



HAL
open science

Connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et le signalement des enfants en danger

Florian Bellay

► To cite this version:

Florian Bellay. Connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et le signalement des enfants en danger. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03478548

HAL Id: dumas-03478548

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03478548>

Submitted on 14 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.

UNIVERSITE DE LA REUNION
U.F.R SANTE

Année 2021

N°

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale**

**CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
INSTALLEES A LA REUNION EN 2020 SUR LE REPERAGE ET LE
SIGNALEMENT DES ENFANTS EN DANGER**

Présentée et soutenue publiquement le 10/11/2021 à 19h00
À La Réunion

Par Florian BELLAY

Né le 02/10/1991 à Fort-De-France (972)

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Rapporteur :

Madame le Docteur Jessica DUMEZ

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Vincent GUERIN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Françoise ABRIAL

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Liste des abréviations | 5 |
| I) Avant-propos | 7 |
| A) La Protection de l'Enfance | 7 |
| 1) La reconnaissance médicale de la maltraitance infantile | 7 |
| 2) Cadre législatif | 8 |
| a) La loi du 5 Mars 2007 | 8 |
| b) La loi du 14 Mars 2016 et ses décrets | 9 |
| B) Les besoins fondamentaux de l'enfant | 11 |
| C) Les acteurs de la protection de l'enfance | 12 |
| 1) Le Conseil Départemental | 12 |
| a) L'ASE | 12 |
| b) Les services de PMI et les CPF | 13 |
| c) Le Service Social Départemental polyvalent | 14 |
| 2) L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance | 14 |
| 3) Le Groupement d'intérêt public « Enfance en Danger » | 15 |
| 4) Le procureur de la République | 15 |
| 5) Les autres acteurs | 16 |
| D) La protection de l'enfance à La Réunion | 16 |
| 1) Les chiffres | 17 |
| 2) Le maillage de la protection de l'enfance | 17 |
| 3) Le traitement des IP | 18 |
| II) Introduction | 19 |
| III) Matériel et méthode | 22 |
| A) Type d'étude | 22 |
| B) Population étudiée | 22 |
| C) Modalités du recueil des données | 22 |
| 1) Questionnaire (Annexe 3) | 22 |
| 2) Diffusion du questionnaire | 24 |
| D) Traitements des données | 24 |
| E) Aspects éthiques et protection des données | 26 |
| IV) Résultats | 27 |
| A) Modalités du recueil des données | 27 |
| B) Population | 27 |
| C) Données descriptives de la population étudiée | 29 |
| D) Evaluation des connaissances par le score « Repérer et alerter les services de protection de l'enfance de la situation d'un ED» | 30 |
| E) Comparaison des scores entre les sujets formés et non formés à la protection de l'enfance. | 34 |

| | |
|--|-----------|
| F) Connaissances des médecins généralistes concernant le maillage de la protection de l'enfance _____ | 36 |
| G) Données relatives aux pratiques et aux attentes des médecins généralistes en matière de protection de l'enfance _____ | 38 |
| V) Discussion _____ | 40 |
| A) Résultats clés _____ | 40 |
| 1) Objectif principal _____ | 40 |
| a) Connaissances en matière de repérage d'un enfant en danger _____ | 40 |
| b) Alerter les autorités compétentes de la situation d'un enfant en danger _____ | 41 |
| 2) Objectifs secondaires _____ | 41 |
| a) Le maillage de la protection de l'enfance _____ | 41 |
| b) Les mesures administratives et judiciaire de protection de l'enfant _____ | 41 |
| c) Le médecin référent de protection de l'enfance _____ | 42 |
| d) Les freins à la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement _____ | 42 |
| e) Les attentes des médecins généralistes envers la protection de l'enfance _____ | 43 |
| B) Validité interne _____ | 44 |
| 1) Population étudiée _____ | 44 |
| 2) Limites et biais _____ | 44 |
| 3) Forces de l'étude _____ | 46 |
| C) Validité externe _____ | 46 |
| D) Les voies d'amélioration _____ | 47 |
| 1) La formation _____ | 47 |
| 2) Renforcer le rôle du médecin traitant _____ | 49 |
| 3) L'aide au diagnostic _____ | 49 |
| 4) Alerter les autorités compétentes _____ | 50 |
| VI) Conclusion _____ | 51 |
| VII) Références bibliographiques _____ | 52 |
| VII) Annexes _____ | 56 |
| A) Annexe 1 : Carte des besoins fondamentaux de l'enfant _____ | 56 |
| B) Annexe 2 : Dispositif de traitement des informations préoccupantes _____ | 57 |
| C) Annexe 3 : Correction du questionnaire _____ | 58 |
| D) Annexe 4 : Lettre explicative du travail de thèse _____ | 66 |
| E) Annexe 5 : Schéma des différentes mesures de protection _____ | 67 |
| F) Annexe 6 : Comment agir face à un enfant en danger (dépliant explicatif) _____ | 68 |
| G) Annexe 7 : Le « CRIP 974 » (dépliant informatif) _____ | 69 |
| H) Annexe 8 : Les numéros utiles en cas d'enfants en danger _____ | 70 |
| I) Annexe 9 : Numéros des différents centres de PMI et des CPF _____ | 71 |
| J) Annexe 10 : Fiche de recueil d'information préoccupante _____ | 72 |

Liste des abréviations

| | |
|-------|---|
| AED | Aide Educative à Domicile |
| AEMO | Action Educative en Milieu Ouvert |
| AESF | Accompagnement en Economie Sociale et Familiale |
| AGBF | Aide à la Gestion du Budget Familial |
| ASE | Aide Sociale à l'Enfance |
| CASF | Code de l'Action Sociale et des Familles |
| CD | Conseil Départemental |
| CIDE | Convention Internationale des Droits de l'Enfant |
| CRIP | Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes |
| CNIL | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés |
| CPF | Centre de Planification et d'éducation Familiale |
| CPP | Comité de Protection des Personnes |
| CSP | Code de la Santé Publique |
| DMG | Département de Médecine Générale |
| DROM | Département et Région d'Outre-Mer |
| ED | Enfant en Danger |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| Insee | Institut national de la statistique et des études économiques |
| IP | Information Préoccupante |
| MD | Maison Départementale |
| MSU | Maître de Stage Universitaire |
| ODPE | Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONED | Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger |

| | |
|---------|--|
| ONPE | Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| PI | Polyvalence Insertion |
| PJJ | Protection Judiciaire de la Jeunesse |
| PMI | Protection Maternelle et Infantile |
| RSA | Revenu de Solidarité Active |
| SNATED | Service National D'accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger |
| SSD | Services Sociaux Départementaux polyvalents |
| UFR | Unité de Formation et de Recherche |
| URML OI | Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien |

I) Avant-propos

A) La Protection de l'Enfance

1) La reconnaissance médicale de la maltraitance infantile

Le déni des professionnels de santé a longtemps entravé la reconnaissance des mauvais traitements infligés aux enfants. Sur le plan médical, les sévices infligés aux enfants étaient un problème minoritaire face à la prédominance des maladies infectieuses qui entraînaient une effroyable mortalité. A partir des années 1860, de nombreux médecins légistes ont publié des articles sur les sévices infligés aux enfants. Sous l'impulsion de ces derniers, de nombreux textes de lois ont été élaborés afin de protéger les enfants (1).

Les cliniciens notamment les pédiatres, en dépit des constatations réalisés par les médecins légistes à partir des années 1860, se refusaient d'admettre que les lésions traumatiques pouvaient être dû à des mauvais traitements et, ce jusqu'au début du XXème siècles. L'étiologie d'une pathologie sous-jacente était le plus souvent retenue. Ce n'est que durant les années 1940 que les radio-pédiatres remettaient en lumière les mauvais traitements infligés aux enfants. Cette remise en lumière a eu pour conséquence un article révolutionnaire intitulé « The Battered Child » (2) qui a permis de toucher et de sensibiliser l'ensemble de la communauté scientifique à la maltraitance infantile (1).

Cet article révolutionnaire a engendré de nombreuses publications scientifiques dont la description du syndrome dit « de l'enfant secoué » par John Caffey en 1972 (3) ainsi que, la description du syndrome de Münchhausen par procuration par Meadow en 1977 (4) et, la description d'autres types de violences notamment les agressions sexuelles.

Le terme « maltraitance » a été introduit officiellement dans le dictionnaire historique de la langue française en 1987. La notion d'enfant maltraité a été ensuite introduite dans la loi du 10 Juillet 1989 (1).

La reconnaissance de la maltraitance a entraîné une prise de conscience internationale et la promulgation par l'Organisation des Nations Unies (ONU) de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) le 20 Novembre 1989(5). Cette convention a été ratifiée par la France le 27 Juin 1990.

2) Cadre législatif

La loi du 5 Mars 2007, complétée par la loi du 14 Mars 2016 sont venues renforcer les mesures de protection de l'enfance en France, notamment en matière de dépistage et, de suivi de l'enfant en danger.

a) La loi du 5 Mars 2007

Ce texte de loi a défini pour la première fois la protection de l'enfance. Ainsi l'article L.112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) rapportait ceci :

« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoin, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de 21 ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.»

Grâce à cette définition, l'enfant n'est plus identifié par les services de protection de l'enfance comme le seul protagoniste ayant besoin de protection, mais bel et bien sa famille et son environnement.

Cette loi a défini plusieurs objectifs fondamentaux (6–8) :

« - Privilégier la prévention en renforçant le rôle médico-social des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des services de médecine scolaire

- Améliorer le dispositif d’alerte et de signalement avec la création d’une Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP)

- Diversifier les modes de prise en charge des mineurs et de leur famille (création de l’accueil de jour, de l’accueil périodique, de l’accueil spécialisé, de l’accueil d’urgence, de l’accompagnement en économie sociale et familiale ainsi que la création d’une mesure d’aide judiciaire à la gestion du budget familial.)

- Concilier l’intérêt de l’enfant avec celui de ses parents »

Cette réforme a renforcé le rôle du Président du Conseil Départemental (CD) en tant que garant de la protection de l’enfance dans chaque département. Cette réforme a entraîné la création de nouvelles institutions tels que les Observatoires Départementaux de la Protection de l’Enfance (ODPE) ainsi que, la mise en place des CRIP.

Les données recueillies par les ODPE à l’échelle départementale sont par la suite transmises à l’Observatoire Nationale de l’Enfance en Danger (ONED).

Cette loi a également aménagé le secret professionnel auxquels sont soumis les soignants et les médecins dans le cadre de la protection de l’enfance. En effet, elle a autorisé le partage d’informations entre professionnels de santé dans l’intérêt de l’enfant (6).

b) La loi du 14 Mars 2016 et ses décrets

Cette réforme est venue renforcer la loi du 5 Mars 2007 et, a recentré le système de protection sur l’enfant en s’appuyant sur ses besoins fondamentaux(6,9,10). Cette nouvelle vision est définie dans l’article L112-3 du CASF issu de la loi du 14 Mars 2016 :

« 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, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection.»

Alors que la réforme de 2007 a facilité l'orientation des enfants en danger en créant les CRIP celle, de 2016 a été révolutionnaire en terme de repérage et de suivi de l'enfant en danger en faisant des besoins fondamentaux de l'enfant le pivot de sa vision et de son intervention. La santé qui est, l'un des besoins fondamentaux de l'enfant a bénéficié d'une revalorisation avec une évaluation médico-sociale pour tout enfant bénéficiant de mesure de protection administrative ou judiciaire.

Afin d'améliorer le repérage des enfants en danger et conformément au décret n°2016-1503 du 7 Novembre 2016 a été créé le poste de médecin référent « protection de l'enfance ». Ce médecin est désigné par le Président du CD. Son rôle et ses missions sont définies par le décret n°2016-1503 du 7 Novembre 2016 issu de la loi du 14 Mars 2016 et doit contribuer :

- « - Au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

- A l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de PMI et la CRIP, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers, et de santé scolaire du département

- A l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs visés à l'alinéa précédent.

- Être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire. » (11)

B) Les besoins fondamentaux de l'enfant

Suite à la réforme du 14 Mars 2016 et sur demande de l'état une démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance a été conduite par le Docteur Marie-Paule Martin-Blachais.

Cette démarche de consensus stipulait que : « Ces besoins communs et universels sont reconnus fondamentaux, dans le sens où leur satisfaction permet la construction du sujet dans la plénitude de ses potentialités, du respect de ses droits et au service de son développement et de son accès à l'autonomie et à la socialisation. » (12)

Cette démarche s'est appuyée sur une littérature issue de la communauté scientifique internationale et, a abouti à une approche interdépendante et contextuelle de ses besoins. Un besoin a fait consensus auprès de la communauté internationale c'est celui de « disposer d'une ou plusieurs personnes investis du souci de l'enfant et de ses besoins ». Cet environnement « sécuritaire » permet la satisfaction des autres besoins. Le besoin de « Sécurité » est donc un méta-besoin et a été défini de la façon suivante :

« Il englobe la plupart sinon l'ensemble des autres besoins fondamentaux. La satisfaction de ses derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier. »

De ce fait, c'est la présence d'un « care-giver » auprès de l'enfant qui assurera la satisfaction de ses besoins physiologiques et affectifs ainsi, que de son besoin d'être protégé de toute forme de maltraitance.

C'est uniquement quand ses besoins seront satisfaits que les autres besoins fondamentaux tel le besoin d'expériences, d'exploration du monde, de règles, de limites, d'identité, d'estime et de valorisation de soi pourront être pourvus.

Tous les besoins cités ci-dessus sont « fondamentaux » au sens où l'absence de satisfaction de l'un d'entre eux, a fortiori de plusieurs, risque de compromettre le développement de l'enfant. Ce préjudice développemental risque d'avoir des répercussions sur l'enfant devenu adulte (12).

Une modélisation de l'interdépendance des besoins fondamentaux et du méta besoin les régissant est situé en annexe 1.

C) Les acteurs de la protection de l'enfance

Les acteurs de la protection de l'enfance sont nombreux et, sont présents aussi bien à l'échelle nationale que départementale. Dans un souci de clarté et par rapport au travail de thèse effectué nous n'en avons pas fait une liste exhaustive.

1) Le Conseil Départemental

La réforme de la décentralisation débutée en 1982, comme on l'a vu précédemment, a transféré aux CD les services de l'ASE, les services de PMI, les services de Centre de Planification et d'éducation Familiale (CPF), les Services Sociaux Départementaux polyvalents (SSD) et le service de CRIP. Chacune de ces institutions permet au conseil départemental sous la direction de son président d'être le chef de file de la protection de l'enfance de par son champ d'action et de compétence étendu (13).

a) L'ASE

Les missions de l'ASE sont régies par l'article L.221-1 du CASF dont quelques modifications ont été apportées par la loi de 2007 : « Le service de l'ASE doit apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. » Pour ce faire, le soutien

aux familles est apporté par le biais de prestations financières, ou par le biais d'aides éducatives à des enfants au domicile ou en dehors.

Parmi ces différentes mesures d'aides éducatives à la famille on peut citer :

- L'Aide Educative contractualisée à Domicile (AED) qui est mise en place soit sur demande des parents ou suite à une Information Préoccupante (IP). De nature contractuelle (nécessite de ce fait l'accord des parents), son objectif est de soutenir la parentalité dans leurs fonctions éducatives. Son homologue judiciaire est l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) ordonnée par le juge des enfants.

- L'Accueil à la journée de la famille a été introduit par la loi de 2007 et a permis de mettre en place un soutien éducatif plus intensif que l'AED ou l'AEMO. « Sur décision du président du CD, le service de l'ASE et les services habilités accueillent tout mineur, pendant tout ou partie de la journée, dans un lieu situé, si possible, à proximité de son domicile, afin de lui apporter un soutien éducatif, ainsi qu'un accompagnement à sa famille dans l'exercice de sa fonction parentale. »

- L'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF) a été introduit par la loi de 2007 et a pour but de : « Comprendre, avec la famille, la nature des difficultés rencontrées au niveau budgétaire. Elaborer des priorités budgétaires et organiser la gestion du budget. Anticiper des dépenses imprévues lorsque la nature des revenus de la famille le permet. » (14) Son homologue judiciaire est l'Aide à la Gestion du Budget Familial (AGBF) qui lui est ordonné par le juge des enfants (6,13).

b) Les services de PMI et les CPF

Les missions des services de PMI ont été régies par les articles allant de l'article L.2111-1 à l'article L.2112-10 du Code de la Santé Publique (CSP). Le rôle qui leur a été attribué est la promotion de la santé maternelle et infantile et ceci par le biais de consultations, de visites à domicile, d'actions de prévention médico-sociales individuelles ou collectives. Les consultations et les actions menées par ces services sont réalisées en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population. La PMI se charge également de l'agrément, la formation et l'accompagnement des futurs familles d'accueil. Elle assure également la

surveillance et le contrôle des établissements d'accueil des enfants de moins de 6 ans. Les services de PMI peuvent aussi être amenés à réaliser des enquêtes d'ordre médico-sociale au domicile de la famille lorsqu'une IP ou un signalement a été effectué auprès de la CRIP (15).

Les CPF qui sont des services rattachés aux services de PMI promeuvent la santé maternelle et de la femme dans sa globalité. Elle permet de bénéficier d'informations individuelles et collectives sur les méthodes de contraception, d'un accès libre à la contraception y compris pour les mineurs, d'entretien d'éducation sexuelle, d'un suivi du bon déroulement de la grossesse et de séances collectives et individuelle de préparation à la naissance (15).

c) Le Service Social Départemental polyvalent

Le SSD en luttant contre les exclusions sociale par l'intermédiaire du Revenu de Solidarité Active (RSA) diminue la précarité des parents et, par conséquent diminue également le risque de dysparentalité (6).

2) L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

Instauré par la loi du 5 Mars 2007, l'ODPE est présent dans chaque département et est placé sous l'autorité du président du CD. Cette institution se doit d'établir des statistiques concernant le nombre d'IP ainsi que leur traitements afin d'aider le CD dans ses décisions politiques. Elle doit également transmettre ses données à l'Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance (ONPE). Ces données au-delà de permettre une meilleure compréhension des spécificités locales permettront d'assurer une adéquation entre les besoins en dispositifs de protection de l'enfance et l'offre développée(16).

3) Le Groupement d'intérêt public « Enfance en Danger »

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) « Enfance en Danger » crée par la loi n° 89-487 du 10 Juillet 1989 regroupe l'Etat et les départements qui assurent à part égales son financement, mais aussi des associations de protection de l'enfance.

Le GIP est constitué de 2 services :

- Le Service National D'accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED)
- L'ONPE

Le SNATED est une ligne de téléphonie sociale gratuite, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 depuis un poste fixe ou un mobile. Pour joindre Allô Enfance en danger il faut composer le 119. Ce service permet d'une part, d'accueillir les appels de toute personne confrontée à des mineurs en danger et, d'autre part de transmettre les IP aux autorités départementales compétentes.

Le 119 n'apparaît sur aucune facture de téléphone fixe ou mobile.

L'ONPE remplace l'ONED depuis la loi du 14 Mars 2016. Outre son rôle de recueil des différents données issues des ODPE elle est composé d'une équipe de 15 membres pluridisciplinaire dont le but est de promouvoir la recherche en matière de protection de l'enfance (6).

4) Le procureur de la République

Le procureur de la République est un magistrat du parquet. Il s'occupe aussi de la protection des mineurs en danger dans le cadre de la loi civile, qui s'articule autour de l'article 375 du Code civil « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice ». C'est dans ce cadre qu'il est saisi par le biais d'un signalement. Au vu

du danger pour l'enfant et en fonction de la possibilité d'adhésion des parents il peut prendre des mesures de protection judiciaires et saisir le juge des enfants(6).

5) Les autres acteurs

Parmi les autres acteurs concourant à la protection de l'enfance on peut citer le juge des enfants, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et l'Education Nationale (6).

D) La protection de l'enfance à La Réunion

La Réunion a obtenu en 1946 le statut de Département français et de Région d'Outre-Mer (DROM). En tant que DROM, elle est soumise au régime d'« assimilation législative » tel que défini par l'article 73 de la Constitution de la Cinquième République. Cette île est une région monodépartementale dotée d'un Conseil Régional et d'un CD.(17)

Comme dans tout département français, et ce depuis les grandes lois de décentralisation, le CD domicilié dans la ville de Saint-Denis (capitale de l'île) est l'acteur incontournable et le chef de file de la protection de l'enfance à La Réunion. Suite à la loi du 5 Mars 2007 et celle du 14 Mars 2016 un renforcement des services de protection de l'enfance a été effectué sur l'île. Un service de Centralisation et Recueil d'Informations Préoccupantes intitulée « CRIP 974 » a été créé et, un médecin référent de la protection de l'enfance a été nommé le 1er août 2018 dont le bureau se trouve au CD.

La Réunion étant un département français le 119, numéro vert national est également accessible.

1) Les chiffres

Au 1er janvier 2018, d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) 862 300 personnes vivaient à la Réunion et 31% des habitants avaient moins de 20 ans ce qui représentait 267 313 personnes (18). D'après les chiffres édités par la direction Enfance-Famille, au 31 décembre 2017, 6426 personnes de moins de 20 ans bénéficiaient de mesures d'ASE (soit 2,4% des moins de 20 ans) (19).

2) Le maillage de la protection de l'enfance

Depuis la modernisation territoriale de novembre 2019, le dispositif de protection de l'enfance a été organisé en 5 secteurs géographique sur l'île. Ces secteurs ont été nommés les Territoires d'Actions Sociales (TAS) et sont les suivants :

- TAS Nord regroupant les communes de Saint-Denis, Sainte-Marie et Sainte-Suzanne.
- TAS Est englobant les communes de Saint-André, Salazie, Bras-Panon, Saint-Benoît, La Plaine-des-Palmistes et Sainte-Rose.
- TAS Ouest composé des communes de La Possession, Le Port, Trois Bassins, Saint-Paul et Saint-Leu.
- TAS Sud-Ouest regroupant les communes de Cilaos, Les Aviron, Le Tampon, Etang-Salé, Saint-Louis, Entre-Deux, Saint-Pierre et Petite-Île.
- TAS Sud-Est formé par les communes de Saint-Joseph et Saint-Philippe.

Chaque TAS est composé de plusieurs services déconcentrés afin d'être au plus près de la population et donc plus efficient.

Ces services sont les suivants :

- Les Maisons Départementales (MD), anciennement dénommé « GUT » réunissant l'ASE, la Polyvalence Insertion (PI), et la PMI
- Les Centres de Planification Familiale (CPF) rattachés aux services de PMI pouvant se situer ou non sur le même site que la PMI

3) Le traitement des IP

Le service « CRIP 974 » réceptionne et analyse toutes les IP du département. Il les transmet par la suite, aux services territoriaux concernés pour évaluation pluridisciplinaire. Il assure la coordination des acteurs concourant au repérage des enfants en danger.

Un schéma exhaustif du traitement des IP est situé en annexe 2.

II) Introduction

La reconnaissance de la maltraitance infantile a été le fruit d'un long processus d'évolution socio-culturel et médical. Les mesures permettant de lutter contre les mauvais traitements infligés aux mineurs ont évolué durant ces dernières années. Politique décentralisée et confiée aux départements depuis 1983, la protection de l'enfance a connu en France un tournant avec la loi du 5 Mars 2007 complétée par la loi du 14 Mars 2016. Ces deux réformes ont eu pour objectifs de favoriser un meilleur dépistage et un suivi des enfants en danger, ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents acteurs des services de protection de l'enfance (20,21).

En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu la maltraitance infantile comme un problème majeur de santé publique pour l'enfant au même titre que d'autres pathologies chroniques (22).

Chaque année dans les pays à haut niveau socio-économique, il est estimé que 4 à 16 % des enfants étaient victimes de violences physiques, environ 10% des enfants étaient victimes de négligences ou de violences psychologiques et entre 15 et 30% étaient victimes d'agressions sexuelles (23,24).

En France, la rareté des données épidémiologiques sur la maltraitance infantile ont fait des médias la principale source d'information (1,25).

L'ONPE estimait que 295 357 mineurs (moins de 18 ans) étaient pris en charge par les services de protection de l'enfance au 31 décembre 2016, soit un taux de 2,01%. Le nombre de jeunes majeurs (18-21 ans) qui bénéficiaient de prestations de protection de l'enfance était estimé à 21 400 soit un taux de 0,92% (26). A La Réunion, 2.4% des moins de 20 ans bénéficiaient de mesures de protection de l'enfance au 31 décembre 2017 (18,19). Ces chiffres inférieurs aux estimations internationales, laissent supposer qu'il existe un défaut de dépistage de l'Enfant en Danger (ED) en France. Parmi tous les acteurs concourant au dépistage d'enfants maltraités ou en risque de l'être, seuls 5 % des IP sont issues du secteur médical et seulement 1% des IP ont été effectuées par des médecins libéraux (27).

Les médecins généralistes constituent le principal levier activateur du dépistage de l'ED en France. En effet, selon l'Assurance Maladie, 79% des

enfants de moins de 16 ans consultaient uniquement un médecin généraliste. Ils n'étaient que 5% à consulter uniquement un pédiatre et 16% à voir les deux. Par ailleurs, toujours selon l'Assurance Maladie, les médecins généralistes effectuaient 61 % des consultations et visites délivrées aux enfants de moins d'un an (28).

Selon une enquête réalisée de 2012 à 2016 par trois inspections générales, un enfant est tué par l'un de ses parents tous les cinq jours. Plus de la moitié de ces enfants tués étaient victimes de maltraitance chronique. Ce rapport était d'autant plus inquiétant qu'une étude de cas de 45 dossiers correspondant à 50 décès a montré que dans près des deux tiers des cas, ils avaient été vus par un professionnel de santé dans les 3 mois précédant leur mort (29).

Outre les conséquences dramatiques à court terme, des répercussions physiques et mentales sur l'enfant devenu adulte sont liées aux sévices subis durant l'enfance. La littérature médicale a rapporté que l'enfant maltraité devenu adulte était plus à risque de développer des comportements hétéro-agressifs, auto-agressifs avec un plus haut risque suicidaire, un trouble de la personnalité, un trouble du comportement alimentaire ainsi que des troubles relationnels et d'adaptation sociale. Les adultes victimes de maltraitance dans l'enfance étaient plus à risque d'être à leur tour des parents maltraitants (30,31). Le repérage précoce des enfants en danger représente donc un enjeu majeur de santé publique et individuelle.

Pour mieux identifier les causes de ce défaut de repérage, une étude a été réalisée en 2013 auprès des médecins généralistes libéraux d'Ille-et-Vilaine. Elle avait pour but d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques concernant la réalisation et la transmission d'une IP mis en place par la réforme du 5 Mars 2007. 41% des médecins n'avaient jamais entendu parler de cette réforme et 70% des médecins généralistes ignoraient le terme d'IP et ce, cinq ans après sa mise en place (24,32).

Toutes ces données nous ont permis d'émettre l'hypothèse que les médecins généralistes avaient une méconnaissance concernant le dépistage et l'orientation des enfants en danger. Nous avons donc décidé de mener une enquête auprès des médecins généralistes libéraux installés sur l'île de La Réunion.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et l'orientation de l'ED.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier leurs connaissances concernant le maillage de la protection de l'enfance, ainsi que leurs pratiques et leurs attentes face aux services de protection de l'enfance.

III) Matériel et méthode

A) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive réalisée auprès de 761 médecins généralistes libéraux installés sur l'île de La Réunion par l'intermédiaire d'un questionnaire ergonomique, totalement anonyme d'une durée de 15min.

B) Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral installé à La Réunion. La population exclue étaient les médecins exerçant toute autre spécialité que la médecine générale, les médecins généralistes salariés, les médecins généralistes angiologues ou échographistes ainsi que les médecins généralistes remplaçants.

C) Modalités du recueil des données

1) Questionnaire (Annexe 3)

La construction du questionnaire s'est inspirée de ceux précédemment utilisés dans 3 thèses similaires menées respectivement par une interne de médecine générale en 2013 (le Docteur A. Arrieta) (23), une interne de pédiatrie en 2016 (le Docteur C. Ayou) (24) et par une interne de médecine générale en 2018 (le Docteur A. Dauchy) (33).

Le questionnaire était compréhensible, simple, rapide et totalement anonymisé. Il comportait 43 questions réparties en 5 items distincts. Il était composé de 28 questions fermées à choix unique, de 6 Questions fermées à Choix Multiples (QCM) et de 9 Questions à Réponses Ouvertes Courtes (QROC).

La première partie s'intitulait « Votre identité » était composée de 7 questions. Elle s'intéressait au profil des médecins généralistes répondants (sexe, âge, année d'exercice, zone démographique, type d'exercice, et s'ils avaient bénéficié d'une formation en matière de protection de l'enfance).

La deuxième partie se nommait « Les différents services de Protection de l'enfance » et comportait 11 questions. Elle analysait la connaissance des médecins généralistes concernant le maillage de la protection de l'enfance (institution chargée de la protection de l'enfance, le rôle et les missions de chacun des services, les mesures de protection dont peut bénéficier un enfant, l'existence et le rôle du médecin référent).

La troisième partie intitulée « Connaissance en matière de dépistage de l'enfant en danger » comportait 7 questions. Son but était d'évaluer la connaissance clinique des médecins généralistes concernant le dépistage des enfants en danger (les situations associées à un risque de maltraitance à rechercher chez l'enfant et chez l'adulte, les éléments présents à l'examen clinique pouvant faire suspecter une maltraitance chez l'enfant de moins de 3 ans et la connaissance des besoins fondamentaux de l'enfant).

La quatrième partie nommée « Cadre légal concernant les lois de 2007 et 2016 réformant la protection de l'enfance » était composée de 4 questions et un cas clinique issu de la thèse du Docteur Arrieta (32). Les questions abordaient les connaissances des médecins généralistes sur la loi du 5 mars 2007, sur la loi du 14 Mars 2016, sur l'information préoccupante et le signalement. Le cas clinique relatant l'histoire d'un enfant en danger était orienté sur le partage d'information à caractère secret, par le médecin généraliste, dans le cadre des missions de protection de l'enfance.

La cinquième partie « Votre pratique et vos desideratas » était constitué de 13 questions et rapportait leur pratique en matière de rédaction d'information préoccupante et de signalement ainsi que leurs attentes dans le domaine de la protection de l'enfance.

Pour juger de sa pertinence et de sa faisabilité, il a été préalablement testé par 10 médecins généralistes remplaçants libéraux.

Il a été élaboré par le chercheur via la plate-forme Drag'n Survey®. Pour les questions fermées à choix unique, une seule réponse était possible. Pour les réponses fermées à choix multiples, toutes les réponses pouvaient être choisies.

Il était possible de revenir à une question précédente. La validation du questionnaire ne se faisant qu'à la fin.

2) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé uniquement par mail sous forme de lien hypertexte associé à un texte explicatif (annexe 4). Une lettre sous format pdf en pièce jointe était comprise dans le mail relatant les objectifs, les modalités et les perspectives de l'étude.

Tout d'abord, le recrutement a été effectué par voie téléphonique par le thésard de façon aléatoire via l'annuaire santé de l'assurance maladie recensant les médecins généralistes libéraux de la Réunion. Le mail comprenant le lien hypertexte du questionnaire leur a été envoyé par mail après accord verbal.

Ensuite, une demande a été réalisée auprès du Département de Médecine Générale (DMG) de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) Santé de La Réunion par le chercheur afin qu'il diffuse le questionnaire aux Maîtres de Stages Universitaires (MSU).

Enfin, le thésard a effectué une demande de diffusion du questionnaire auprès de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien (URML OI) via leur newsletter « thèse » afin de recruter un maximum de médecins généralistes libéraux installés sur l'île de la Réunion.

D) Traitements des données

Les réponses au questionnaire ont été extraites et reportées par le doctorant sur le logiciel « Microsoft 365 Office Excel 2012® ». Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et pourcentage, les variables quantitatives l'ont été à l'aide de moyennes et d'écart-types.

Un score « Repérer et alerter les services de protection de l'enfance de la situation d'un ED » comprenant les rubriques « Connaissance en matière de dépistage de l'enfant en danger » et « Cadre légal concernant les lois de 2007 et 2016 réformant la protection de l'enfance » a été confectionné par le chercheur.

Ce score était basé sur 2 axes majeurs. Le premier était d'évaluer les connaissances des médecins en termes de repérage de l'enfant en danger, alors que, le second évaluait la conduite à tenir en cas d'enfant dépisté.

Chaque question comptait pour 1 point, soit un score maximal de 12 points. Lorsqu'une question évaluait les connaissances via une QROC, chaque réponse correcte valait 1/3 de points avec un maximum de 3 réponses correctes. Lorsqu'un sujet déclarait posséder les connaissances évaluées à une question précédant une QROC mais n'était pas parvenu à fournir au moins une bonne réponse à la QROC associée, aucun point ne lui était accordé. Si au moins une bonne réponse était fournie à la QROC, la question précédente rapportait 1 point. Concernant la question évaluant les connaissances via le QCM, 1 point était accordé uniquement si la bonne réponse avait été sélectionnée. Pour ce QCM, un tiers de point est soustrait à chaque réponse fausse sélectionnée.

Le score des sujets se déclarant formés à la protection de l'enfance a été comparé à celui des sujets se déclarant non formés à l'aide d'un test t de Student. Le risque alpha était fixé à 5%.

Les sujets n'ayant renseigné aucune réponse aux questions relatives à ce score ont été exclues du calcul de ce score.

La répartition des scores a fait l'objet d'un diagramme en boîte à moustache.

L'ensemble des analyses et figure a été réalisé sous le logiciel R version 4.0.1 avec l'aide du docteur Jeremy Pasco de l'équipe these-medicine.fr.

La correction du questionnaire (annexe 3) a été réalisée par la directrice de thèse et par le thésard, qui se sont basés sur le rapport d'élaboration de la Haute Autorité en Santé (HAS) édité en 2014 et mis à jour en 2017 (34,35).

E) Aspects éthiques et protection des données

Une déclaration d'engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui a été enregistré sous le n°2221809.

Cette étude est hors-champ de la loi Jardé. Elle n'a donc pas nécessité d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Cette étude n'a recueilli aucune donnée sensible, et respecte la Convention de Vancouver de 2017. Elle n'a pas nécessité de déclaration à un Comité d'éthique.

Le chercheur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt.

IV) Résultats

A) Modalités du recueil des données

Les réponses au questionnaire ont été recueillies du 22/05/2020 au 01/09/2020 inclus.

B) Population

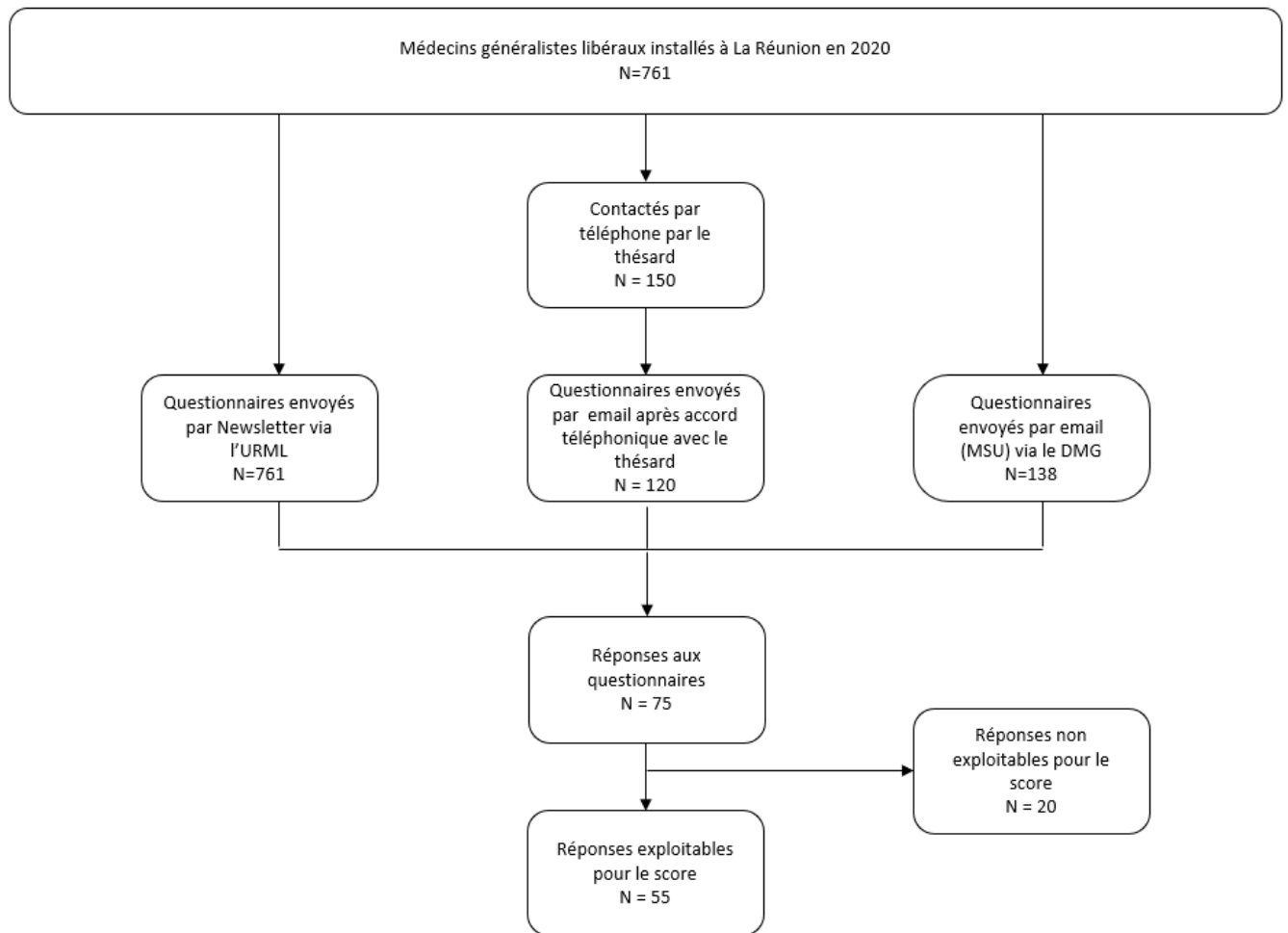
Sur 150 appels téléphoniques, 120 médecins généralistes ont accepté de donner leur mail afin que le lien du questionnaire leur soit envoyés.

Le DMG a diffusé le lien du questionnaire auprès de 136 MSU le 25 mai 2020. Une relance a été effectuée par le DMG auprès de 138 MSU le 29 juin 2020.

L'URML OI via la newsletter « thèse numéro 12 JUIN/JUILLET 2020 » a diffusé le lien du questionnaire auprès de 761 médecins généralistes libéraux installés à La Réunion.

Au total sur les 761 médecins généralistes libéraux sollicités 75 médecins généralistes réunionnais ont répondu au questionnaire : soit un taux de réponse de 9.9%.

Diagramme de flux



C) Données descriptives de la population étudiée

Table 1 – Description de la population

| Caractéristique | N = 75 ¹ |
|--|---------------------|
| Sexe | |
| Un homme | 31 (41%) |
| Une femme | 44 (59%) |
| Age | 48 (17) |
| Durée d'exercice (années) | 18 (14) |
| Zone d'exercice | |
| Cirque et Plaines (Moins de 2000 habitants) | 2 (2,7%) |
| Villes (Moins de 20 000 habitants) | 27 (36%) |
| Ville (Entre 20 000 et 50 000 habitants) | 26 (35%) |
| Ville (Plus de 50 000 habitants) | 20 (27%) |
| Type d'exercice | |
| Cabinet de groupe | 61 (82%) |
| Seul en cabinet | 13 (18%) |
| Valeurs manquantes | 1 |
| Formé en matière de protection de l'enfance | 13 (18%) |
| Valeurs manquantes | 1 |

¹n (%); Moyenne (ET)

Les participants à l'étude étaient plutôt des médecins femmes, jeunes et exerçant en cabinet de groupe. Toutes les zones d'exercices étaient représentées. Seuls 18% des répondants ont déclaré avoir déjà été formés en matière de protection de l'enfance.

Table 2 – Sources de la formation

Seuls les 13 sujets ayant répondu être formé en matière de protection de l'enfance sont décrits dans cette table.

| Caractéristique | N = 13 ¹ |
|---|---------------------|
| Lecture de revue médicale | 8 (62%) |
| E-learning | 2 (15%) |
| Dispositif de développement Professionnel Continu (DPC) | 5 (38%) |
| Diplôme Universitaire | 2 (15%) |
| Congrès | 3 (23%) |
| Pratique aux urgences pédiatriques et mémoire de victimologie | 1 (7,7%) |
| DESC de médecine légale | 1 (7,7%) |
| Formation réalisée par les dispositifs de protection de l'enfance | 0 (0%) |

¹n (%)

Aucun médecins n'a déclaré avoir été formés par les services de protection de l'enfance.

D) Evaluation des connaissances par le score « Repérer et alerter les services de protection de l'enfance de la situation d'un ED »

Parmi les 75 sujets ayant répondu au questionnaire, 20 n'avaient renseigné aucune réponse pour les questions relatives au score de connaissance. Ceux-ci ont donc été exclus des statistiques relatives au score.

Table 3 – Score « Repérer et alerter les services de protection de l'enfance de la situation d'un ED »

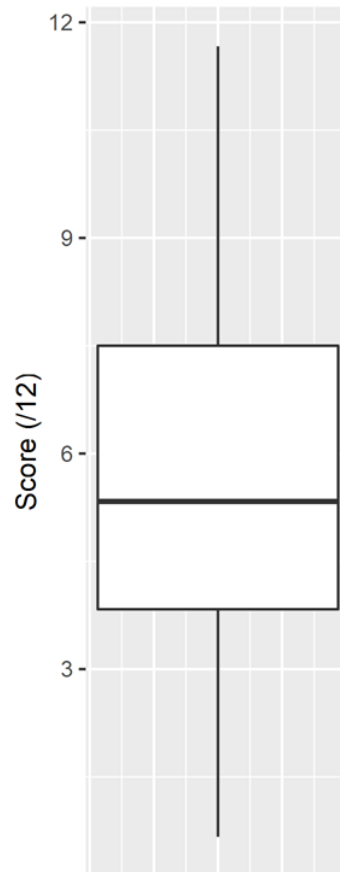
| Question | N = 55 ¹ |
|---|---------------------|
| C1 – Connaissez-vous la(es) situation(s) associée(s) à un risque de maltraitance à rechercher chez l'enfant ? (Facteurs de risques, antécédents...) | 27 (49%) |
| C2 – Si oui, citez-la ou citez-les | |
| 0/3 | 12 (31%) |
| 1/3 | 17 (44%) |
| 2/3 | 8 (21%) |
| 3/3 | 2 (5,1%) |
| C3 – Connaissez-vous la(es) situation(s) associée(s) à un risque de maltraitance à rechercher chez les parents ? | 37 (67%) |
| C4 – Si oui, citez-la ou citez-les | |
| 0/3 | 1 (2,6%) |
| 1/3 | 9 (24%) |
| 2/3 | 12 (32%) |
| 3/3 | 16 (42%) |
| C5 – Connaissez-vous les éléments présents cours du suivi et à l'examen clinique qui peuvent vous faire craindre une maltraitance chez les enfants de moins de 3 ans ? | 43 (78%) |
| C6 – Si oui, quel(s) signe(s) physique(s) présent(s) à l'examen clinique peuvent vous faire craindre une maltraitance ? | |
| 1/3 | 14 (33%) |
| 2/3 | 12 (28%) |
| 3/3 | 17 (40%) |
| C7 – Connaissez-vous les besoins fondamentaux d'un enfant ? | 33 (61%) |
| D1 – Avant ce questionnaire, avez-vous déjà entendu parler de ses réformes ? | 6 (11%) |
| D2 – Connaissez-vous la différence entre une information préoccupante et un signalement ? | 15 (28%) |
| D3 – Si oui, à qui adresse-t-on une information préoccupante ? | 18 (33%) |
| D4 – Si oui, à qui adresse-t-on un signalement ? | 25 (45%) |
| D5 – Vous suspectez une maltraitance et vous rédigez une information préoccupante sans en informer la famille. La famille l'apprend et vous menace de porter plainte. | |
| 0/3 | 2 (3,6%) |
| 2/3 | 19 (35%) |
| 3/3 | 34 (62%) |
| Score total | 5,82 (2,72) |

¹n (%); Moyenne (ET)

Note : pour les questions binaires (point obtenu ou non) l'effectif indiqué correspond au nombre de sujets ayant obtenu le point. Pour les questions de type QROC, l'effectif est donné pour chaque score à la question (0/3, 1/3, 2/3 et 3/3).

Le score total est exprimé en moyenne et écart-type.

Figure 1 – Score « Repérer et alerter les services de protection de l'enfance de la situation d'un enfant en danger »



Ce diagramme en boîte à moustaches représente la répartition des scores pour les 55 sujets ayant répondu à au moins une question relative aux connaissances.

La moyenne des notes au score « Repérer et alerter les services de protection de l'enfance de la situation d'un ED », illustrée par la figure 1, était de 5,82 sur 12, avec un écart-type de 2,72.

La médiane (correspondant à la ligne horizontale du rectangle) était de 5,33.

Le score minimum était de 0,67 et le score maximum était de 11,67.

Le 1^{er} quartile comprenait les notes s'étalant de 0,67 à 3,83.

Le 3^{ème} quartile comprenait les notes s'étalant de 7,50 à 11,67.

E) Comparaison des scores entre les sujets formés et non formés à la protection de l'enfance.

Table 3bis – Evaluation des connaissances selon si les sujets déclarent avoir été formés ou non à la protection de l'enfance

| Question | Non formés N = 46 ¹ | Formés N = 9 ¹ |
|---|-----------------------------------|------------------------------|
| C1 – Connaissez-vous la(es) situation(s) associée(s) à un risque de maltraitance à rechercher chez l'enfant ? (Facteurs de risques, antécédents...) | 22 (48%) | 5 (56%) |
| C2 – Si oui, citez-la ou citez-les | | |
| 0/3 | 9 (29%) | 3 (38%) |
| 1/3 | 14 (45%) | 3 (38%) |
| 2/3 | 7 (23%) | 1 (12%) |
| 3/3 | 1 (3,2%) | 1 (12%) |
| C3 – Connaissez-vous la(es) situation(s) associée(s) à un risque de maltraitance à rechercher chez les parents ? | 29 (63%) | 8 (89%) |
| C4 – Si oui, citez-la ou citez-les | | |
| 0/3 | 1 (3,3%) | 0 (0%) |
| 1/3 | 7 (23%) | 2 (25%) |
| 2/3 | 10 (33%) | 2 (25%) |
| 3/3 | 12 (40%) | 4 (50%) |
| C5 – Connaissez-vous les éléments présents cours du suivi et à l'examen clinique qui peuvent vous faire craindre une maltraitance chez les enfants de moins de 3 ans ? | 35 (76%) | 8 (89%) |
| C6 – Si oui, quel(s) signe(s) physique(s) présent(s) à l'examen clinique peuvent vous faire craindre une maltraitance ? | | |
| 1/3 | 11 (31%) | 3 (38%) |
| 2/3 | 10 (29%) | 2 (25%) |
| 3/3 | 14 (40%) | 3 (38%) |
| C7 – Connaissez-vous les besoins fondamentaux d'un enfant ? | 26 (58%) | 7 (78%) |
| D1 – Avant ce questionnaire, avez-vous déjà entendu parler de ses réformes ? | 2 (4,4%) | 4 (44%) |
| D2 – Connaissez-vous la différence entre une information préoccupante et un signalement ? | 11 (25%) | 4 (44%) |
| D3 – Si oui, à qui adresse-t-on une information préoccupante ? | 13 (100%) | 5 (100%) |
| D4 – Si oui, à qui adresse-t-on un signalement ? | 20 (100%) | 5 (100%) |
| D5 – Vous suspectez une maltraitance et vous rédigez une information préoccupante sans en informer la famille. La famille l'apprend et vous menace de porter plainte. | | |
| 0/3 | 2 (4,3%) | 0 (0%) |
| 2/3 | 16 (35%) | 3 (33%) |
| 3/3 | 28 (61%) | 6 (67%) |
| Score total | 5,49 (2,62) | 7,56 (2,68) |

¹n (%); Moyenne (ET)

Les sujets se déclarant formés à la protection de l'enfance présentaient en moyenne un score total supérieur de 2,07 points [-0,07 ; 4,21] par rapports à ceux se déclarant comme non formés. Cette différence n'était pas significative ($p=0,0563$).

F) Connaissances des médecins généralistes concernant le maillage de la protection de l'enfance

Table 4 – Les différents services de protection de l'enfance

| Caractéristique | N = 75 ¹ |
|---|---------------------|
| B1 – Connaissez-vous l'institution chargée de la protection de l'enfance dans votre département | 44 (63%) |
| B2 – Si oui laquelle ? | 16 (34%) |
| B3 – Connaissez-vous des services qui exercent les missions de protection de l'enfance ? | 47 (70%) |
| B4 – Si oui lequel ou lesquels connaissez-vous ? | |
| CRIP | 11 (24%) |
| ARPEJ | 1 (2,2%) |
| MD (GUT) | 9 (20%) |
| PMI | 28 (61%) |
| SSD | 3 (6,5%) |
| UDAF | 1 (2,2%) |
| Unité de Victimologie de l'enfant et de l'adolescent du CHU | 3 (6,5%) |
| ASE | 5 (11%) |
| SNATED | 1 (2,2%) |
| Hôpitaux | 2 (4,3%) |
| ALEFPA | 2 (4,3%) |
| CMPEA | 1 (2,2%) |
| ARAJUFA | 1 (2,2%) |
| Pouponnière | 1 (2,2%) |
| DDASS | 1 (2,2%) |
| B5 – Connaissez-vous le rôle de chacun des services se chargeant de la protection de l'enfance ? | 5 (7,7%) |
| B6 – Connaissez-vous des mesures de protection dont peut bénéficier un enfant ? | 38 (59%) |
| B7 – Si oui, laquelle ou lesquelles connaissez-vous ? | |
| Mesure de placement | 30 (81%) |
| AEMO | 4 (11%) |
| Protection administrative | 2 (5,4%) |
| Protection judiciaire | 2 (5,4%) |
| Hospitalisation | 3 (8,1%) |
| PJJ | 1 (2,7%) |
| Numéro vert | 1 (2,7%) |
| AED | 5 (14%) |
| B8 – Connaissez l'existence d'un médecin référent de « Protection de l'enfance » au département ? | 10 (16%) |
| B9 – Connaissez-vous le rôle du médecin référent de « Protection de l'enfance » auprès des médecins généralistes ? | 5 (7,8%) |

| Caractéristique | N = 75 ¹ |
|---|---------------------|
| B10 – Connaissez-vous les coordonnées des différents services de protection de l'enfance ? | |
| Je ne les connais pas tous | 26 (41%) |
| Non | 31 (48%) |
| Oui | 7 (11%) |
| B11 – Si oui lequel ou lesquels connaissez-vous (nom des différents services) ? | |
| CRIP | 12 (52%) |
| MD (GUT) | 8 (35%) |
| ARPEJ | 1 (4,3%) |
| Allô enfant en danger | 1 (4,3%) |
| PMI du secteur | 12 (52%) |
| UDAF | 1 (4,3%) |
| Unité de victimologie de l'enfant et de l'adolescent du CHU | 2 (8,7%) |
| Conseil départemental | 3 (13%) |
| Services hospitaliers | 1 (4,3%) |
| CMPEA | 1 (4,3%) |
| 119 | 1 (4,3%) |

¹n (%)

Seulement 16% des médecins ayant participé à l'étude connaissaient l'existence du médecin référent « protection de l'enfance ». Ils n'étaient que 7.8% à connaître son rôle.

G) Données relatives aux pratiques et aux attentes des médecins généralistes en matière de protection de l'enfance

Table 5 – Votre pratique et vos desideratas

| Caractéristique | N = 75 ¹ |
|---|---------------------|
| E1 – Ecrivez-vous des difficultés de diagnostic de « maltraitance » de quelque nature que ce soit ? | |
| Rarement | 15 (28%) |
| Souvent | 29 (55%) |
| Toujours | 9 (17%) |
| E2 – Pensez-vous avoir déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'une Information Préoccupante ou d'un Signalement ? | 35 (66%) |
| E2a – Si oui, avez-vous transmis un écrit formalisé ? | 27 (64%) |
| E2b – Si oui, combien de fois depuis le début de votre carrière avez-vous rédigé une information préoccupante ? | |
| Moins de 5 | 41 (93%) |
| Entre 5 et 20 | 2 (4,5%) |
| Plus de 20 | 1 (2,3%) |
| E2c – Pensez-vous avoir déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'un Signalement ? | 24 (45%) |
| E2d – Si oui, avez-vous transmis un écrit formalisé ? | 19 (61%) |
| E2e – Si oui, combien de fois depuis le début de votre carrière avez-vous rédigé un signalement ? | |
| Moins de 5 | 39 (95%) |
| Entre 5 et 20 | 2 (4,9%) |
| Plus de 20 | 0 (0%) |
| E3 – Si vous avez déjà transmis une Information Préoccupante ou un Signalement, avez-vous rencontré des difficultés lors de ces démarches ? | 17 (47%) |
| E4 – Si oui, lesquelles ? | |
| Au moment de l'annonce aux parents | 7 (32%) |
| Au moment du contact avec les institutions concernées | 11 (50%) |
| Pour le suivi ultérieur | 12 (55%) |
| La chronophagie de la démarche | 10 (45%) |
| Je ne sais pas ce que c'est qu'une information préoccupante ou un signalement, il y en a marre des process. si un enfant est en danger je l'adresse en Pédiatrie.... | 1 (4,5%) |
| Au moment de la rédaction | 8 (36%) |
| Adressé en pédiatrie pour syndrome de Silverman ou contact service de protection pour enquête | 1 (4,5%) |
| Eu aucun retour | 1 (4,5%) |
| Pas de réponse de l'interlocuteur | 1 (4,5%) |
| E5 – Lorsqu'un de vos patients a bénéficié de mesures relevant de la protection de l'enfance, avez-vous été informé en retour de l'évolution de la situation ? | 12 (27%) |
| E6 – Si oui, sous quelle forme ? | |
| Courrier | 7 (58%) |

| Caractéristique | N = 75 ¹ |
|--|---------------------|
| Téléphone | 6 (50%) |
| J'étais remplaçante, je n'ai pas eu de suivi de l'affaire | 1 (8,3%) |
| E7 – Dans le cadre d'une situation à risque de Maltraitance envers un mineur, quels sont vos freins à la rédaction d'un écrit ? | |
| Crainte de faire un diagnostic erroné et d'être accusé de dénonciation calomnieuse | 26 (51%) |
| Manque d'informations ou de formations théoriques et pratiques sur le sujet | 33 (65%) |
| Peur de perdre le suivi et la confiance de la famille | 17 (33%) |
| Absence de retour des prises en charge par les services de Protection de l'Enfance | 15 (29%) |
| aucun frein je fais une lettre au Pédiatre hospitalier | 1 (2,0%) |
| Peur de la réputation vis-à-vis du reste de la patientèle | 3 (5,9%) |
| Manque de temps dans la prise en charge | 4 (7,8%) |
| Pas de frein | 1 (2,0%) |
| Pas simple de joindre le procureur de garde | 1 (2,0%) |
| E8 – Quelles sont vos désidératas dans le domaine de la Protection de l'Enfance ? | |
| Recevoir une formation spécifique dans le domaine de la Protection de l'Enfance | 31 (61%) |
| Un accès à une ligne directe avec le Médecin Référent de « Protection de l'Enfance » | 38 (75%) |
| Recevoir un dépliant avec les numéros des différents services relevant de la protection de l'enfance | 39 (76%) |
| Être informé de la prise en charge des mineurs relevant de mesures de Protection de l'Enfance | 34 (67%) |
| Être inclus dans le parcours de prise en charge du mineur relevant de mesures de Protection de l'Enfance | 23 (45%) |
| Aucun | 1 (2,0%) |
| Pourquoi ne parlez-vous pas des cellules de victimologie vers lesquelles on peut adresser facilement les enfants, via service de pédiatrie ? | 1 (2,0%) |

¹n (%)

Dans notre étude 72% des médecins ont déclaré éprouvé des difficultés à poser le diagnostic de « maltraitance ». Seuls 64% des médecins ont transmis une IP face à un enfant en danger. Ils ne sont que 61% à avoir transmis un signalement face à une situation qui leur semblait inquiétante.

Un désir de formation et d'accès au médecin référent « protection de l'enfance » est rapporté car ils sont respectivement 61% et 75% à vouloir recevoir une formation dans ce domaine et à vouloir une ligne téléphonique directe avec ce médecin référent.

V) Discussion

A) Résultats clés

1) Objectif principal

Notre étude a montré que les connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion concourant au repérage et au signalement de l'enfant en danger étaient insuffisantes. La moyenne obtenue par les répondants à ce score était de 5.82 sur 12 et près de 50 % des notes étaient inférieures ou égale à 5.33 sur 12.

a) Connaissances en matière de repérage d'un enfant en danger

Seule la moitié des médecins ont déclaré connaître les situations associées à un risque de maltraitance liés à l'enfant et, près d'un tiers de ces derniers n'ont pu citer au moins un facteur reconnu par la communauté scientifique. Un autre résultat alarmant était la méconnaissance des besoins fondamentaux de l'enfant. Parmi les participants à l'étude 39% des médecins ignoraient cette notion en dépit du fait qu'ils aient fait l'objet d'une démarche de consensus en 2017 (12). Or, cette entité est devenue incontournable en matière de dépistage d'enfant en danger pour tous les acteurs concourant à la protection de l'enfance.

Par contre, des résultats encourageants sont tout de même retrouvés. Effectivement, les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents ainsi que les signes physiques pouvant faire craindre une maltraitance étaient généralement mieux connus des médecins. Ces résultats encourageants sont à nuancer par le fait qu'un tiers d'entre eux ne connaissaient pas les facteurs de risque de maltraitance liés aux parents.

b) Alerter les autorités compétentes de la situation d'un enfant en danger

Les résultats les plus inquiétants concernaient la partie législative. Près de 89% des répondants n'avaient jamais entendu parler des lois de 2007 et 2016 réformant la protection de l'enfance. Seuls 28% des répondants connaissaient la différence entre une information préoccupante et un signalement. Seul un tiers des répondants savaient à qui adresser une information préoccupante et, moins de la moitié des médecins savaient à qui adresser un signalement.

Enfin, afin de pouvoir alerter les acteurs concourant à la protection de l'enfance il faut pouvoir communiquer avec eux. Cependant, seuls 62% des répondants savaient que le secret professionnel n'était pas applicable en cas de sévices sur mineurs.

2) Objectifs secondaires

a) Le maillage de la protection de l'enfance

Notre étude a montré que les médecins ont une méconnaissance du maillage de la protection de l'enfance. Seuls 63% des répondants ont déclaré connaître l'institution chargée de la protection de l'enfance à La Réunion. Et sur ces 63 %, seuls 34% ont cité le conseil départemental. Parmi les services exerçant des missions de protection de l'enfance les services de PMI ont été le plus cité (61% des répondants) alors que la CRIP et l'ASE n'ont été cités respectivement que par 24% et 11% des médecins. Ils ne sont que 7.7% à avoir déclaré connaître le rôle de ses services.

b) Les mesures administratives et judiciaire de protection de l'enfant

Parmi les participants seuls 59% ont déclaré connaître les mesures de protection dont peuvent bénéficier un enfant. Les mesures administratives sont peu connues des médecins. Or, ces dernières sont le premier degré de protection de l'enfance. Ils ne sont que 14% à avoir cité l'AED qui est l'une des nombreuses

mesures de protection administrative dont peut bénéficier un enfant en danger. Les médecins connaissaient mieux les mesures de protections judiciaires. D'ailleurs, le placement sur décision judiciaire reste la mesure la plus connue. En effet la mesure de placement et l'AEMO ont été cités respectivement par 81% et 11% des répondants. Cette méconnaissance des mesures de protection administratives dont peut bénéficier un enfant en danger peut également être un frein au signalement.

Un schéma des différentes mesures de protection dont peut bénéficier un enfant est situé en annexe 5.

c) Le médecin référent de protection de l'enfance

Notre étude a mis en évidence l'ignorance de l'existence du médecin référent ainsi que de son rôle auprès des médecins généralistes. Effectivement il n'y a que 16% des répondants qui ont déclaré connaître l'existence du médecin référent « protection de l'enfance » et cela 2 ans après sa mise en place à la Réunion. Sur ces 16% seuls 7.8% ont déclaré connaître son rôle. Or le poste de médecin référent de protection de l'enfance a été créé pour que les médecins libéraux et, à fortiori les médecins généralistes puissent avoir un interlocuteur médical au sein du département. Cet interlocuteur a pour but de faciliter la relation entre médecin et conseil départemental et donc, de favoriser le dépistage des enfants en danger (36). Cette méconnaissance nous laisse supposer qu'il s'agit d'un autre frein à faire remonter les informations préoccupantes auprès des autorités compétentes.

d) Les freins à la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement

Parmi, les médecins participant à l'étude 72% ont déclaré avoir des difficultés de diagnostic de maltraitance et 66% déclarent avoir déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'une information préoccupante. Or sur ces 66% il n'y a que 64% qui ont transmis un écrit formalisé.

Parmi les répondants 45% ont déclaré avoir rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'un signalement et seulement 61% d'entre eux ont transmis un écrit formalisé.

Notre étude a identifié quelques freins pouvant expliquer ces chiffres. Près de deux tiers des répondants (65%) ont déclaré que le manque d'informations ou de formations sur le sujet était un frein au moment de la rédaction d'un écrit. Un autre frein rapporté par 51% des médecins était la crainte de faire un diagnostic erroné.

Par ailleurs, pour ceux ayant transmis une IP ou signalement, 36% ont déclaré avoir rencontré des difficultés lors de la rédaction de l'écrit. Pour 50% d'entre eux, c'était au moment du contact avec les institutions concernées, et pour 45% d'entre eux c'était la chronophage de la démarche qui leur a posé problèmes. 55% d'entre eux ont rencontré des difficultés pour le suivi de leur patients pris en charge par les services de protection de l'enfance. Ceci est corroboré par le fait que parmi les médecins ayant eu des patients bénéficiant de mesures relevant de la protection de l'enfance, seuls 27% des répondants ont déclaré avoir été informé en retour de l'évolution de la situation (par courrier ou par téléphone).

e) Les attentes des médecins généralistes envers la protection de l'enfance

Parmi les répondants, 75% ont déclaré vouloir une ligne directe avec le médecin référent de protection de l'enfance. Même si cette ligne existe déjà et a été communiqué par mail et par courriers auprès des médecins généralistes installés, une nouveau rappel nous paraît nécessaire. Une nouvelle mise en lumière favoriserait la communication entre ces acteurs et aurait probablement un impact positif sur le dépistage de l'enfant en danger.

Parmi les participants, 76% des médecins ont déclaré vouloir recevoir un dépliant avec les numéros des différents services relevant de la protection de l'enfance or, ceci a déjà été distribué en 2019 par voie postale et par mail à l'ensembles des médecins généralistes installés, ainsi qu'au conseil de l'ordre (annexe 6 et 7).

61% et 67% des répondants, ont déclaré respectivement, vouloir recevoir une formation spécifique dans le domaine de la protection de l'enfance et vouloir être informé par les services de protection de l'enfance de la prise en charge de leurs patients.

B) Validité interne

1) Population étudiée

La population ayant répondu à ce questionnaire était à 59% des femmes. L'âge moyen se situait aux alentours de 48 ans. Les médecins exerçaient majoritairement en groupe pour 82% d'entre eux.

Seuls 18% des médecins ayant participé à l'étude ont été formé en matière de protection de l'enfance.

Parmi ceux-ci la majorité ont été formé par la lecture de revue médicale (62%). Aucun médecin n'a été formé par les formations proposées par les dispositifs de protection de l'enfance.

2) Limites et biais

La principale faiblesse de notre étude est le faible taux de participants. En effet, malgré plusieurs sollicitations seuls 75 médecins ont répondu soit un taux de réponse de 9.9%. Sur le plan méthodologique afin d'améliorer le taux de réponse la diffusion du questionnaire aurait pu être réalisée également par voie postale. Une relance aurait pu être faite par la newsletter thèse de l'URML. De plus, le nombre important de QROC a pu décourager quelques participants.

Notre étude comporte également de nombreux biais. La population des médecins ayant répondu au questionnaire n'est pas représentative des caractéristiques démographiques des médecins libéraux installés à La Réunion. Effectivement, les médecins généralistes à La Réunion sont composés de 61%

d'hommes et de 39% de femmes et ont un âge moyen de 52 ans (37). Or, dans notre étude les médecins répondants sont majoritairement des femmes (41% d'hommes et 59% de femmes et ont un âge moyen de 48 ans). Il y a donc un biais d'échantillonnage.

Les médecins participant à l'étude sont probablement plus intéressés et concernés par la protection de l'enfance. Il y a donc un biais de sélection. Cependant, ce biais entraîne une surestimation du score des médecins répondants. Or, l'objectif principal de l'étude a conclu à une insuffisance de connaissance des médecins généralistes. L'impact de ce biais ne gêne pas l'interprétation de notre objectif principal.

Concernant la partie rapportant la pratique des médecins et leurs attentes, nous pouvons être confronté à un biais de déclaration qui est atténué par l'anonymisation du questionnaire. Cependant ce biais aurait tendance à surestimer la rédaction d'un écrit aux instances concernées. Or, l'étude nous montre que seul deux tiers des médecins face à une suspicion d'enfant en danger remontent l'information aux autorités compétentes. Donc au vu des résultats obtenus par l'étude, l'impact de ce biais est limité et ne gêne pas l'interprétation des résultats. Un biais de mémorisation peut également être présent car les médecins devaient rapporter des faits anciens. Leurs perceptions des démarches, leurs difficultés rencontrées ou encore l'absence de retour des services de protection de l'enfance ont pu être biaisés par le temps. Notre questionnaire aurait pu être amélioré car il est impossible de savoir l'année ou la période où ils ont rencontré des difficultés. Le fait de savoir si les difficultés dataient d'avant ou d'après les réformes auraient été pertinents. Il y a donc un biais de temporalité.

Il peut nous être reproché d'avoir évalué leurs attentes envers les services de protection de l'enfance sous forme de QCM. Une étude qualitative à l'aide d'un entretien semi-dirigé aurait été plus pertinente.

Enfin, même si le questionnaire a été tiré de deux travaux de thèse similaires, nous avons changé certaines questions et introduit plus de questions de type QROC. Le format des questions, la notation ainsi que le score de prise en charge de l'enfant en danger ont été faites par nos soins. Notre système de notation peut être critiqué.

3) Forces de l'étude

En dépit des faiblesses et des biais de notre étude, ce travail est novateur car il s'agit de la première étude évaluant les connaissances et les pratiques des médecins généralistes libéraux à La Réunion en matière de protection de l'enfance. Il est intéressant, car le questionnaire est basé sur deux travaux de thèse similaires menée en Ile-et-Vilaine et au Finistère. La temporalité permet de juger l'amélioration des connaissances des médecins généralistes vis-à-vis des réformes de 2007 et 2016.

Le questionnaire évaluant le score de prise en charge de l'enfant en danger montre qu'il est bien étalonné puisque la dispersion des notes obtenus par les répondants vont de 0.67 à 11.67 sur 12.

La connaissance des besoins fondamentaux de l'enfant, sur lequel se base tout acteur concourant à la protection de l'enfance ainsi, que la connaissance de l'existence du médecin référent et, du rôle qu'il endosse nous semblait important à évaluer également.

En tout état de cause, l'absence de travail antérieur sur ce sujet à La Réunion en fait un support préliminaire à d'autres études pouvant être réalisées sur la protection de l'enfance.

Enfin, il a le mérite d'avoir mis en lumière un sujet tabou et a eu un rôle de formation pédagogique pour ceux ayant répondu au questionnaire.

C) Validité externe

La thèse du Docteur Amalia Arrieta réalisée en Ile-et-Vilaine en 2013 (32) et, celle du Docteur Alice Dauchy menée au Finistère en 2018 (33) ont également objectivé un manque de connaissance des médecins généralistes concernant le signalement des enfants en danger et les mesures législatives les encadrant.

La méconnaissance de la réforme de 2007, et l'ignorance entre information préoccupante et signalement, démontrée par notre étude, est également retrouvée dans le travail du Docteur Arrieta. En effet, lors de son étude 25.5% des médecins avaient entendu parler de la réforme. De ce fait la différence entre

information préoccupante et signalement étaient connus par seulement 20.5% des médecins généralistes interrogés (32). Nos résultats sont d'autant plus alarmants car notre étude a été menée 13 ans après la réforme de 2007.

Les réformes de la protection de l'enfance ont aménagé le secret professionnel. Le manquement au secret professionnel peut être puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende selon l'article 226-13 du code pénal. Cependant, le 2^{ème} et le 3^{ème} alinéa de l'article 226-14 du code pénal stipulent, que l'article 226-13 n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte, à la connaissance du procureur de la République ou à la CRIP, des informations concernant un mineur en danger. De ce fait, l'accord de la victime n'est pas nécessaire. Ensuite l'article L-226-2-1 du code de l'action sociale et des familles stipule, qu'en cas d'intérêt contraire à l'enfant, le père, la mère, ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale peuvent ne pas être informé de la transmission de l'IP. La réforme de 2007, a créé à la fois une obligation de transmission d'informations, qui délie les professionnels du secret, et une autorisation de partager des informations à caractère secret (38). Notre étude a montré qu'un tiers des médecins répondants ne savaient pas que l'article de loi relatif au secret professionnel n'était pas applicable dans les cas de sévices infligés à un mineur. Le travail de thèse du Dr Arrieta de 2013 avait retrouvé un résultat similaire (32).

Les 2 principaux freins à la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement mis en évidence par notre étude (la crainte de faire un diagnostic erroné et, le manque d'informations ou de formations sur le sujet) sont les mêmes que ceux retrouvés en 2013 par le Dr Arrieta (32).

D) Les voies d'amélioration

1) La formation

La formation théorique et pratique des futurs médecins généralistes est indispensable si l'on veut améliorer leur capacité à repérer et signaler la situation

d'un enfant en danger. D'ailleurs une étude a montré que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de 10 heures d'enseignement (36,39). Dans notre tableau comparatif (Table 3bis) les médecins formés ont en moyenne un score total supérieur aux médecins non formés. Cette supériorité n'est pas significative mais est probablement dû au manque de puissance de notre étude.

Lors de la formation médicale initiale commune, l'item 57 du programme des épreuves classantes nationales intitulé « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile » aborde partiellement ce sujet. Cependant au vu de la quantité importante de connaissances que doit apprendre tout étudiant en médecine durant les 6 premières années de tronc commun, il nous paraît indispensable qu'un rappel soit fait durant les internats de toutes les futures spécialités au contact des enfants et, à fortiori celui de la médecine générale. Les graves conséquences à court terme (29) ainsi que les lourdes conséquences à long terme (25,30,31) font du dépistage de l'enfant en danger un enjeu majeur de santé publique. Par conséquent, il nous paraît justifié que des cours obligatoires avec mise en situation clinique soient mis en place par le département de médecine générale à La Réunion.

Durant leur stage en PMI, une journée avec les professionnels du « CRIP 974 » et de l'ASE devrait selon nous, être proposé aux internes afin de mieux comprendre les rouages et le traitement d'une information préoccupante. Un cours dédié aux limites du secret professionnel dans le cadre de la protection de l'enfance devrait être également dispensé aux internes de médecine générale.

Pour les médecins généralistes déjà diplômés des modules sur la maltraitance infantile et son dépistage devraient être proposés régulièrement par les organismes de Développement Professionnel Continu (DPC) et par les services de protection de l'enfance. Des séminaires autour de la protection de l'enfance regroupant pédiatres et médecins généralistes devraient être organisés sur le département et ce, de façon régulière.

2) Renforcer le rôle du médecin traitant

Afin de favoriser la communication entre médecin généraliste et conseil départemental nous émettons l'idée que des acteurs concourant à la protection de l'enfance devraient être régulièrement invités aux Congrès Francophone de Médecine Générale de l'Océan Indien. Le fait d'inclure ces professionnels spécialistes de la maltraitance infantile dans le panorama des futurs médecins généralistes ne pourront qu'améliorer la mise en lumière de cette entité qui souffre de déni par les professionnels de santé. L'« aversion de voir » la maltraitance infantile est un des facteurs expliquant la réticence à alerter les autorités compétentes (40–42). Cela peut également expliquer l'hermétisme dont font preuve les médecins concernant les nouvelles réformes de protection de l'enfance en dépit des informations qui leur sont relayés (annexe 6 et 7).

3) L'aide au diagnostic

A l'ère de l'aide numérique, il nous semble intéressant qu'un site d'aide au diagnostic de maltraitance infantile soit développé. Lors de sa consultation, ce site constitué d'un algorithme de prise en charge aiderait le médecin à repérer et alerter les autorités compétentes. La recherche de la satisfaction des besoins fondamentaux est la méthode la plus consensuelle sur le dépistage de l'enfant en danger et devrait être rechercher par tout médecin traitant. Un enfant dont les besoins fondamentaux ne sont pas satisfait est par définition un enfant maltraité (36). Nous pensons que la recherche de la satisfaction de ces besoins fondamentaux devraient être intégrés dans les carnets de santé pour les consultations du 2^{ème}, 4^{ème} et 9^{ème} mois. Cela favorisera son intégration dans la check-list routinière que réalise tout médecin face à un nourrisson.

4) Alerter les autorités compétentes

Pour améliorer le contact avec les institutions concernées un annuaire numérique des différents acteurs de la protection de l'enfance devrait être disponible dans chaque département. Cette annuaire existe à La Réunion (sur le site <https://www.departement974.fr/actualite/pmi>) mais il est rattaché au site du département et est donc accessible après une navigation sur le web non optimale. Un annuaire numérique et optimisé pour les médecins rapportant tous les numéros utiles (annexe 8 et 9) pourrait être disponible sur le net.

Afin de lutter contre la chronophagie de la démarche, un formulaire type d'information préoccupante ou de signalement pourrait être présent dans les logiciels de prescription. A La Réunion ce formulaire (annexe 10) est téléchargeable sur le site internet du Département : <https://www.departement974.fr/enfance-famille>

Cependant, en dépit du côté chronophage, le code pénal impose à toute personne ayant connaissance de sévices sur mineurs de le rapporter aux autorités compétentes. Pour finir afin de renforcer le dispositif de signalement la loi n°2015-1402 du 5 Novembre 2015 pose le principe d'irresponsabilité pénale, civile et disciplinaire du médecin qui effectue un signalement de maltraitance à un enfant.

VI) Conclusion

La maltraitance infantile, de par sa fréquence et ses répercussions, est un problème majeur de santé publique selon l'OMS (22). Son dépistage est l'affaire de tous les professionnels de santé et, à fortiori des médecins généralistes qui suivent la majorité de la population pédiatrique (28). Or, notre étude montre que les connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion, permettant de repérer et d'alerter les autorités compétentes qu'un enfant est en situation de danger sont insuffisantes. Ce résultat est cohérent avec les études antérieures menées dans d'autres départements et cela, 13 ans après la première étude (32)(33). Ce résultat met en évidence la persistance du déni face à la maltraitance infantile et au cadre légal qui l'entoure (40).

Afin d'améliorer le repérage des enfants en danger, les médecins traitants doivent prendre conscience qu'ils sont des acteurs incontournables et indispensables de la protection de l'enfance. Cette prise de conscience passe par une formation théorique et pratique devant être dispensée durant l'internat de médecine générale à la Réunion. Mais également par une mise à jour de tous les outils qu'utilise le médecin traitant au quotidien. Cela va de l'aide numérique, de la mise à jour du carnet de santé et de l'incorporation d'un formulaire type dans les logiciels de prescription.

Pour finir, ce travail offre selon nous, deux pistes majeures de recherches complémentaires. La première serait un travail de recherche sur la mise en place d'un site internet d'aide au diagnostic de la maltraitance pouvant aider le médecin généraliste quotidiennement lors de ses consultations. La seconde, dans le but de mieux mettre en évidence la pratique et les attentes des médecins généralistes face aux services de protection de l'enfance, une étude qualitative par un entretien semi-dirigé pourrait être menée afin d'identifier précisément leur frein à la rédaction d'une IP ou d'un signalement.

VII) Références bibliographiques

1. Rey-Salmon C, Adamsbaum C, Tursz A. Maltraitance chez l'enfant. Paris: Lavoisier; 2013.
2. Kempe CH. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 7 juill 1962;181(1):17.
3. Caffey J. On the Theory and Practice of Shaking Infants: Its Potential Residual Effects of Permanent Brain Damage and Mental Retardation. Am J Dis Child. 1 août 1972;124(2):161.
4. Meadow R. MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY THE HINTERLAND OF CHILD ABUSE. The Lancet. août 1977;310(8033):343-5.
5. De Ayala C. L'histoire de la protection de l'enfance. Le Journal des psychologues. 2010;277(4):24.
6. Avenard G, Bazocar B, Joubert M, et al. Le guide Protection de l'enfance. Montrouge: ESF éditeur; 2008.
7. Vie Publique. Loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/269790-loi-du-5-mars-2007-reformant-la-protection-de-lenfance>
8. Observatoire national de l'enfance en danger. Les 7 enjeux de la loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007.
9. Observatoire national de la protection de l'enfance. Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 Mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf
10. Loi n° 2016-297 du 14 Mars 2016 relative à la protection de l'enfant.
11. Décret n°2016-1503 du 7 Novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L221-2 du code de l'action sociale et des familles.
12. Martin-Blachais MP, Séverac N, Apter G, et al. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. 2017. 129 p.
13. Université Médicale Virtuelle Francophone. Protection de l'enfance et aide sociale à l'enfance (ASE) [Internet]. 2012. 37 p. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection_enfance/site/html/1.html
14. Ministère de la Santé et des Solidarités. Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant [Internet]. 2011. 33 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_protectenfance_intervenir.pdf

15. Université Médicale Virtuelle Francophone. La protection maternelle et infantile : Organisation et missions [Internet]. 2011. 14 p. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/pmi/site/html/cours.pdf>
16. Ministère de la Santé et des Solidarités. L'observatoire départemental de la protection de l'enfance. [Internet]. 2016. 37 p. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/02/Guide_Observatoire.pdf
17. Ministère des Outre-Mer. La Réunion [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://outre-mer.gouv.fr/la-reunion>
18. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2017 à La Réunion [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3704706>
19. Direction Enfance-Famille du Département de La Réunion. Chiffre ASE au 31 Décembre 2017.
20. Ministère des Solidarités de la Santé. Que dit la loi ? [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/que-dit-la-loi>
21. Farge A. 10 ans de réformes de la protection de l'enfance [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.gazette-sante-social.fr/27434/10-ans-de-reformes-de-la-protection-de-lenfance>
22. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Färniss T, Kahane T. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2006. [Internet]. 2006. 112 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf?sequence=1
23. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. janv 2009;373(9657):68-81.
24. B. Samson, C. Cornut, C. Jousset, G. Picherot, N. Vabres. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. Elsevier Masson; 2017.
25. Tursz A. Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Éditions du Seuil; 2010. 419 p.
26. Observatoire national de la protection de l'enfance. Les chiffres clés en protection de l'enfance [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
27. Raynal F, Allermoz E. Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2015-01/MEDECINS-38.pdf>

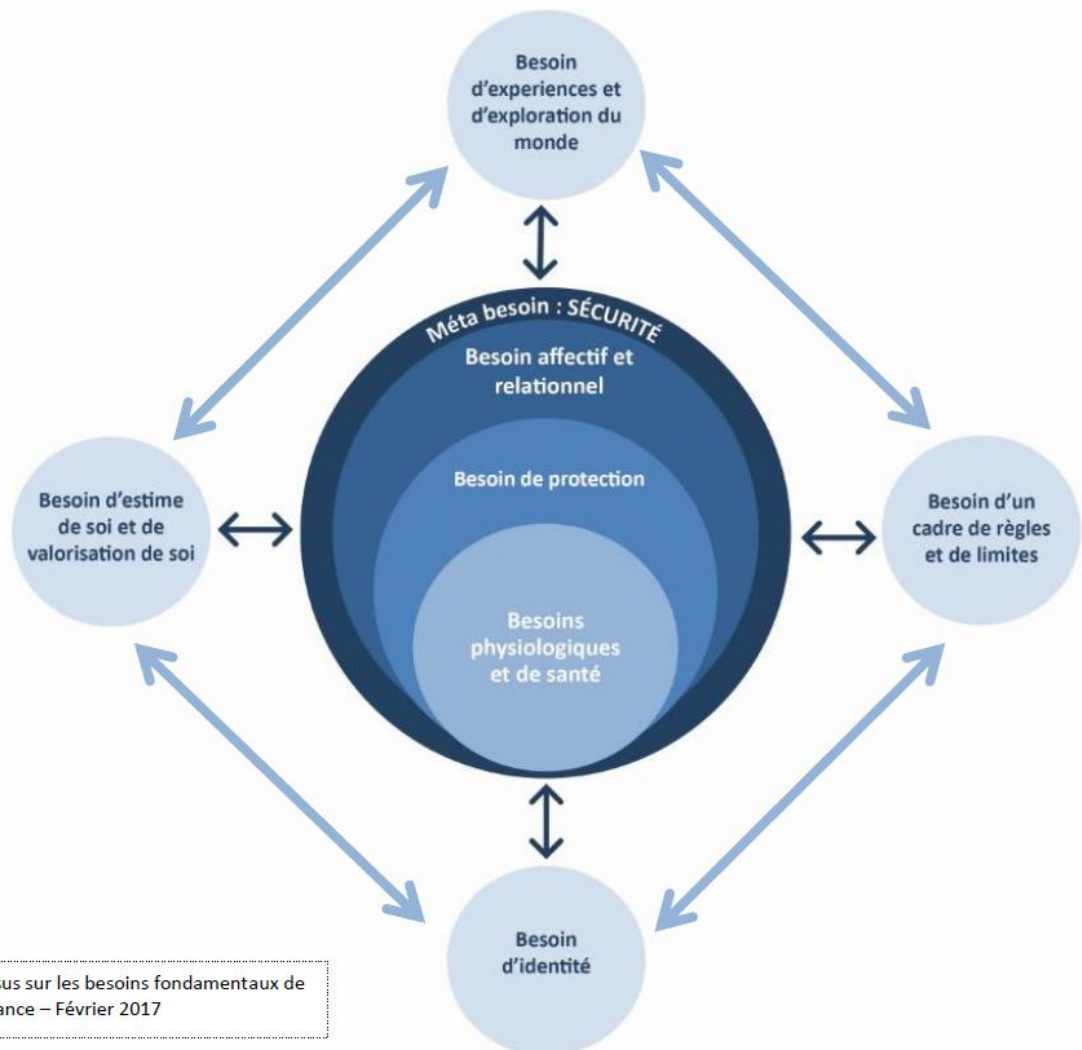
28. MG France. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
29. Compagnon C, Durand N, Del Volgo B, et al. Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles. Évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance. Paris: IGAS; 2018.
30. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. sept 2014;62(5):299-312.
31. Anne Tursz. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue Française des affaires sociales*. 2013;32 à 50.
32. Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine [Thèse de Médecine]. Université de Rennes 1; 2013.
33. Dauchy A. Connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en matière de Protection de l'Enfance. [Thèse de Médecine]. Université de Bretagne occidentale; 2018.
34. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Saint-Denis: HAS; 2014.
35. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Saint-Denis: HAS; 2017.
36. Tursz A., Barbe I, Barbier S, et al. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. Paris: Sénat; 2014.
37. ARS Océan Indien. Les médecins généralistes à La Réunion [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>
38. Eglin M. Secret partagé en protection de l'enfance: Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007. *Enfances & Psy*. 2008;39(2):65.
39. King G, Reece R, Bendel R, Patel V. The Effects of Sociodemographic Variables, Training, and Attitudes on the Lifetime Reporting Practices of Mandated Reporters. *Child Maltreat*. août 1998;3(3):276-83.
40. Tursz A, Greco C. La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? *Archives de Pédiatrie*. juill 2012;19(7):680-3.

41. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. *Ethics, Medicine and Public Health*. janv 2015;1(1):11-8.
42. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse & Neglect*. avr 2005;29(4):307-9.

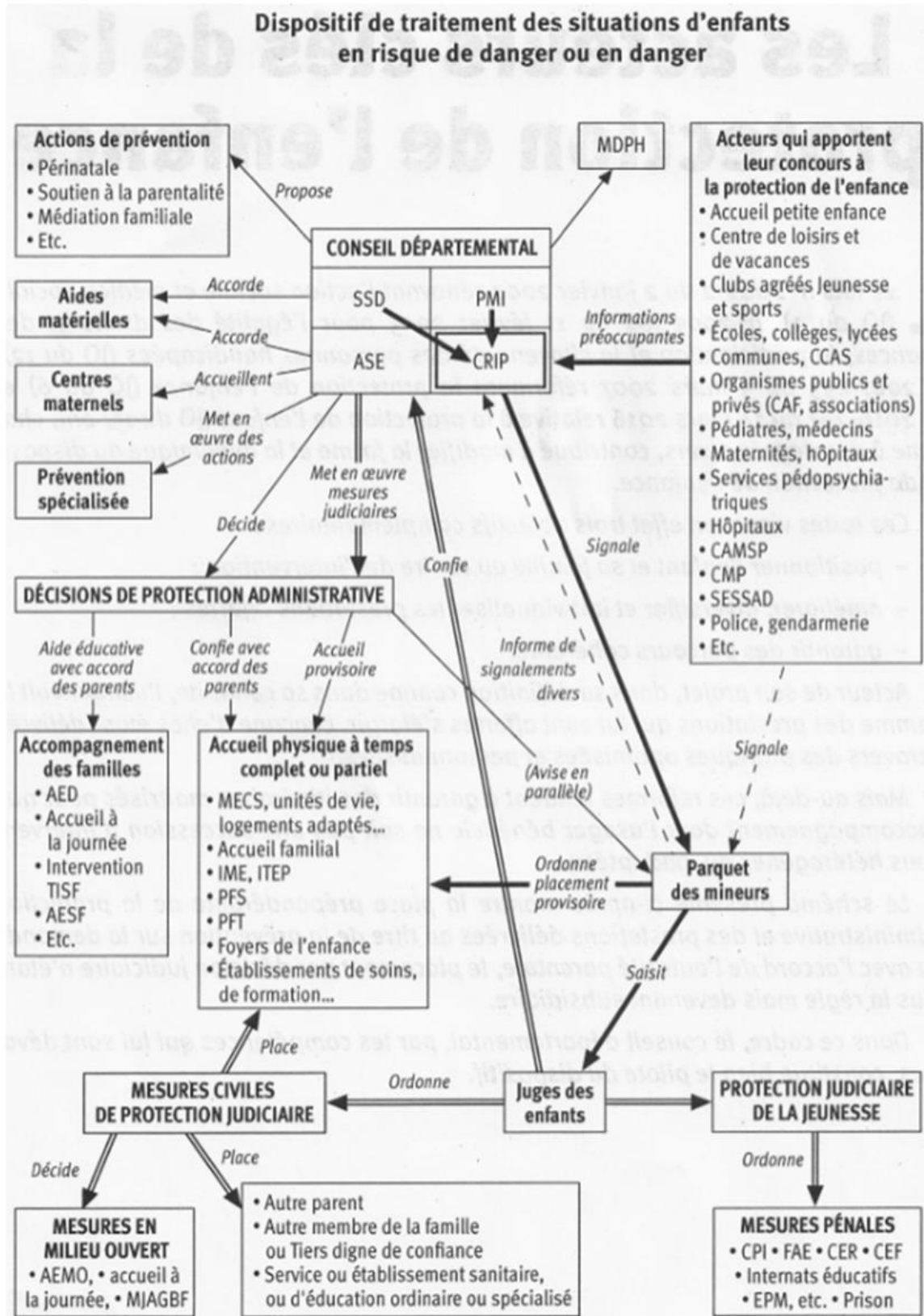
VII) Annexes

A) Annexe 1 : Carte des besoins fondamentaux de l'enfant

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



B) Annexe 2 : Dispositif de traitement des informations préoccupantes



C) Annexe 3 : Correction du questionnaire

A. Votre identité

- 1) Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

- 2) Quel âge avez-vous ?

- 3) Depuis combien d'années exercez-vous ?

- 4) Dans quelle zone démographique, exercez-vous ?
 - Cirques et Plaines
 - Ville (Moins de 20 000 habitants)
 - Ville (Entre 20 000 et 50 000 habitants)
 - Ville (Plus de 50 000 habitants)

- 5) Quel est votre type d'exercice ?
 - Cabinet de groupe
 - Seul en cabinet

- 6) Avez-vous déjà été formé en matière de protection de l'enfance :
 - Oui
 - Non

- 7) Si oui quelle forme :
 - Diplôme Universitaire
 - Congrès
 - Participation à un travail de thèse
 - Lecture de revue médicale
 - E-learning

- Dispositif de développement Professionnel Continu (DPC)
- Formation réalisée par les dispositifs de protection de l'enfance
- Autres :

B. Les différents services de protection de l'enfance

1) Connaissez-vous l'institution chargée de la protection de l'enfance dans votre département ?

- Oui
- Non

2) Si oui, laquelle ?

Le Conseil Départemental anciennement appelé Conseil Général est l'institution chargée de la protection de l'enfance dans le département.

L'éducation Nationale, La Justice, Les hôpitaux quant à eux sont des acteurs de la protection de l'enfance

3) Connaissez-vous des services qui exercent les missions de protection de l'enfance ?

- Oui
- Non

4) Si oui lequel ou lesquels connaissez-vous ?

Au sein du département, les services dépendant de la direction enfance famille (DEF) et exerçant les missions de protection de l'enfance sont : la CRIP, le service de l'aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la PMI.

Le SSD par sa lutte contre les exclusions participe à la protection de l'enfance en diminuant le risque de dysparentalité.

L'unité de victimologie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Saint-Denis, le SNATED, l'UNAF, l'UDAF, l'ALEFPA, le CMPEA, l'ARAJUFA sont des acteurs concourant à la protection de l'enfance.

Les pouponnières sont des établissements publics ou privés à caractère social ou sanitaire hébergeant des enfants dans le cadre de la protection de l'enfance.

Dans le cadre de la réorganisation de l'administration territoriale de l'État les DDASS ont été supprimées au cours de l'année 2010.

5) Connaissez-vous le rôle de chacun des services se chargeant de la protection de l'enfance ?

- Oui
- Non
- Pas vraiment

6) Connaissez-vous des mesures de protection dont peut bénéficier un enfant ?

- Oui
- Non

7) Si oui, laquelle ou lesquelles connaissez-vous ?

Les mesures de protections administratives, sans intervention de la justice sont : l'Aide Educative contractualisée à Domicile (AED), l'accueil à la journée de la famille, l'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (AESF), l'accompagnement des familles par un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Les enfants sous protection administratives peuvent bénéficier d'un Accueil Provisoire (AP) dans une Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), ou dans un Insitutut Médico-Educatif (IME) ou encore dans une famille.

Les mesures de protection judiciaires sont : l'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO), l'Aide à la Gestion du Budget Familial (AGBF).

L'enfant sous protection judiciaire peut être confié c'est-à-dire « placé » dans une famille ou un établissement habilité.

8) Connaissez l'existence d'un médecin référent de « Protection de l'enfance » au département ?

- Oui
- Non

9) Connaissez-vous le rôle du médecin référent de « Protection de l'enfance » auprès des médecins généralistes ?

- Oui
- Non

10) Connaissez-vous les coordonnées des différents services de protection de l'enfance ?

- Oui
- Non
- Je ne les connais pas tous

11) Si oui lequel ou lesquels connaissez-vous (nom des différents services) ?

C. Connaissance en matière de dépistage de l'enfant en danger

1) Connaissez-vous la(es) situation(s) associée(s) à un risque de maltraitance à rechercher chez l'enfant ?
(Facteurs de risques, antécédents...)

- Oui
 Non

2) Si oui, citez-la ou citez-les :

Les réponses attendues à cette question étaient :

- Prématurité
- Handicap
- Trouble de développement et/ou du comportement

3) Connaissez-vous la(es) situation(s) associée(s) à un risque de maltraitance à rechercher chez les parents ?

- Oui
 Non

4) Si oui, citez-la ou citez-les

Les réponses attendues à cette question étaient :

- Tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du post-partum, grossesse issue d'un viol, déni de grossesse, grossesse issue d'une union incestueuse, grossesse non désirée, grossesse gémellaire)
- Des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance
- Des violences conjugales
- Des addictions
- L'isolement social et surtout moral
- Des troubles psychopathologiques
- Faible niveau d'instruction maternel

5) Connaissez-vous les éléments présents cours du suivi et à l'examen clinique qui peuvent vous faire craindre une maltraitance chez les enfants de moins de 3 ans ?

- Oui
 Non
 Pas vraiment

- 6) Si oui, quel(s) signe(s) physique(s) présent(s) à l'examen clinique peuvent vous faire craindre une maltraitance ?

Les réponses attendues à cette question étaient :

- Retard de développement staturo-pondéral
- Mauvais suivi médical
- Toute lésion ne concordant pas avec l'explication fournie ou en l'absence de traumatisme retrouvé
- Ecchymoses chez un enfant ne se déplaçant pas encore
- Topographie particulière des ecchymoses (oreilles, joue, cou, face interne des bras et des cuisses)
- Multiples lésions d'âge différent ou blessure à répétition
- Lésions reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main
- Brûlure à bord net ou reproduisant la forme d'un objet
- Morsure
- Fracture chez un nourrisson ou fractures multiples
- Lésion d'organe creux (foie, pancréas)

- 7) Connaissez-vous les besoins fondamentaux d'un enfant ?

- Oui
 Non

D. Cadre légal concernant les lois de 2007 et 2016 réformant la protection de l'enfance

- 1) Avant ce questionnaire, avez-vous déjà entendu parler de ses réformes ?

- Oui
 Non

- 2) Connaissez-vous la différence entre une information préoccupante et un signalement ?

- Oui
 Non
 Pas vraiment

- 3) Si oui, à qui adresse-t-on une information préoccupante ?

A la Cellule de Recueil des Informations préoccupantes (CRIP)

4) Si oui, à qui adresse-t-on un signalement ?

Au Procureur de la République

5) Vous suspectez une maltraitance et vous rédigez une information préoccupante sans en informer la famille. La famille l'apprend et vous menace de porter plainte.

- Vous risquez jusqu'à 1 an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende pour avoir révélé une information à caractère secret
- Vous êtes protégés par les lois de la Protection de l'Enfance sur le partage d'information à caractère secret dans ce cadre et dans l'intérêt de l'enfant**
- Vous avez fait une faute professionnelle en n'informant pas les détenteurs de l'autorité parentale de votre écrit et risquez des sanctions du Conseil de l'Ordre
- Je ne sais pas

Réponse 2

E. Votre pratique et vos desideratas.

1) Eprenez-vous des difficultés de diagnostic de « maltraitance » de quelque nature que ce soit ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

2) Pensez-vous avoir déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'une Information Préoccupante ou d'un Signalement ?

- Oui
- Non

a) Si oui, avez-vous transmis un écrit formalisé ?

- Oui
- Non

b) Si oui, combien de fois depuis le début de votre carrière avez-vous rédigé une information préoccupante ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 20
- Plus de 20

c) Pensez-vous avoir déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'un Signalement ?

- Oui
- Non

d) Si oui, avez-vous transmis un écrit formalisé ?

- Oui
- Non

e) Si oui, combien de fois depuis le début de votre carrière avez-vous rédigé un signalement ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 20
- Plus de 20

3) Si vous avez déjà transmis une Information Préoccupante ou un Signalement, avez-vous rencontré des difficultés lors de ces démarches ?

- Oui
- Non

4) Si oui, lesquelles ?

- Au moment de l'annonce des parents
- Au moment de la rédaction
- Au moment du contact avec les institutions concernées
- Pour le suivi ultérieur
- La chronophagie de la démarche
- Autres suggestions

5) Lorsqu'un de vos patients a bénéficié de mesures relevant de la protection de l'enfance, avez-vous été informé en retour de l'évolution de la situation ?

- Oui
- Non

6) Si oui, sous quelle forme ?

7) Dans le cadre d'une situation à risque de Maltraitance envers un mineur, quels sont vos freins à la rédaction d'un écrit ?

- Crainte de faire un diagnostic erroné et d'être accusé de dénonciation calomnieuse
- Manque d'informations ou de formations théoriques et pratiques sur le sujet
- Peur de perdre le suivi et la confiance de la famille
- Peur de la réputation vis-à-vis du reste de la patientèle
- Manque de temps dans la prise en charge
- Absence de retour des prises en charge par les services de Protection de l'Enfance
- Autres :

8) Quelles sont vos desideratas dans le domaine de la Protection de l'Enfance ?

- Recevoir une formation spécifique dans le domaine de la Protection de l'Enfance
- Un accès à une ligne directe avec le Médecin Référent de « Protection de l'Enfance »
- Être informé de la prise en charge des mineurs relevant de mesures de Protection de l'Enfance.
- Être inclus dans le parcours de prise en charge du mineur relevant de mesures de Protection de l'enfance
- Recevoir un dépliant avec les numéros des différents services relevant de la protection de l'enfance
- Aucun
- Autres suggestions :

D) Annexe 4 : Lettre explicative du travail de thèse

Lettre d'introduction

Le 15/05/2020

Enquête auprès des Médecins Généralistes installés sur la « Protection de l'Enfance » à la Réunion.

Chers confrères, chères consœurs,

Je sollicite votre participation à ce questionnaire réalisé dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale.

Objectif : Faire un état des lieux des connaissances de la « maltraitance » chez l'enfant dans ce contexte de loi réformant la protection de l'enfance.

Modalité : Questionnaire ergonomique, anonyme et rapide (10min) composé de QCM (une ou plusieurs réponses possibles), de questions fermées (Oui/Non) et de QROC (questions à réponse ouverte courte).

La correction vous sera envoyée automatiquement à la fin de mon recueil de données.

Perspective : Permettre une meilleure coordination entre la médecine libérale et les services de protection de l'enfance.

Cette thèse est dirigée par le Docteur ABRIAL Françoise médecin référent de « Protection de l'enfance » à la Réunion.

Merci du temps accordé et de votre participation à mon travail de thèse.

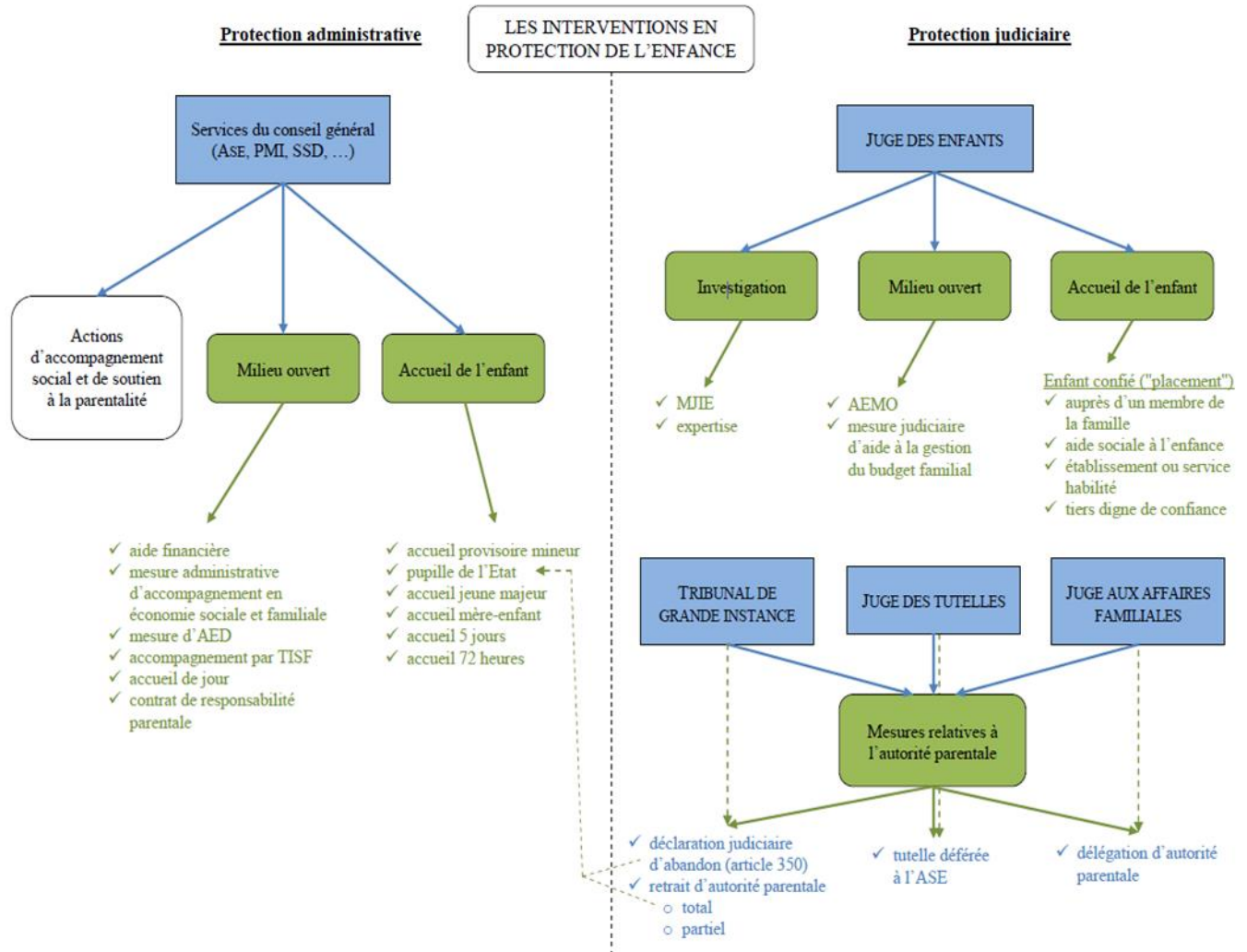
Confraternellement

BELLAY Florian, Interne de Médecine Générale Océan Indien.

@ : florian.bellay@gmail.com (pour toute demande d'informations complémentaires)

E) Annexe 5 : Schéma des différentes mesures de protection

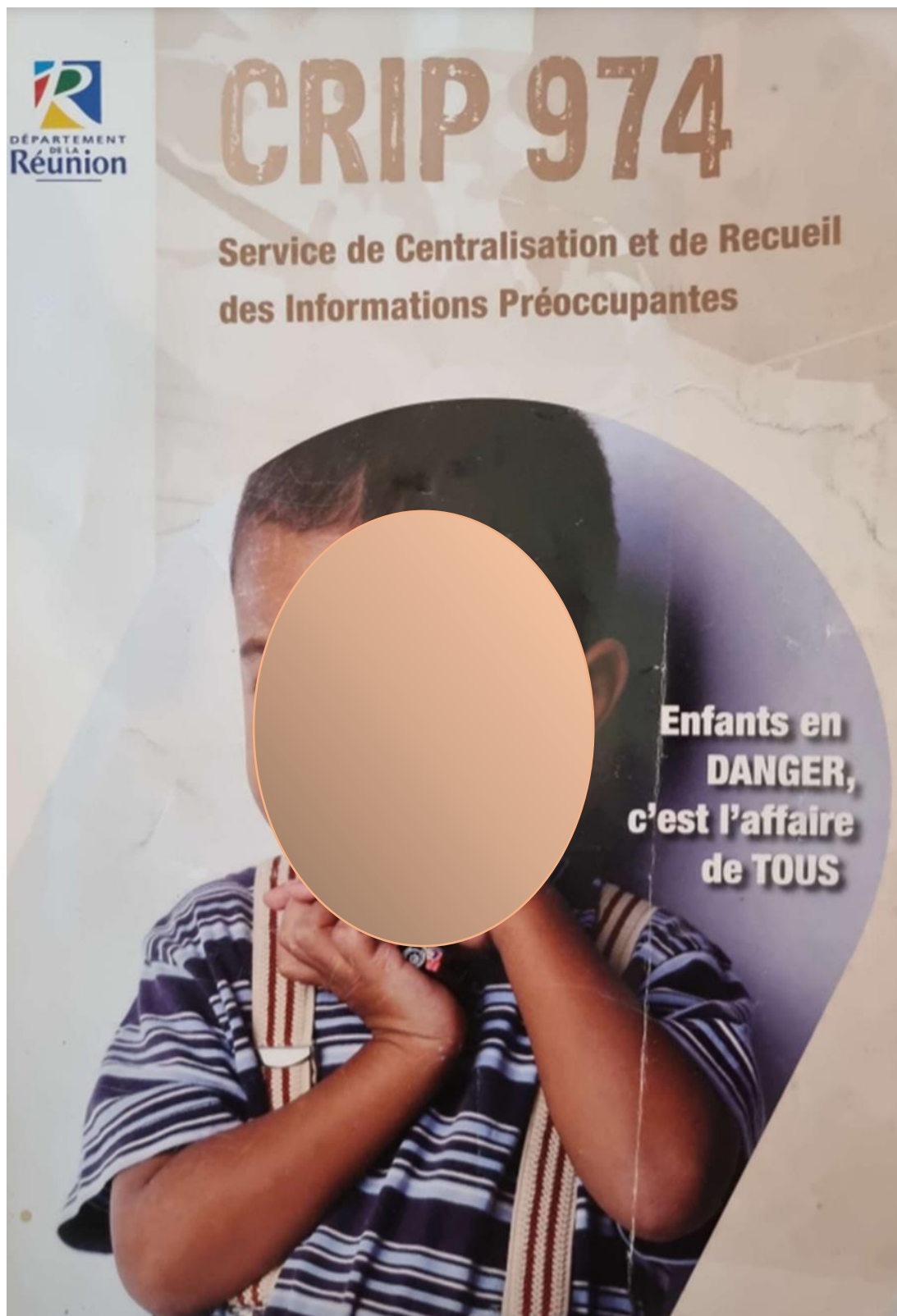
Source : Schéma réalisé par l'ONPE



F) Annexe 6 : Comment agir face à un enfant en danger
(dépliant explicatif)



G) Annexe 7 : Le « CRIP 974 » (dépliant informatif)



H) Annexe 8 : Les numéros utiles en cas d'enfants en danger

Comment agir face à un enfant en situation de danger ? Les numéros utiles

En cas de danger immédiat

Le Procureur de la République doit être avisé :

- Parquet Nord : 0262 40 23 48
- Parquet Sud : 0262 96 10 84
- Police : 17

En cas de situation préoccupante

Il faut le signaler au Conseil Départemental par le biais d'une IP :

- Par Téléphone avec le numéro vert national : 119
- Faxer le formulaire d'IP au service CRIP 974 : 0262 90 38 97

Ce formulaire est téléchargeable sur le site internet du département :

<https://www.departement974.fr/enfance-famille>

Si besoin de conseils technique, le service CRIP est joignable au numéro : 0262 90 30 57

Autres Coordonnées et liens utiles :

Unité de Victimologie CHU Nord : 0262 90 57 20 (reçoit sur RDV)

Médecin référent « protection de l'enfance » : 0692 97 42 82

I) Annexe 9 : Numéros des différents centres de PMI et des CPF

LES CENTRES DE PMI

Service central : 0262 90 33 24

SECTEUR NORD

| | |
|--------------------|---------------|
| Saint-Denis | |
| Bellepierre | 0262 94 06 10 |
| La Montagne | |
| Camélias | |
| Saint-François | 0262 30 36 27 |
| Montgaillard | |
| Le Chaudron | 0262 97 47 50 |
| Sainte-Clotilde | 0262 28 82 71 |
| Sainte-Marie | |
| Rivière des Pluies | 0262 72 91 24 |
| Sainte-Suzanne | 0262 52 20 49 |

SECTEUR EST

| | |
|----------------------|---------------|
| Saint-André | |
| Salazie | 0262 46 01 45 |
| Cambuston | |
| Cressonnière | 0262 46 06 64 |
| Bras-Panon | |
| Saint-Benoît I | 0262 51 53 53 |
| Saint-Benoît II | |
| Plaine des Palmistes | 0262 50 75 09 |
| Sainte-Rose | |

SECTEUR OUEST

| | |
|------------------------|---------------|
| Saint-Paul ville | 0262 45 95 90 |
| La Possession | 0262 22 20 36 |
| Bois de Nèfles St-Paul | 0262 44 37 37 |
| Saint-Gilles les Hauts | 0262 22 70 83 |
| Saint-Leu | |
| Trois-Bassins | 0262 34 20 88 |
| Le Port I | 0262 91 78 60 |
| Le Port II | |
| Rivière des Galets | 0262 43 38 20 |

SECTEUR SUD

| | |
|---------------------|---------------|
| Terre-Sainte | 0262 96 24 80 |
| Saint-Pierre | 0262 96 90 60 |
| Saint-Joseph | |
| Saint-Philippe | 0262 56 48 98 |
| Petite-Île | 0262 56 81 20 |
| Ravine des Cabris | 0262 49 50 49 |
| Le Tampon | 0262 59 55 21 |
| Plaine des Cafres | |
| Trois-Mares | 0262 27 59 12 |
| Étang-Salé | |
| Les Avirons | |
| Entre-Deux | 0262 91 49 21 |
| Saint-Louis | 0262 91 22 30 |
| Rivière Saint-Louis | |
| Cilaos | 0262 39 75 80 |

LES CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE

| | |
|---------------------|---------------|
| Saint-Denis | 0262 21 08 71 |
| Saint-André | 0262 46 03 54 |
| Saint-Benoît | 0262 50 75 09 |
| Saint-Paul | 0262 22 51 56 |
| Le Port | 0262 42 83 85 |
| Saint-Pierre | 0262 25 10 14 |
| Saint-Louis | 0262 91 22 30 |
| Rivière Saint-Louis | 0262 39 75 80 |
| Saint-Joseph | 0262 56 50 46 |
| Le Tampon | 0262 27 05 95 |

Toutes les informations sur www.departement974.fr

J) Annexe 10 : Fiche de recueil d'information préoccupante

3/ Fiche-type pour les autres partenaires/professionnels (cadre de référence de l'information préoccupante)



FICHE DE RECUEIL D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES

Relatives à un mineur en danger ou en risque de danger

A transmettre à la CRIP 974 sous pli confidentiel (cellule de recueil des informations préoccupantes)

Conseil Départemental de la Réunion
Direction Famille Enfance
CRIP 974
2, rue de la Source
97488 SAINT-DENIS Cedex
Tél : 0262 90 39 70 ou 90 33 95
Fax : 02 62 90 38 97

⇒ NB : En cas de nécessité de protection immédiate, la transmission écrite doit toujours être doublée d'un appel téléphonique aux autorités concernées

NB : L'efficacité de l'intervention qui va faire suite à l'information préoccupante dépendra beaucoup de la précision des premières informations récoltées.

NB : en cas de signalement direct au procureur de la République (faits particulièrement graves ou constitutifs d'une possible infraction pénale), transmettre parallèlement une copie à la CRIP 974.

Information préoccupante rédigée par :

Date :

Lieu :

Nom et prénom :

Organisme :

Service :

Fonction

Adresse :

Téléphone (ligne directe) :

Mineurs concernés faisant l'objet de l'information préoccupante :

| Nom | Prénom | Date et lieu de naissance | Ecole ou mode d'accueil pour mineurs de moins de 6 ans ou autre à préciser | Classe | Sexe (F ou G) |
|-----|--------|---------------------------|--|--------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Adresse précise du ou des mineurs concernés :

Situation connue ? Existence d'un suivi en cours ou passé ? à préciser :

Statut du mineur le cas échéant :

Autres enfants de la fratrie non concernés par l'information préoccupante :

Autorité parentale et ou adultes référents :

| | Titulaire de l'AP : oui ou non | Nom | Prénom | Date et lieu de naissance | Profession | Adresse précise (notamment <u>code d'accès si immeuble</u>) et téléphone |
|--------|--------------------------------|-----|--------|---------------------------|------------|---|
| Père | | | | | | |
| Mère | | | | | | |
| Autres | | | | | | |

Descriptif circonstancié mais succinct des faits et nature du risque ou du danger constaté ou supposé : faits constatés directement ou rapportés, sans jugement de valeur, les faits sont-ils actuels, fréquents ? Personne(s) mises en cause/auteurs supposés, nature de la carence parentale, propos de l'enfant sans reformulation, situation familiale, problématiques familiales à l'origine du risque ou du danger, personnes et/ou enfants vivant au domicile, contexte de vie de l'enfant, histoire, rappel des interventions/mesures en cours des autres services qui connaîtraient la situation, brève analyse et proposition du type d'intervention souhaité :

Anonymat demandé par le signalant : oui non

Les parents ont-ils été avisés de la transmission de cette information préoccupante : · Oui · Non
Si non, pourquoi ? :.....

Les faits ont-ils été constatés médicalement ? · Oui · Non
Si oui, par qui ? :

Date :

Signature :

RESUME / ABSTRACT

Connaissances des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion en 2020 sur le repérage et le signalement des enfants en danger

Résumé

Introduction : Le but de cette étude était d'évaluer la capacité des médecins généralistes à repérer et signaler un enfant en danger. Les objectifs secondaires étaient d'apprécier leurs connaissances concernant le maillage de la protection de l'enfance et leurs attentes envers les services de protection de l'enfance.

Méthodes : Un questionnaire numérique anonyme a été diffusé auprès des médecins généralistes libéraux installés à La Réunion. Seuls les médecins généralistes installés étaient inclus dans l'étude. Un score évaluant la capacité des médecins généralistes à repérer et signaler un enfant en danger a été réalisé.

Résultats : Le recueil des données s'est effectué du 22/05/2020 au 01/09/2020. Au total 761 médecins ont été sollicités et 75 ont répondu au questionnaire. Parmi les répondants, 20 médecins ont été exclus car ils n'avaient renseigné aucune réponse pour les questions relatives au score de connaissance. La moyenne obtenue au score de connaissance était de 5,82 sur 12, avec un écart-type de 2,72. La médiane était de 5,33. Parmi les participants, 39% ne connaissait pas les besoins fondamentaux d'un enfant et 84% des médecins ignoraient l'existence du médecin référent protection de l'enfance.

Conclusion : Les connaissances des médecins généralistes leur permettant de repérer un enfant en danger et d'en alerter les autorités compétentes sont insuffisantes. Ce résultat montre que le déni et la méconnaissance du sujet persiste en dépit des réformes.

Discipline : Médecine générale, Pédiatrie

Mots clés : Médecine générale, maltraitance infantile, protection de l'enfance

Knowledge of liberal general practitioners installed in Reunion in 2020 about their ability to early diagnosis a child abused and to alert the competent authorities

Abstract

Introduction : The aim of this study was to assess the ability of general practitioners to identify and report an abused child. The secondary objectives were to assess their knowledge of the child protection system and their expectations of child protection services.

Methods : An anonymous digital questionnaire was distributed to liberal general practitioners installed in Reunion Island. Only installed general practitioners were included in this study. A score evaluating the ability of general practitioners to identify and report an abused child have been created.

Results : Data collection took place from 05/22/2020 to 09/01/2020. A total of 761 physicians have been contacted and 75 physicians answered the survey. Among the respondents, 20 physicians were excluded because they did not provide any answers for the questions relating to the knowledge score. The mean obtained for the knowledge score was 5.82 out of 12, with a standard deviation of 2.72. The median was 5.33. Among the participants, 39% didn't know the basic needs of a child and 84% of the physicians were unaware of the existence of the referring physician for child protection.

Conclusion : The knowledge of general practitioners allowing them to identify an abused child and alert the competent authorities is insufficient. This result shows that the denial and ignorance of the subject persist despite the reforms.

Discipline : General practice, Pediatrics

Keywords : General practice, child abuse and neglect, child welfare