vous une activité professionnelle complémentaire ? Si oui, laquelle ?

6) votre milieu d'exercice est :

- Rural
- Semi rural
- Urbain

7) dans quel département exercez-vous

- Alpes de Haute Provence 04
- Hautes Alpes 05
- Alpes Maritime 06
- Bouches du Rhône 13
- Var 83
- Vaucluse 84

8) selon vous, quel pourcentage occupe la pédiatrie (0-16 ans) dans votre patientèle

- < 25 %

- 25 - 50 %
- 50 - 75 %
- > 75 %

## II. CONNAISSANCES ET EXPERIENCE

9) avez-vous déjà suspecté un risque de maltraitance chez un enfant, un danger ou un risque de danger pour l'enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

- Au moins une
- Entre 2 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10
- Non concerné(e) par la question

Si oui, d'un point de vue théorique, vous sentiez vous à l'aise avec les conduites à tenir ?

- Oui
- Non
- Non concerné(e) par la question

10) avez-vous déjà (1 ou plusieurs réponses possibles)

- Ouvert le dialogue à ce sujet avec les parents ou détenteurs de l'autorité parentale
- Réalisé une information préoccupante adressée à la cripp départementale
- Emis un signalement auprès du procureur de la république
- Passé un appel au 119 « allo enfance en danger » (service national d'accueil téléphonique)
- Pris contact avec la pmi
- Pris contact avec l'école et les enseignants
- Pris contact avec une association
- Hospitalisé l'enfant
- Appelé la police
- Autres : ...

11) face à une situation « d'enfant en danger », quels sont, selon vous, les difficultés et les freins pouvant être rencontrés (1 ou plusieurs réponses) ?

- Peur de se tromper
- Peur de perdre de vue l'enfant
- Rupture du secret médical
- Peur de représailles
- Se sentir isolé
- Manque de connaissances sur les procédures
- Manque de connaissances sur les structures adaptées existantes

- Une expérience professionnelle antérieure négative

12) en consultation, lorsque vous suspectez une maltraitance infantile, quelle est votre attitude (1 ou plusieurs réponses) ?

- Je réalise un examen clinique complet de l'enfant non déshabillé
- Je réalise un examen clinique complet de l'enfant déshabillé
- Je recherche des signes de gravité ou d'urgence
- Je pose des questions fermées à l'enfant sur l'école afin d'obtenir des réponses claires
- Je pose des questions fermées à l'enfant sur l'environnement familial afin d'obtenir des réponses claires
- Je demande à l'accompagnant de me laisser un temps seul avec l'enfant afin de m'entretenir avec lui (si son âge le permet et avec son accord)
- Je consigne dans le dossier du patient les lésions objectivées et/ou mes craintes
- Je consigne dans le carnet de santé les lésions objectivées et/ou mes craintes
- Je n'ose rien faire devant l'accompagnant

13) en tant que médecin, devant tout mineur victime de maltraitance, pensez-vous qu'il existe une obligation légale d'alerter les autorités administratives ou judiciaires ?

- Oui
- Non

14) dans ce genre de circonstance, pensez-vous que la loi autorise le médecin à la levée du secret médical et qu'elle le protège ?

- Oui
- Non

15) parmi les facteurs liés aux parents proposés ci-dessous, lesquels correspondent à des facteurs de risque de maltraitance infantile selon vous : (1 ou plusieurs réponses)

	Vrai	Faux	Ne sait pas
Problèmes psychopathologiques			
Abus de drogue/alcool			
Antécédents parentaux de maltraitance			
Inoccupation parentale			
Situation économique précaire			
Activité professionnelle chronophage			
Age jeune des parents			
Famille monoparentale			
Isolement social			

16) parmi les facteurs liés à la grossesse proposés ci-dessous, lesquels correspondent à des facteurs de risque de maltraitance infantile selon vous : (1 ou plusieurs réponses)

	Vrai	Faux	Ne sait pas
Grossesse peu ou pas suivie			
Grossesse non désirée			
Grossesse et situation conjugale instable			
Grossesse normale			
Situation économique précaire			
Hospitalisation maternelle pendant la grossesse			

17) parmi les facteurs liés à l'enfant proposés ci-dessous, lesquels correspondent à des facteurs de risque de maltraitance infantile selon vous (1 ou plusieurs réponses) :

	Vrai	Faux	Ne sait pas
Pathologie chronique de l'enfant (ex : handicap)			
Prématurité			
Gros poids de naissance > 4.5 kg			
Enfant jeune < 2 ans			
Pré adolescent			
Fratrie avec antécédent de maltraitance			

### III. IMPACT DU CORONAVIRUS

18) au vu du contexte sanitaire évoluant depuis mars 2020, avez-vous constaté une diminution des consultations pédiatriques ?

- Oui
- Non

19) au vu du contexte sanitaire évoluant depuis mars 2020, avez-vous constaté une augmentation de fréquence des détresses psychologiques chez les mineurs ?

- Oui
- Non

20) les différentes mesures sanitaires (notamment le confinement) ont eu un impact réel sur les maltraitements et leur dépistage. Etes-vous plus sensible et alerte au dépistage des maltraitements infantiles depuis l'épidémie du covid19 ?

- Oui
- Non

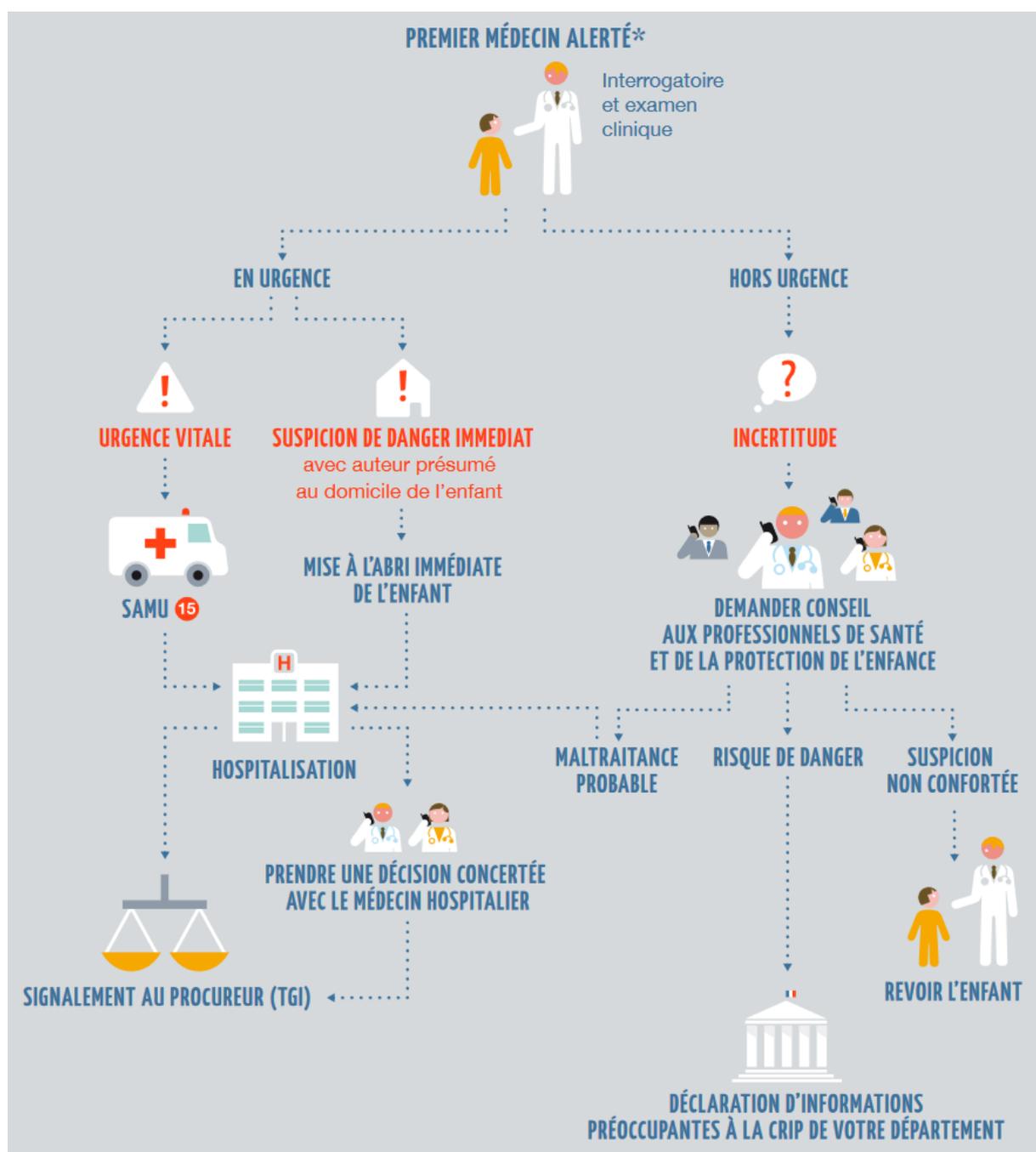
### IV. PISTES REFLEXIVES

21) quelles pourraient-êtré d'après vous, à notre échelle, les mesures réalisables à mettre en place afin d'améliorer le dépistage des maltraitements infantiles et la protection des mineurs (1 ou plusieurs réponses) ?

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Durant la consultation, temps obligatoire de parole seul à seul avec l'enfant dès que son âge le permet				
Suivi consciencieux et obligatoire des certificats médicaux obligatoires (j8, m9, m24), avec convocation en PMI si absence de réalisation				
Renseigner systématiquement l'école de l'enfant dans le carnet de santé pour joindre les enseignants et la médecine scolaire si besoin				
Au même titre que le planning familial, permettre la gratuité et l'anonymat lors d'une consultation avec mineur qui se présenterait non accompagné				

Renseigner dans le dossier médical partagé de l'enfant, les doutes et éléments à surveiller, pour lutter contre le nomadisme médical				
Durant la consultation, temps obligatoire de parole seul à seul avec l'enfant dès que son âge le permet				

**Annexe 3 : HAS : Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez les enfants – arbre décisionnel**



## **IX. ABREVIATIONS**

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BPF : Brigade de Protection de la Famille

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

MDS : Maison Des Solidarités

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle Infantile

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

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

UMJ : Unité d'accueil Médico-Judiciaire

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





## **RESUME**

**Introduction** : En France un enfant meurt tous les trois jours de mauvais traitements. Ces chiffres restent pourtant imprécis puisque le nombre exact de maltraitances reste difficile à préciser, le diagnostic n'étant pas toujours porté. Les maltraitances infantiles impactent indéniablement les enfants dans leurs développements et représentent un véritable enjeu de santé publique. Pourtant les médecins généralistes (MG), bien qu'en première ligne, ne signalent que très peu les cas de maltraitance. Moins de 5% des signalements et informations préoccupantes réalisés émanent d'eux.

**Objectifs** : L'objectif principal était de décrire les connaissances, l'expérience et les freins des MG de la région PACA au sujet des maltraitances infantiles. L'objectif secondaire était de sensibiliser les MG et d'actualiser leurs prises en charges, en lien avec l'actualité sanitaire.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive transversale, avec un questionnaire adressé aux MG de la région PACA du 19 mars 2021 au 13 juin 2021. Nous avons obtenu 98 réponses.

**Conclusion** : Les MG signalent peu les maltraitances infantiles, se sentant confrontés à de nombreux freins comme le sentiment d'isolement, le manque de connaissances et le doute diagnostique. L'apprentissage restreint des conduites à tenir durant les études de médecine, ainsi que le déni de voir, expliquent en partie cela. La pandémie de Coronavirus a entraîné une forte augmentation des cas de maltraitances infantiles. Les MG de notre étude signalent une majoration des détresses psychologiques des enfants et adolescents depuis le début de la pandémie. Les campagnes de prévention mises en place par le gouvernement durant cette période ont vu s'accroître exponentiellement les appels au numéro 119, témoin frappant de la nécessité d'être toujours plus vigilants. Les acteurs locaux étant encore peu connus des MG, il semble primordial d'accentuer le réseau professionnel entre médecins libéraux et acteurs psycho-sociaux ainsi que juridiques afin de protéger au mieux les enfants. Les médecins semblent enclins à améliorer leurs pratiques. La prévention et la protection des enfants doivent être un objectif pour tous.

**Mots-clés** : maltraitance infantile, dépistage, information préoccupante, signalement, médecins généralistes, coronavirus.