



Évaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement pour les médecins généralistes du Calvados

Ludmila Cousseau

► To cite this version:

Ludmila Cousseau. Évaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement pour les médecins généralistes du Calvados. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03561962

HAL Id: dumas-03561962

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03561962>

Submitted on 8 Feb 2022

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 06 octobre 2021

Par

Me COUSSEAU Ludmila

Née le 21 juin 1989 à Paris (75008)

TITRE DE LA THÈSE :

Evaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement pour les médecins généralistes du Calvados.

Président : Monsieur le Professeur BROUARD Jacques

Membres : Monsieur le Docteur HEUZE Nicolas « Directeur de thèse »

Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

Madame le Docteur GARNIER-JARDIN Céline

Monsieur le Professeur LAUNOY Guy

Madame le Docteur NOEL DE JAEGER Sophie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie

M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUI Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-
opératoire	
M. HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-
faciale	
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et
traumatologique	
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de

communication

M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention		
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale

Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Monsieur le Professeur Brouard

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Dr Couette

Je tiens à vous remercier pour votre participation à ce jury de thèse. Pour m'avoir ouvert les portes de votre cabinet et pour votre engagement auprès de la formation des internes en médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Pr Launoy

C'est un honneur que vous me faites en jugeant ce travail. Soyez assuré de mon estime et de ma considération.

Madame la Dr Noel De Jaegher

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de mon estime et de ma considération.

Monsieur le Dr Heuze

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Je te remercie pour ta bienveillance, tes précieux conseils et ton soutien tout au long de ce travail.

Madame le Dr Garnier Jardin

Je vous remercie pour votre aide et intérêt au cours de ce travail. Soyez assuré de mon estime et de ma considération.

A la CRIP du Calvados,

Pour son aide dans ce travail.

A l'URML,

Madame Laurence Burnouf pour l'aide logistique à l'envoi de questionnaires.

A tous les Médecins et Professeurs que j'ai croisé au cours de mon cursus,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et transmis pour ma pratique future.

Plus personnellement,

A ma maman,

Pour ton soutien indéfectible et ton amour. Toi qui as toujours été là dans les moments de doute, qui m'a tant transmis et qui fait preuve d'un courage sans faille, merci.

A mon frère,

Pour ton soutien et le bonheur de vous voire être parents avec Céline.

A mes tout jeunes neveux, Robin et Adrien,

Que j'apprends à découvrir chaque jour. Peut-être liront ils ces mots dans quelques années.

A ma grand-mère Adrienne,
Pour m'avoir offert tant d'amour.

A Loïc,
Pour le bonheur de partager ma vie à tes côtés. A la joie de te voir également devenir un Docteur que j'admire. Merci pour ton amour, ton rire, tes conseils et soutien au quotidien.

A mon père,
Dont le temps nous a apporté sérénité et acceptation, merci pour ces beaux voyages qui resteront gravés.

A ma famille,
Pour leur amour et soutien.

A Catherine, Éric et Romain
Pour m'avoir accueillie avec tant de bienveillance dans votre famille, à tous ces bons moments déjà partagés ensemble et ceux à venir.

A Pierre et Gersende,
Pour toutes vos petites attentions et au plaisir à chaque fois de se retrouver.

A mes amis d'enfance de Louviers, pour cette précieuse complicité qui dure depuis tant d'années.

A la meute, mes amis de Paris 7 Bichat-Lariboisière, loin des yeux mais tellement près du cœur ! Au bonheur de nos éternelles retrouvailles.

A mes collègues du cabinet de Potigny, de Cormelles le Royal et anciens collègues de la Rivières Saint Sauveur et de l'EPSM.

Abréviations

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

AESF : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

ODAS : Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger (nommé désormais ONPE)

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance (anciennement nommé ONED)

ONU : Organisation des Nations Unies

PPE : Projet Pour l'Enfant

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RIP : Recueil d'Information Préoccupante

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

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

TISF : Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale

UMJ : Unité Médico Judiciaire

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds d'urgence international des Nations unies pour l'enfance)

URML : Union Régionale des Médecins libéraux

INDEX des figures

Figure 1: Base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2018.	7
Figure 2 : Circuit des appels du SNATED en 2019	9
Figure 3 : Localisations des zones de lésions suspectes (A) et accidentelles (B).	13
Figure 4 : Photographie de flagellations.	14
Figure 5 : Photographie d'ecchymose de la joue.	14
Figure 6 : Photographie d'ecchymose de localisation suspecte.	15
Figure 7 : Photographie d'ecchymose du visage d'un nourrisson.	15
Figure 8 : Photographie d'ecchymose de la racine du bras.	15
Figure 9 : Marques cutanées de brûlure par contact avec différents objets et immersion.	16
Figure 10 : Lésions par ébouillement (A) et lésions zébrées avec respect des fesses (en « doughnut ») (B).	17
Figure 11 : Lésions suspectes et lésions accidentelles.	17
Figure 12 : Photographie d'une lésion cutanée d'un enfant ligoté.	18
Figure 13 : Photographie d'ébouillement.	18
Figure 14 : Photographie d'alopécie par tirage violent de cheveux.	20
Figure 15 : Photographie du syndrome du tourniquet.	20
Figure 16 : Photographie de signes d'hypertension intracrânienne : macrocraînie et yeux en « coucher de soleil ».	23
Figure 17 : Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des IP.	43
Figure 18 : Déroulé de l'enquête.	60
Figure 19 : 1ère page de l'outil d'information.	63
Figure 20 : 2ème page de l'outil d'information.	64
Figure 21 : 2ème page de l'outil d'information (suite)	65
Figure 22 : 3ème page de l'outil d'information.	66
Figure 23 : 3ème page de l'outil d'information (suite)	67
Figure 24 : Diagramme de flux	69
Figure 25 : Histogramme des scores Q1 et Q2.	72

INDEX des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants aux questionnaires 1 et 2.....	71
Tableau 2 : Comparaison des médianes des scores.....	73
Tableau 3 : Comparaison des réponses des médecins au 1er questionnaire (Q1) et au 2ème questionnaire (Q2).....	75
Tableau 4 : Les professionnels à contacter et les aides proposées suite à une IP. Comparaison des réponses au 1er questionnaire (Q1) et au 2ème questionnaire (Q2).	77
Tableau 5 : Comparaison de la population ayant répondu à Q1 uniquement avec la population ayant répondu à Q1 et Q2.....	78

Annexes

Annexe 1 : Les interventions en protection de l'enfance.	93
Annexe 2 : Modèle de signalement.	94
Annexe 3 : Mail envoyé aux médecins généralistes du Calvados.	96
Annexe 4 : Lettre d'information et de consentement éclairé.	99
Annexe 5 : 1er questionnaire (Q1)	101
Annexe 6 : 2ème questionnaire (Q2).....	105
Annexe 7 : L'outil d'information.....	108
Annexe 8 : Avis du Département de Médecine Générale concernant la diffusion du questionnaire.....	111
Annexe 9: Engagement de conformité	113

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
A. La maltraitance	3
1. Définition.....	3
2. Epidémiologie	5
3. Types de Maltraitance	11
a) Physique	12
b) Psychologique.....	23
c) Négligence	25
d) Sexuelle	26
e) Cas particulier : la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)	27
4. Les facteurs de risques de maltraitance	28
a) Facteurs de risques liés à l'enfant.....	29
b) Facteurs de risques liés aux parents.....	30
5. Les conséquences de la maltraitance infantile	32
B. Législation.....	35
1. Histoire de la protection de l'enfance.....	35
2. La loi du 5 mars 2007	41
a) Création des Cellules de Recueils des Informations Préoccupantes.	41
b) Le Secret partagé.....	43
c) Les actions déclenchées	45
3. La loi du 14 mars 2016	48
4. La procédure pour les médecins	50
C. Le dépistage de la maltraitance infantile par les médecins généralistes. ...	53
1. Les freins.....	53
2. Pistes d'amélioration	57
II. MATERIEL ET METHODE	59
A. Choix de la méthode.....	59

B. Caractéristiques des questionnaires	59
1. Forme	59
2. Fond	61
C. Population étudiée.....	62
D. L’outil d’information	62
E. Critère de jugement principal	68
F. Période de l’enquête.....	68
G. Saisie et exploitation des données	68
III. RESULTATS.....	69
IV. DISCUSSION	79
A. Principaux résultats.....	79
B. Validité interne	80
C. Validité externe	81
D. Limites	83
V. CONCLUSION.....	84
VI. BIBLIOGRAPHIE	86
VII. ANNEXES	93

I. Introduction

La maltraitance infantile est un enjeu de santé publique majeur tant elle entraîne des répercussions à court et long terme. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), on estime à 10 % le nombre d'enfants victimes de maltraitance dans les pays à haut revenus. Le rapport ministériel de mai 2018 en France reporte (1) qu'un enfant est tué par l'un de ses parents tous les cinq jours. C'est un phénomène constant avec 72 morts d'enfants en moyenne par an. Selon une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 15 % des hommes et 8,4 % des femmes déclarent avoir subi des violences physiques de manière continue durant l'enfance et l'adolescence, ce qui correspond à 11,6 % de l'ensemble de la population. Parmi eux, seulement 6,1 % de ces hommes et 12,3 % de ces femmes auraient alors été pris en charge par des services de protection de l'enfance (soit 8,5 % de l'ensemble)(2). Il apparaît donc comme un élément prioritaire de la lutte contre la maltraitance infantile, de savoir repérer et, ce de manière le plus précoce possible, des situations de maltraitance.

Parmi les compétences du médecin généraliste, définies par le Collège National des Enseignants, nous retrouvons le dépistage, c'est à dire la capacité à accompagner le patient pour maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux (3). Il apparaît donc du rôle du médecin généraliste de dépister les situations de maltraitance infantile.

Depuis la loi du 5 mars 2007, chaque département est doté d'une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) et charge le président du conseil départemental : du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les enfants en danger ou en risque de danger. Le recueil des informations préoccupantes montre que la majeure partie provient de l'éducation nationale, du 119 ou du tribunal et non du milieu médical où celui-ci ne représente que 1 à 5% (4).

Pourtant, dès l'âge de 2 ans, 80 % des enfants sont régulièrement suivis dans un cabinet libéral, dont 60 % d'entre eux par un médecin généraliste, dont la part continue d'augmenter au cours du temps (5).

De nombreuses études ont cherché à comprendre les freins au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance infantile chez les médecins généralistes. Les résultats de ces études mettent en avant, un manque de formation et de connaissance, vis-à-vis de la réalisation d'une information préoccupante et d'un signalement (6)(7)(8).

Parmi les voies d'amélioration suggérées, de nombreux médecins généralistes étaient favorables à l'utilisation d'un guide d'information simple à utiliser et mentionnant les différents organismes à contacter.

Nous avons donc dans cette étude cherché à créer et à évaluer un outil d'information simple et adapté au département, en espérant ainsi faciliter et améliorer la prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Calvados.

A. La maltraitance

1. Définition

Afin de pouvoir saisir l'ampleur de la maltraitance infantile et d'améliorer sa prévention, il est nécessaire de définir de manière la plus précise possible, ce qu'est la maltraitance infantile. Il est important d'établir une définition commune, permettant son repérage et sa quantification statistique.

La définition de la maltraitance a initialement été définie dans la Convention internationale des droits de l'enfant de l'ONU de 1989 dans l'article 19, comme « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle » (9). Cela correspond à la première reconnaissance internationale des mineurs comme « individus à part entière, porteurs de droits sociaux, économiques, civils, culturels et politiques – des droits fondamentaux, obligatoires et non négociables »(10).

Selon l'OMS, la maltraitance envers un enfant désigne « les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir »(11).

Elle distingue quatre types de « violence » envers les enfants : la violence physique, sexuelle, psychologique, et la négligence.

La « violence physique » correspond à l'usage délibéré de la force physique contre un enfant, qui entraîne ou risque d'entraîner un risque pour sa santé, sa survie, son développement ou sa dignité.

La « violence sexuelle » ne se limite pas au viol, mais concerne tous les actes à connotation sexuelle imposés à l'enfant, qu'il n'est pas pleinement capable de

comprendre et de consentir ou, qui ne sont pas en accord avec son développement. Les mutilations sexuelles, la prostitution, la pédopornographie et le fait de le rendre témoin d'actes ou d'images à caractère sexuel : masturbation, relations sexuelles, pornographie, etc. sont considérés comme des violences sexuelles.

La « violence psychologique » correspond au fait de ne pas fournir un environnement favorable au développement de l'enfant, suite à des événements isolés ou répétés. Les incidents de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants, et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile.

La « négligence » concerne, de la part de l'un des parents ou membres de la famille, de ne pouvoir subvenir au développement et au bien-être de l'enfant, s'il est en mesure de le faire dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé ; éducation ; développement affectif ; nutrition ; foyer et sécurité.

La Haute Autorité de santé (HAS) va introduire dans sa définition, la notion de « danger », primant sur celle de « maltraitance », permettant ainsi d'ouvrir la voie à la prévention en élargissant ses champs d'actions. Cette notion de « danger », moins limitée que celle de « maltraitance », est réaffirmée comme déterminante par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (12).

Selon l'HAS la maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice » (Article 375 du Code civil) (13).

Les mineurs en « danger » sont distingués en deux sous catégories par l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) (14) :

- Les enfants en risque de maltraitance : « tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ».
- Les enfants maltraités : « tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violence psychologique, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ».

Cette notion de « danger » intégrant, en plus de la maltraitance, la dimension du risque est désormais le critère unique sur lequel repose le Code civil et le Code de l'action sociale et des familles. C'est ce critère de « danger » ou « risque de danger » qui permet de justifier une intervention de protection sociale ou judiciaire.

2. Epidémiologie

A l'échelle mondiale :

Chaque année, on estime dans le monde qu'un milliard d'enfants (15), soit près d'un enfant sur deux est confronté à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques pouvant engendrer des traumatismes, handicaps voire le décès (16).

Selon les études internationales, un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance. Environ 20% des femmes et 5% à 10% des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle durant leur enfance (17).

L'OMS estime que chaque année, 41 000 enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicides (11).

Les chiffres sont certes importants, mais sous-estiment très certainement l'ampleur réel du problème. En effet, les études internationales rapportent le plus souvent les cas de maltraitance physique et d'homicide, les cas de violence psychologique et négligence sont plus difficilement rapportés. Il reste également des infanticides passant inaperçus, attribués à tort à d'autres causes (noyade, chute...). Selon les estimations mondiales relatives aux infanticides, les nourrissons et les très jeunes enfants sont les plus exposés (majoritairement de la naissance à 4 ans) (18).

En France :

Au cours des années 90-2000, différents rapports publics ont pointé la nécessité de développer l'observation et l'évaluation dans le champ de la protection de l'enfance. Ces constats sont notamment repris dans le rapport de Pierre Naves de 2003 : « Pour et avec les enfants et adolescents, leurs parents et les professionnels – contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence » (19).

Ces constats aboutiront à la création en 2004 de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) (loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004) dont les 3 missions principales sont : le recensement et le développement de données chiffrées ; l'analyse et la diffusion des pratiques de prévention et d'intervention ; apporter son soutien aux différents acteurs de la protection de l'enfance.

Voici les chiffres relevés par l'ONPE dans son quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement de mai 2020 (20) :

L'ONPE rapporte au 31 décembre 2018, que 2.1% des mineurs (soit 306 800 mineurs) sur toute la France (hors Mayotte) bénéficient d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance.

110 035 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants durant l'année 2018.

122 mineurs victimes d'infanticides ont été enregistrées par les forces de sécurité, dont 80 dans le cadre intrafamilial. Les deux tiers des victimes ont moins de cinq ans. Cependant, ces chiffres sont à interpréter avec précaution car peuvent être sous-estimés. En effet ne sont rapportés que les cas connus des services de police et de gendarmerie. Il n'existe à ce jour aucun recensement des décès par mort violente au sein de la famille. L'obstacle à obtenir ce recensement provient du fait qu'une procédure judiciaire et un report national ne sont pas obligatoirement établis lors de certains décès dus à une maltraitance en intrafamilial. Comme évoqué précédemment certains décès sont attribués de manière erronée, à d'autres causes.

Les services de police et de gendarmerie ont enregistré en 2018, suite à un dépôt de plainte, 63 033 mineurs victimes de violences physiques, dont 39% dans la sphère familiale (figure 1). Concernant les violences sexuelles, en 2018, les forces de sécurité ont enregistré près de 23 600 mineurs victimes, un chiffre en hausse de 7 % par rapport à 2017 qui s'inscrit dans une tendance à l'augmentation de ces plaintes depuis 2010. Les infractions sont constatées suite à une plainte déposée par une victime, à un signalement, un témoignage, un délit flagrant, une dénonciation, mais aussi sur l'initiative des forces de sécurité elles-mêmes.

Figure 1: Base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2018.

	NOMBRE DE VICTIMES					DONT NOMBRE DE VICTIMES EN INTRAFAMILIAL						TAUX DE VICTIMATION (%)		
CATÉGORIE D'INFRACTIONS	ENSEMBLE	SEXE FÉMININ		SEXE MASCULIN		ENSEMBLE		SEXE FÉMININ		SEXE MASCULIN		ENSEMBLE	SEXE FÉMININ	SEXE MASCULIN
		NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%			
VIOLENCES PHYSIQUES	63 033	25 031	40	38 002	60	24 805	39	11 707	47	13 098	53	4,3	3,5	5,1
VIOLENCES SEXUELLES	23 560	18 736	80	4 824	20	7 260	31	5 734	79	1 526	21	1,6	2,6	0,6
... DONT VIOLS	8 796	7 115	81	1 681	19	2 708	30	2 157	80	551	20	0,6	1,0	0,2
... DONT HARCELEMENT ET AGRESSIONS SEXUELS	14 764	11 621	79	3 143	21	4 552	31	3 577	79	975	21	1,0	1,6	0,4

Source : SSMSI, base des victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2018 (extraction de janvier 2019). Champ : France métropolitaine.

Un autre service national permet également l'observation de la maltraitance infantile : le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) crée en 1989. Il gère le numéro d'appel gratuit, le 119 (« Allô enfance maltraitée ») et a pour mission de conseiller, d'orienter les appelants et de transmettre si besoin, les

informations à la Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes du département concerné.

Le SNATED et l'ONPE forment ensemble, le Groupement d'Intérêt Public (GIP) Enfance en Danger.

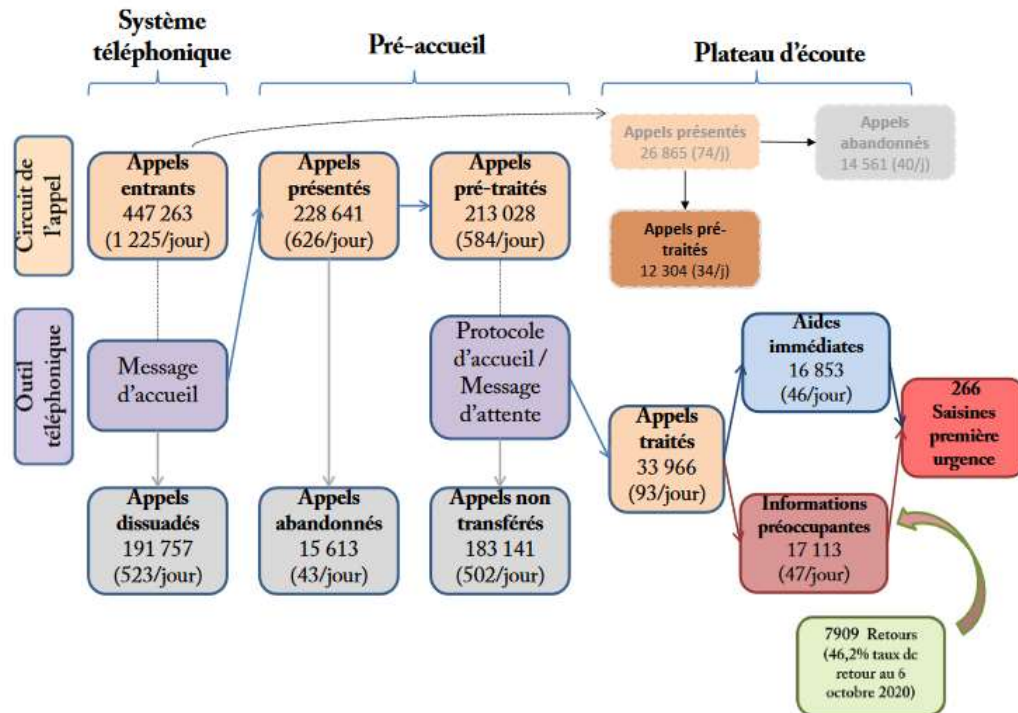
Voici les chiffres relevés par le SNATED (21):

Le SNATED a reçu en 2019, 447 263 appels (soit 1 225 appels par jour) dont 33 966 ont été traités (soit 93 par jour). Il s'agit, pour la moitié d'informations préoccupantes (IP) adressées à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du département concerné et, pour l'autre moitié il s'agit de missions de soutien, de conseil et d'orientation. Il y a eu 266 mises à l'abri immédiates du mineur par saisies des services d'urgences (police, pompiers, SAMU, gendarmerie).

Les appels non traités concernent :

- Les appels dissuadés : appels raccrochés par l'appelant pendant le message d'accueil ou appels pour lequel l'appelant est incité à interrompre son appel qui ne concerne pas les missions du service.
- Les appels abandonnés : appels raccrochés par l'appelant avant d'avoir pu être pris en charge par le pré-accueil ou le plateau d'écoute.

Figure 2 : Circuit des appels du SNATED en 2019



Source : SNATED. Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019. Figure 5

Le confinement, une période particulière pour le SNATED (22) :

Durant la période du premier confinement lié à la pandémie de SARS-Cov-2 du 17 mars au 11 mai 2020, une hausse importante des appels a été observée essentiellement grâce à des campagnes de communication (spot tv, radios, internet...). Le nombre d'appels a augmenté de 56,2 % par rapport à la période équivalente en 2019. Le nombre d'informations préoccupantes adressées par le 119 aux services départementaux a augmenté de 30,4%. Durant cette période la moitié des appels traités ont donné suite à une information préoccupante.

Le recours direct aux services de police et de gendarmerie ou au Samu par les écoutants du 119 a augmenté de 113,5%.

Durant la période de confinement des faits de violences psychologiques ont été plus nombreux à être signalés, (cris et violences verbales d'adultes et des pleurs d'enfants).

Cependant il y a eu une baisse des appels concernant les faits de négligence et de violence sexuelle.

Cette communication nationale, importante durant le confinement, a permis au 119 de développer ses outils de communication, comme la création d'un formulaire en ligne afin d'évoquer une situation individuelle, la réactualisation de l'affiche du 119 ...

Enfin, dans le même ordre que la confidentialité des appels, le SNATED a mis en place une fonctionnalité permettant aux internautes de « supprimer les traces de leur visite » sur le site internet www.allo119.gouv.fr. La page de ce formulaire est la page la plus vue sur le site internet du 119 depuis le 2 avril 2020.(22)

Au niveau de l'éducation nationale

La direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) délivre des statistiques nationales des signalements et informations préoccupantes effectués dans le cadre de l'éducation nationale.

En 2015-2016, le nombre d'élèves concernés par une transmission d'information préoccupante, ou par un signalement au procureur de la République, s'élève à environ 38 000, soit 3,07 ‰ des enfants scolarisés (23).

Des chiffres sous évalués :

Le nombre de morts violentes au sein des familles est très difficile à répertorier, du fait du non déclenchement systématique de procédures judiciaires. De plus, dans son rapport « New Directions in Child Abuse and Neglect Research », l'Institute of Medicine aborde également d'autres raisons des sous estimations des cas de maltraitance infantile (24). Des rapports rétrospectifs, d'adultes abusés ou négligés durant l'enfance, ont mis en évidence que la plupart des cas ne sont révélés à personne et que peu sont rapportés et investigués par les services sociaux. Les anciennes victimes de maltraitance expliquent ne pas avoir réalisé au moment des faits être victime de maltraitance et/ou avoir peur des conséquences d'une révélation ou d'une recherche d'aide.

Certains types de maltraitance peuvent être établis sans la nécessité d'une révélation de l'enfant, comme la maltraitance physique ou la négligence qui pourront parfois être détectées par le corps médical ou l'entourage. Cependant il sera plus difficile, voire impossible, de détecter les violences sexuelles si l'enfant n'en parle pas. De plus, même si la maltraitance est détectée par un membre de la famille ou de l'entourage, les actions déclenchées dépendront de leurs croyances personnelles, de leur peur des conséquences entraînées, de leur relation avec l'auteur des faits, de leur incertitude... Et même si des actions sont enclenchées, elles ne seront pas toujours déclarées aux autorités.

Il est possible d'illustrer ceci avec, par exemple la discordance entre les chiffres relevés de la maltraitance infantile et les déclarations rétrospectives par un sondage réalisé en 2017 (sondage Harris-L'Enfant Bleu 2017(25)). Il rapporte, sur le fait de déclarations en ligne de personnes de plus de 18 ans, que 22% des Français déclarent avoir été victimes de maltraitements graves (physiques, sexuelles et psychologiques) au cours de leur enfance et que 47% des Français suspectent au moins un cas de maltraitance dans leur environnement immédiat.

3. Types de Maltraitance

La maltraitance a été définie en différents types : physique, psychologique, négligence et sexuelle. Il est important d'y apporter la même attention, chacun ayant des conséquences importantes sur le développement actuel et futur de l'enfant. De plus, les différents types de maltraitance peuvent souvent être associés et il est donc primordial de ne pas s'attacher au dépistage uniquement d'un seul type de maltraitance.

La tenue et l'analyse du carnet de santé peut s'avérer être une aide au dépistage de la maltraitance, tout particulièrement en cas de nomadisme médical. La vérification des vaccins, les motifs des précédentes consultations, les courbes staturo-pondérales sont des aides au repérage de la maltraitance.

a) Physique

Selon la fiche memo de l'HAS (26), devant toute blessure de l'enfant, il convient de se questionner. Voici des éléments qui doivent alerter :

- les circonstances dans lesquelles se sont produites la ou les lésions ;
- les explications de la famille : absence d'explication ou explications variables dans le temps ;
- le délai tardif de la prise en charge par la famille ;
- la compatibilité de la nature de la lésion avec les explications fournies ;
- la découverte d'une lésion traumatique, lors de l'examen clinique, pour un autre motif de consultation ;
- une expression inhabituelle de la douleur chez l'enfant (pas de pleurs, ni de mouvement de retrait lors d'une lésion douloureuse) ;
- les antécédents : accidents domestiques répétés ;
- l'association de différents types de lésions (ecchymoses, brulures, morsures, griffures, etc.).

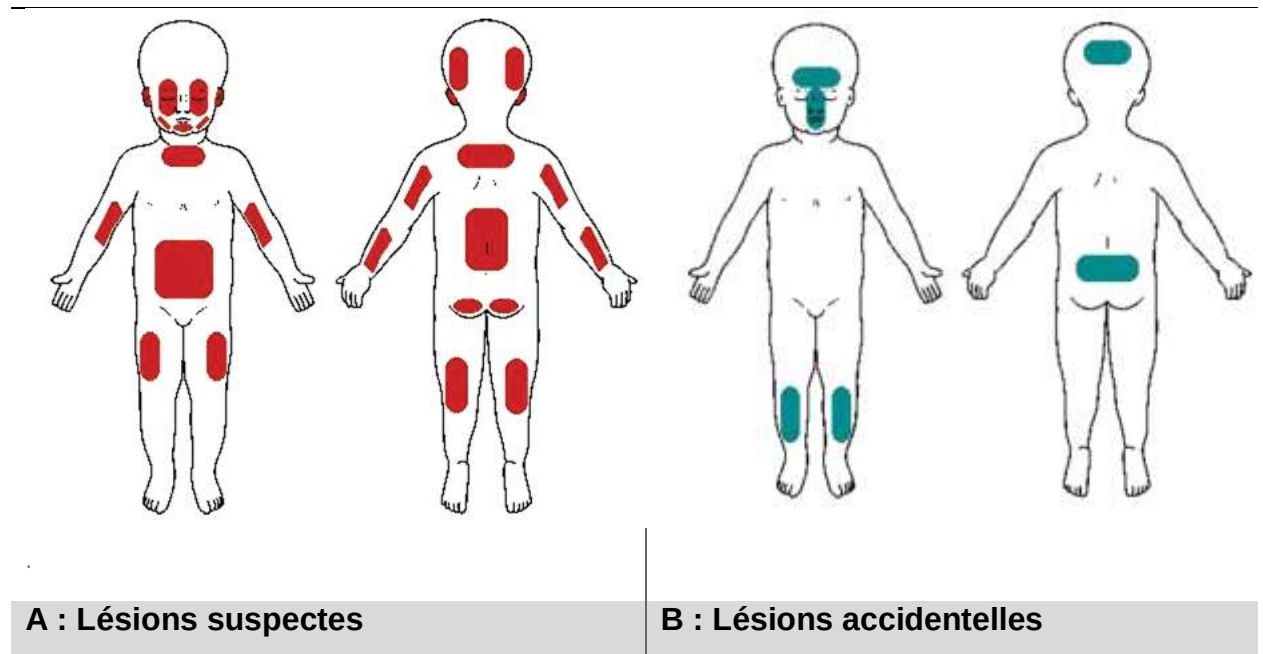
a.1) Les ecchymoses

Elles sont la manifestation la plus commune de la maltraitance physique envers un enfant.

Les ecchymoses chez le petit enfant sont fréquentes lorsqu'il commence à se déplacer. Les localisations siègent surtout sur les zones cutanées convexes, exposées en cas de

chute ou de choc : genoux, face antérieure des jambes, front. Elles sont exceptionnelles avant 8 mois.

Figure 3 : Localisations des zones de lésions suspectes (A) et accidentelles (B).



Source : Maguire S, Which injuries may indicate child abuse ? *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice* 2010;95:170-177.

Selon la fiche memo de l'HAS, il convient de suspecter une maltraitance infantile devant des ecchymoses (26) :

- chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul ;
- sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- multiples d'âge différent ;
- de grande taille ;

- mimant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Il conviendra d'éliminer le principal diagnostic différentiel qui correspond aux pathologies entraînant des troubles de l'hémostase et de la coagulation.

Iconographie :



Figure 4 : Photographie de flagellations.

*Source : A. Bourillon, Comment diagnostiquer un syndrome des enfants battus ?
Réalités pédiatriques, n°175, Décembre 2012*



Figure 5 : Photographie d'ecchymose de la joue.

Ecchymose bleutée de la joue droite consécutive à une gifle et trois érosions parcheminées de petite taille en avant du pavillon de l'oreille droite consécutives à une griffure.

Source : Tisseron, Barbara, et al. « Chapitre 3. Lésions tégumentaires », Catherine Adamsbaum éd., Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier, 2013, pp. 10-23.



Figure 6 : Photographie d'ecchymose de localisation suspecte.

Ecchymoses de localisation suspecte chez un nourrisson âgé de 8 mois suspendu par les oreilles.

Source : Tisseron, Barbara, et al. « Chapitre 3. Lésions tégumentaires », Catherine Adamsbaum éd., *Maltraitance chez l'enfant*. Lavoisier, 2013, pp. 10-23.



Figure 7 : Photographie d'ecchymose du visage d'un nourrisson.

Ecchymoses du visage d'un nourrisson de deux mois, apparues après avoir été maintenu trop fermement afin qu'il prenne son biberon de force.

Source : Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. *Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels)*. Elsevier Masson. 2009;136:838-44. (27)



Figure 8 : Photographie d'ecchymose de la racine du bras.

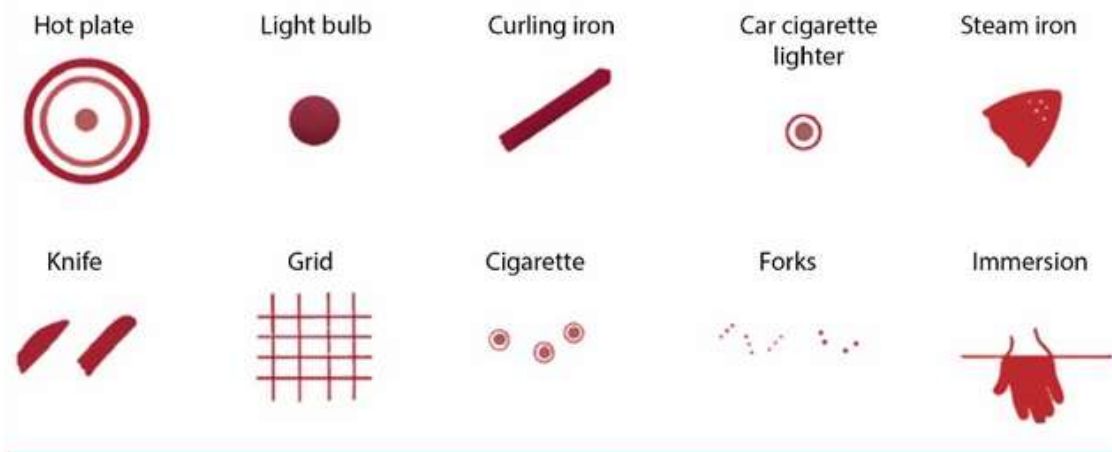
Ecchymoses chez une fillette de 8 ans apparues après avoir été maintenue trop fermement.

Source : Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. *Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels)*. Elsevier Masson. 2009;136:838-44. (27)

a.2) Les brûlures

Les brûlures faisant suspecter une maltraitance sont les brûlures à bords nets pouvant résulter d'une immersion, les brûlures par contact reproduisant la forme d'un objet responsable (appareil ménager, cigarette), celles au niveau des plis ainsi que celles sur des zones protégées normalement par les vêtements comme les fesses et le périnée (28) .

Figure 9 : Marques cutanées de brûlure par contact avec différents objets et immersion.



Source : Mullen, Stephen & Begley, Roisin & Roberts, Zoe & Kemp, Alison. (2018). *Fifteen-minute consultation: Childhood burns: Inflicted, neglect or accidental. Archives of disease in childhood - Education & practice edition. 104. edpract-2018. 10.1136/archdischild-2018-315167.*

Les lésions d'immersion forcée sont souvent uniformes et se localisent aux fesses, au périnée, ainsi qu'aux extrémités.

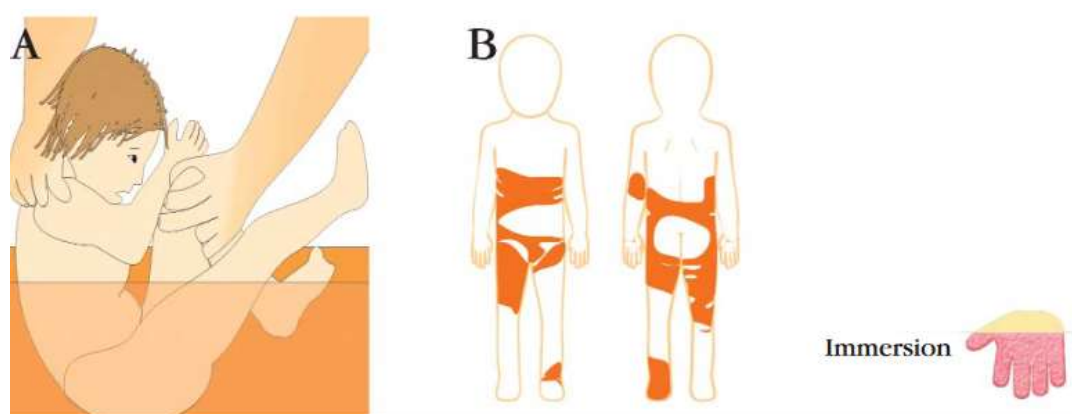
Certaines caractéristiques cliniques sont typiques (27):

- les lésions en gants ou chaussettes aux extrémités ;
- zébrées sur le tronc (respect des plis de flexion du tronc, qui ne sont pas en contact avec l'eau, lorsque l'enfant est immergé dans une position fléchie) ;

- en « doughnut » sur les fesses (secondaire au respect de la zone des fesses en contact avec la baignoire).

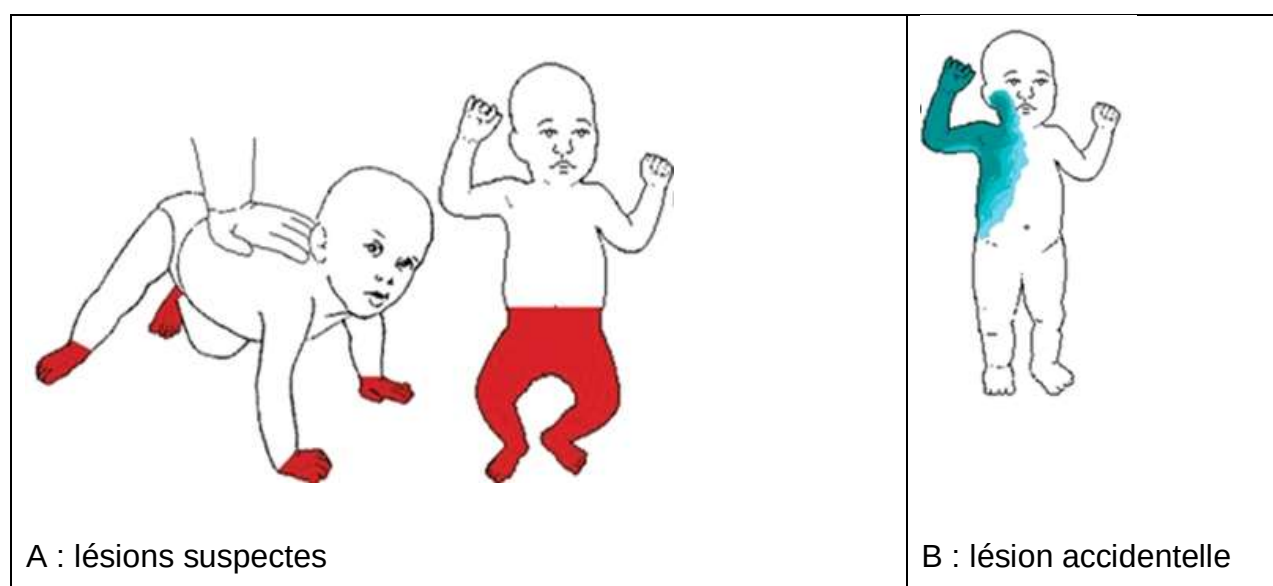
Enfin, il faut également suspecter une maltraitance devant les lésions d'abrasion des poignets et des chevilles, pouvant être causées par exemple par des liens de contention.

Figure 10 : Lésions par ébouillement (A) et lésions zébrées avec respect des fesses (en « doughnut ») (B).



Source : Gondim RMF, Muñoz DR, Petri V. Child abuse: skin markers and differential diagnosis. *An Bras Dermatol.* 2011

Figure 11 : Lésions suspectes et lésions accidentelles.



Source : Maguire S, Which injuries may indicate child abuse? *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice* 2010;95:170-177.

Iconographie :



Figure 12 : Photographie d'une lésion cutanée d'un enfant ligoté.

Source : A. Bourillon, *Comment diagnostiquer un syndrome des enfants battus ?*
Réalités pédiatriques, n°175, Décembre 2012



Figure 13 : Photographie d'ébouillement.

Ébouillement par immersion forcée d'une fillette de 2 ans : brûlure profonde étendue bien limitée avec un respect des plis de flexion du cou (aspect zébré).

Source : Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. *Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels)*. Elsevier Masson. 2009;136:838-44. (27)

a.3) Morsures

Le National Institute for Care and Health Excellence recommande de suspecter une maltraitance infantile en cas de « trace ayant l'apparence d'une morsure humaine peu susceptible d'avoir été causée par un jeune enfant » (29). Une morsure, en général, correspond à une lésion circulaire ou ovale de 2 à 5 cm avec 2 arcs concaves opposés,

associée ou non à une ecchymose au centre. A la différence des morsures animales qui sont profondes, les morsures humaines restent superficielles.

a.4) Fractures

Chez un nourrisson, toute fracture est suspecte, en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur)(26). Une fracture accidentelle reste rare avant l'âge de 5 ans. A tout âge, il faut suspecter une maltraitance devant une ou plusieurs fractures en dehors d'un état de santé qui le prédisposerait à une fragilité osseuse (ostéogenèse imparfaite, ostéopénie d'une prématurité), ou si l'explication est absente ou incompatible. La visualisation à l'imagerie de plusieurs fractures d'âges différents doit faire suspecter une maltraitance.

Plusieurs fractures simultanées sont plus souvent le résultat d'une maltraitance physique que d'une autre cause.

Certains types de fractures sont plus ou moins spécifiques selon leur localisation. Un enfant ayant des fractures de côtes a une probabilité de 70% d'avoir été maltraité et un enfant de moins de 3 ans ayant une fracture humérale a une probabilité de 50% d'avoir été maltraité (30).

a.5) Lésions viscérales

Il faut être attentif lorsqu'il est suspecté chez l'enfant, une lésion d'un organe plein ou de viscère dont la cause de survenue énoncée n'est pas compatible avec la gravité.

Les principaux signes d'alerte sont : des nausées, des vomissements, un abdomen chirurgical, des signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) (26).

Une étude, ayant pour objectif de définir les lésions viscérales par maltraitance (31) a montré que dans 80% des cas des lésions abdominales, une ecchymose abdominale était absente. Il est également apparu, que la mortalité des lésions viscérales dues à de

la maltraitance était beaucoup plus élevée, que celle de causes accidentelles (53%vs.21%).

Exemples d'autres types de lésions physiques :



Figure 14 : Photographie d'alopecie par tirage violent de cheveux.

Source : A. Lasek-Durieza, *, C. Léauté-Labrèze, la Société française de dermatopédiatrie. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). In: *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. Elsevier Masson. 2009. p. 838—844.



Figure 15 : Photographie du syndrome du tourniquet.

Syndrome du tourniquet chez un nourrisson âgé de 5 mois : Aspect inflammatoire du deuxième orteil du pied droit après ablation d'un cheveu.

Source : Tisseron, Barbara, et al. « Chapitre 3. Lésions tégumentaires », Catherine Adamsbaum éd., *Maltraitance chez l'enfant*. Lavoisier, 2013, pp. 10-23.

Les lésions pathognomoniques de maltraitance sont rares. Les lésions ci-dessus ne sont pas forcément synonyme de maltraitance, cependant elles doivent alerter la vigilance et faire explorer le contexte, ainsi que la plausibilité.

a.6) Syndrome du bébé secoué (SBS)

Selon la définition de l'HAS, le syndrome du bébé secoué (SBS) est « un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels, dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânien. Il atteint surtout les nourrissons de moins de 1 an et dans deux tiers des cas de moins de 6 mois ». (32)

Le SBS fait suite dans la majorité des cas, à plusieurs épisodes de secouement qui se répètent dans le temps et qui, non détectés précocement, augmentent le risque de séquelles sévères persistantes ou de décès. Près de la moitié des enfants atteints du SBS ont été victimes de secouements répétés (33).

D'après une récente étude française, 2,9 enfants de moins d'un an pour 100 000 naissances décèdent d'un secouement (34). Cependant ce chiffre est selon l'étude, certainement sous-estimé, car il fait état des cas les plus sévères. L'absence d'autopsie systématique des nourrissons décédés d'une mort inattendue empêche de faire certains diagnostics, de plus il est difficile dans certains cas de différencier un traumatisme crânien intentionnel d'un traumatisme crânien accidentel.

Il est également difficile d'établir un chiffre du nombre de victimes global du SBS (et non pas seulement décédées) car de nombreux enfants n'ont pas d'atteinte suffisamment sévère conduisant à une hospitalisation et / ou le diagnostic est manqué lors de l'hospitalisation.

Les symptômes surviennent immédiatement après le secouement, il n'y a pas d'intervalle libre (35). Il est important de bien rapporter précisément les symptômes dans le dossier médical.

Le médecin devra effectuer un examen clinique complet et repérer des symptômes spécifiques d'atteinte neurologique (26) :

Signes d'atteinte neurologique grave :

- malaise grave ;

- troubles de la vigilance et de la conscience ;
- apnées sévères ;
- convulsions ;
- signes d'hypertension intracrânienne ;
- hypotonie axiale, déficit moteur brutal ;
- pâleur cutanée.

Autres signes d'atteinte neurologique : altération du contact, signes d'hypertension intracrânienne chronique (macrocrânie évolutive, fontanelle bombante, troubles ophtalmologiques : strabisme, nystagmus)

Certains autres signes moins spécifiques sont également à repérer :

- altération de la prise alimentaire ;
- ralentissement/stagnation pondérale ;
- troubles du sommeil ;
- modifications du comportement (pleurs, irritabilité).

Il est important de rechercher des ecchymoses sur le corps, notamment sur le chef (face, cuir chevelu, oreilles, cou), sur le torse et les aisselles. Il ne faut pas oublier de rechercher également des lésions intra-buccales.

Des éléments de l'anamnèse peuvent aussi orienter le diagnostic :

Retard de consultation, pleurs incessants difficiles à calmer, explications incompatible/changeantes, minimisation des symptômes, nomadisme médical...

Il est nécessaire de comprendre que le secouement est un geste très violent et qu'aucun geste du quotidien, pouvant être évoqué par les parents (« faire l'avion » par exemple), n'est suffisant pour provoquer un saignement sous-dural ou rétinien.

Le principal diagnostic différentiel du SBS est le traumatisme crânien accidentel, souvent induit par des accidents à haute cinétique avec une décélération importante (AVP). Il convient d'éliminer également un trouble de l'hémostase, des malformations vasculaires cérébrales, une anomalie de l'ostéogénèse et certaines maladies métaboliques rares (l'acidurie glutarique de type 1 ou la maladie de Menkes).

Iconographie :

Figure 16 : Photographie de signes d'hypertension intracrânienne : macrocrânie et yeux en « coucher de soleil ».



Source : Regnier C. Les hydrocéphalies de l'enfant et du nourrisson. [Internet]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/3418283/>

b) Psychologique

La maltraitance psychologique correspond à tout âge à une discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales, etc.

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommande d'envisager une maltraitance psychologique, si on craint que les interactions entre enfants et parents puissent être nocives (29):

- négativité ou hostilité envers un enfant ou un adolescent ;
- rejet de l'enfant/ l'adolescent ou souffre-douleur ;
- attentes ou interactions inadaptées par rapport au développement de l'enfant, incluant des menaces ou des méthodes de discipline inadaptées ;
- exposition à des expériences effrayantes ou traumatisantes, incluant des violences conjugales ;
- utilisation de l'enfant pour l'accomplissement des besoins de l'adulte (exemple : enfant utilisé dans les disputes conjugales) ;
- échec à promouvoir une socialisation adaptée de l'enfant (ex: impliquer l'enfant dans des activités illégales, l'isoler, ne pas lui prodiguer de stimulations ou l'éduquer).

Forme particulière et complexe de maltraitance psychologique :

Le syndrome de Münchhausen par procuration :

Il s'agit d'une pathologie fictive, provoquée ou simulée, chez l'enfant par une personne, le plus souvent la mère, soumettant l'enfant à de nombreuses consultations médicales, à des examens et des traitements inutiles, voire même dangereux (36).

Les symptômes de l'enfant disparaissent en dehors de la présence des parents. La mère possède souvent une grande connaissance médicale de la pathologie de son enfant et joue un rôle très actif en incitant à multiplier les examens. Lors de prise en charge médicale, la mère rejette les réassurances ainsi que l'amélioration de l'état de santé de son enfant

Il n'y a pas de symptômes spécifiques, seul l'observation prolongée et attentive des différents signes cliniques et de la relation parent-enfant pourra permettre de dépister cette forme de maltraitance.

c) *Négligence*

Selon le NICE, la négligence correspond à une absence durable de réponse aux besoins physiques et/ou psychologiques de l'enfant pouvant engendrer des répercussions sur sa santé et sur son développement (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial, dommages physiques par surveillance inadéquate...)(29).

La négligence peut être volontaire ou non. Elle se différencie de la pauvreté par le fait, que la négligence ne survient, que dans la situation où les responsables de l'enfant disposent des ressources nécessaires.

Dans les situations de négligence, les tuteurs de l'enfant ne reconnaissent pas ses besoins et donc n'y répondent pas. La négligence peut être difficile à délimiter, il est donc important de toujours se référer à l'enfant et à ses besoins individuels pour évaluer une situation(30).

La négligence peut porter sur :

- L'alimentation
- Le rythme du sommeil
- L'hygiène
- Les soins médicaux
- L'éducation

- La sécurité au domicile ou en dehors

d) Sexuelle

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer, ou d'inciter ce dernier, à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement (26).

N'existant pas de signe clinique spécifique de la maltraitance sexuelle, il convient de considérer tout changement du comportement sans explications comme pouvant être le résultat d'une maltraitance. Certains signes peuvent être évocateurs s'ils sont associés entre eux, répétés, qu'ils perdurent dans le temps et qu'aucune étiologie médicale n'est retrouvée (30).

L'HAS préconise de suspecter une maltraitance sexuelle devant les éléments suivants (26).

- Des signes au niveau de la sphère génito-anale : les saignements ; les pertes génitales ; les irritations ou les prurits génitaux ; les douleurs génitales ou anales ; les troubles mictionnels ; les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.
- Des signes de syndrome psycho traumatique : cauchemars ; flash-back ; hyper vigilance ; réactions de sursaut spontané ; comportements d'évitement ; troubles du sommeil ; irritabilité ; accès de colère ; troubles de la concentration, etc.
- Un état dépressif, anxiété.
- Un trouble des conduites.
- Une grossesse précoce ou un déni de grossesse.

- Comportement de l'entourage de l'enfant non approprié : proximité corporelle inadaptée, explications non compatibles des faits, consultation tardive...
- Le jeu et le dessin sont des moyens d'expression pour l'enfant quel que soit son âge. Tout aspect inhabituel ou inadapté de ceux-ci doit alerter le médecin.
- Les enfants en bas âge, ou porteur d'un handicap, sont particulièrement vulnérables face à la maltraitance sexuelle, il faut en conséquence redoubler d'attention dans ces situations.

La récente loi du 21 avril 2021 (37) a créé de nouvelles infractions sexuelles, visant la protection des mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. Aucun adulte ne peut désormais se prévaloir du consentement sexuel d'un enfant s'il a moins de 15 ans, ou moins de 18 ans en cas d'inceste.

e) Cas particulier : la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN)

La MIN est définie par l'HAS comme : « une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir ». Nous avons vu précédemment, que les infanticides, particulièrement ceux concernant les enfants de moins de 1 an, étaient très probablement sous-estimés du fait de la difficulté à établir un diagnostic entre la MIN, une cause accidentelle et un infanticide. Il est important, lors d'une intervention, d'avoir une démarche rigoureuse et de rechercher des signes d'orientation diagnostique.

Lors d'une intervention : le nourrisson devra subir un examen clinique complet dénudé ; son carnet de santé et ses derniers traitements médicaux doivent être demandé ; les lieux nécessitent d'être examinés ; la famille, les personnes sur place et l'entourage doivent être interrogés.

Un centre de référence de la MIN doit systématiquement être sollicité et l'autopsie systématiquement proposée, en association avec le reste des analyses.

La Justice doit être alertée, à tout moment :

- s'il existe un doute sur l'origine naturelle du décès ;
- si des traces de maltraitances sont retrouvées (lésions cutanéomuqueuses, lividités, fontanelle bombée, température, signes de déshydratation ou dénutrition...) ;
- s'il y a une incohérence ou discordance des faits rapportés ;
- à discuter en cas de refus de la part des parents de prise en charge au centre de référence de la MSIN ;
- si le décès survient hors du contexte familial habituel (lieu de garde type nourrice...).

4. Les facteurs de risques de maltraitance

La maltraitance infantile est principalement intra familiale, avec plus de 80% des mauvais traitements infligés par les parents, mise à part la maltraitance sexuelle, qui peut être le fait de connaissances ou d'un autre membre de la famille (38).

Il ne faut pas rester sur l'idée reçue du lien entre maltraitance et pauvreté. La maltraitance est présente dans toutes les classes sociales et les facteurs psycho-affectifs prévalent sur les facteurs socio-économiques (30).

Dans l'objectif d'un meilleur repérage et prévention de la maltraitance, des études ont cherché à mettre en évidence des « facteurs de risques » en recherchant un lien avec certaines caractéristiques des familles maltraitantes. Ces « facteurs de risques » sont donc, avant tout, des liens statistiques et non de déterminismes.

a) Facteurs de risques liés à l'enfant

- Le jeune âge

Il ressort de toutes les études menées, que la maltraitance débute à un âge précoce vulnérable aux violences physiques. Selon le rapport de l'INSERM sur les morts violentes de nourrissons, le taux d'homicide est le plus élevé avant l'âge de 1 an qu'à tous les autres âges de la vie (39).

- La prématurité

Une analyse rétrospective, menée sur une cohorte de naissances, a démontré qu'indépendamment de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique, que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel entraînent une forte probabilité que l'enfant soit pris en charge par les services de protection de l'enfance (40). Il peut exister plusieurs explications possibles à ces résultats, en effet la prématurité peut avoir rendu ces enfants plus vulnérables à la maltraitance, et peuvent également, déclencher des sentiments de rejet de la part des parents. L'hospitalisation de ces nouveaux nés prématurés ou ayant un faible poids, sépare précocement la mère de son bébé et peut endommager le lien mère-enfant. Enfin, la prématurité et le faible poids de naissance peuvent être, tous deux, la conséquence de caractéristiques maternelles (consommation de toxique, stress...) qui seront également, à l'origine d'une plus grande probabilité de maltraitance de l'enfant à naître.

- Le handicap et les troubles du comportement

Même si divers types de handicaps physiques ou mentaux sont souvent les conséquences de la prématurité, l'étude anglaise SPENCER (26) a démontré qu'avoir un handicap, quel qu'il soit, est associé de façon significative au risque de maltraitance.

- Le sexe

Les violences sexuelles touchent principalement les filles. Cependant le sexe masculin est majoritaire sur le plan de la mortalité et du SBS (77%) selon une enquête de l'INSERM sur les infanticides (25).

b) Facteurs de risques liés aux parents

- Difficulté d'attachement précoce

L'attachement fait partie des besoins fondamentaux de l'enfant et il y a un lien étroit entre le non attachement et la maltraitance. En conséquence, sont considérés comme facteurs de risques de maltraitance, les événements pouvant affecter l'attachement précoce, tels que la séparation néonatale, la dépression du post-partum...(26)

- Des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance

Des carences, des mauvais traitements, des placements répétés ont été subi par beaucoup de parents maltraitants.

L'étude de l'INSERM de 2011 (39) a conclu que la moitié des auteurs du syndrome du bébé secoué ou d'homicide volontaire ont des antécédents de mauvais traitements dans leur enfance.

- Des violences conjugales

Un chevauchement très important existe entre la violence conjugale et la violence faite aux enfants. Les recherches ont permis de constater, que les enfants témoins d'incidents de violence conjugale au sein de la famille sont souvent eux-mêmes victimes de violence (41). La durée et la fréquence des incidents de violence peuvent donner lieu à

d'importants symptômes de stress post-traumatique chez les enfants (42). Les sentiments de détresse ressentis, lors de l'exposition à des violences familiales, vont à chaque nouvel épisode s'ajouter, venir faire écho à des situations similaires et s'amplifier. En conséquence, plus la violence conjugale se prolonge dans le temps, plus les conséquences peuvent être importantes (43)

- Des addictions

Les enfants de parents ayant une dépendance ou un abus d'opiacés ont globalement un risque plus élevé de maltraitance ou de négligence. Il a été montré, que les enfants de parents ayant une dépendance alcoolique ont un risque augmenté d'anxiété, de dépression, une mauvaise estime de soi, et des difficultés dans les interactions sociales (44).

- L'isolement social et surtout moral

Pour les cas de l'étude de l'INSERM sur les morts violentes de nourrissons (39), l'isolement de la mère, social et surtout moral semble jouer un rôle déterminant dans le mécanisme qui a conduit à l'infanticide. Ces mères se décrivent, pour la plupart, dépendantes avec un sentiment d'isolement au sein de la famille. Le couple est souvent instable sur le plan affectif et relationnel, avec une peur de la mère d'être quittée par son conjoint. Une étude américaine publiée en 2011(45), rapporte que la majorité des mères maltraitantes éprouvaient un haut niveau d'incertitude sur la disponibilité et fiabilité de leur partenaire.

- Des troubles psychopathologiques

L'INSERM rapporte, que les enfants de mères dépressives ou souffrant d'un autre trouble mental, présentent significativement plus de troubles intériorisés du comportement (dépression, anxiété, trouble psychosomatique, retrait social), que les enfants témoins (46). En effet, certains troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie ou la dépression

altèrent la relation avec l'enfant (faible expressivité du visage, manque de sourires, d'échanges et de contacts physiques), ce qui peut impacter son développement affectif et cognitif. De plus la dépression se caractérise par un haut niveau d'attention autocentrée, empêchant d'être à l'écoute et de répondre aux besoins de l'enfant.

Cependant, les mêmes résultats sont observés pour des troubles tels que l'anxiété, la mauvaise image de soi, les troubles de l'humeur et la somatisation.

Selon l'étude longitudinal de Lee et Gotlib (47), c'est la présence d'un trouble mental chez la mère, indépendamment de la nature du trouble, associé ou non à d'autres troubles mentaux, qui induit des troubles du comportement chez l'enfant. Les traits de personnalité caractéristiques (l'immaturation affective, l'indifférence à l'état de santé de l'enfant ; une rigidité, notamment sur l'éducation, l'intolérance à certains comportements de l'enfant jugés comme difficiles) sont en fait beaucoup plus fréquemment retrouvés, qu'une pathologie psychiatrique bien établie chez les parents maltraitants.

5. Les conséquences de la maltraitance infantile

La maltraitance infantile a été identifiée comme un réel problème de santé publique, compte tenu de son ampleur et de ses effets à court et à long terme sur le développement socio-affectif, physique, neurobiologique et cognitif de l'individu.

- Des conséquences socio affectives

Les enfants victimes de maltraitance, présentent plus de symptômes dépressifs, d'anxiété, d'une faible estime de soi, ainsi que des comportements de retrait et d'évitement, que les autres enfants non victimes de maltraitance (48). Il a notamment été montré des liens scientifiques solides entre l'abus physique et la négligence avec les symptômes dépressifs, l'anxiété et les problèmes de consommation (49). Des difficultés comportementales telles que la colère, l'agressivité, l'impulsivité, les comportements d'opposition, la délinquance peuvent être souvent rattachées à la maltraitance.

- Des conséquences physiques

Dans le cas le plus marquant, celui du syndrome du bébé secoué, les lésions cérébrales entraînées par les gestes de secouements peuvent engendrer des dommages irréversibles, tels que des retards et des déficits psychomoteurs, des altérations de la vision ou de l'audition, des crises d'épilepsie, des troubles de l'apprentissage, de la paralysie et jusque dans certains cas le décès (50).

Des maladies chroniques (asthme, maladies cardio-respiratoires, diabète...) peuvent être causées ou aggravées par la maltraitance et peuvent perdurer dans le temps (51). Il en est de même pour d'autres problèmes tels que la malnutrition, des pathologies ophtalmiques ou bucco-dentaires.

- Des conséquences cognitives

La maltraitance est aussi associée au ralentissement du développement du langage, particulièrement dans les cas de négligence (52).

Elle peut également entraîner des habiletés cognitives plus faibles, des problèmes d'attention et une dégradation des fonctions exécutives.

Les résultats des études ont d'ailleurs montré, que les enfants ayant des antécédents de maltraitance, connaissaient souvent des décrochages et retards dans leur scolarité (53).

- Des conséquences sur la consommation de toxiques

Une revue de la littérature française montre que les enfants ayant été victime de maltraitance, quelle qu'en soit sa forme, auront une plus grande probabilité de devenir des consommateurs d'alcool et de drogues entre 18 et 25 ans. (54)

Aux Etats Unis, une étude rétrospective a montré que 96% des personnes maltraitées durant leur enfance avaient des problèmes liés à la consommation de drogue (difficultés scolaires, difficultés relationnelles avec des amis, altercations physiques, relations sexuelles non désirées, consommation à l'école ou au travail..) et ce majoritairement chez les individus de sexe masculins (55).

- La répétition

La transmission inter générationnelle correspond au fait, qu'un enfant maltraité va à son tour reproduire des actes maltraitants envers ses enfants. En examinant la littérature, on constate, qu'un quart à la moitié des enfants victimes de maltraitance ont à leur tour perpétré des actes de maltraitance envers leurs enfants (56). Dans, l'étude de Cort and al de 2011 (45), près de la moitié des mères (46,7%) ayant subi tous types de maltraitance confondus durant l'enfance, ont à leur tour, maltraité leurs enfants. Cependant, l'étude met également en avant le fait, qu'une faible majorité de mères maltraitées durant l'enfance (53.3%), n'ont pas reproduit d'acte de maltraitance.

La transmission des comportements maltraitants serait associée à un mécanisme complexe, rassemblant des facteurs de risque, de vulnérabilité et de protection. Plus les membres de la famille réunissent des facteurs de risque, plus le risque de répéter des actes maltraitants est élevé. En effet, la répétition de la maltraitance surviendrai lorsque les facteurs de risques sont plus importants que les facteurs de protection (57).

- Le coût financier :

L'enfance en danger a, en plus de son coût humain et social, une incidence économique en raison du coût de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). En 2018, les dépenses brutes des départements pour l'ASE s'élevaient à près de 8 milliards d'euros (20). Auxquelles il faut ajouter des coûts indirects (santé, éducation spécialisée, justice).

Reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (58), une étude américaine (59) évalue à 1 % du produit intérieur brut (PIB) les conséquences de la maltraitance infantile aux États-Unis.

B. Législation

1. Histoire de la protection de l'enfance

La protection de l'enfance telle que nous la connaissons actuellement, résulte d'une longue série d'avancées philosophiques, morales et législatives. Nous n'énumérons pas ici, la liste exhaustive des différentes lois et décrets, concernant la protection de l'enfance, mais tâcherons de retracer l'histoire, en mettant en avant quelques-uns de ses textes fondamentaux. Selon L'histoire de la protection de l'enfance (60) :

Etymologiquement, le mot enfant provient du mot latin « *In-fans* » qui signifie : « ne parle pas ». En effet, de l'antiquité grecque à l'aube du XX^e siècle en France, peu d'importance était donnée à la parole des enfants et il était même souvent interdit aux enfants de parler aux adultes (61).

Durant l'Antiquité, les sociétés étaient pour la plupart patriarcales et accordaient au père une autorité absolue sur la famille, ainsi que le droit de vie et de mort sur ses enfants. Les pratiques d'infanticides ou d'abandon étaient autorisées. Les enfants abandonnés étaient alors voués à l'esclavage ou à la prostitution.

L'essor du christianisme répand des pratiques de charité chrétienne et la protection des plus faibles. Au IV^{ème} siècle, les infanticides et avortements deviennent condamnés. C'est ainsi que les abandons augmentent, ce qui correspond à une première forme de reconnaissance du nourrisson en tant qu'être humain, en renonçant à le tuer.

A la chute de l'empire romain, l'Eglise débute la protection des enfants trouvés par une série de mesures. L'une d'elle, consistait à recueillir les enfants trouvés et sans manifestation de la part des parents, l'enfant était alors vendu à un fidèle.

Au XII^{ème} siècle, apparaît une première grande initiative avec la création de l'Ordre des Hospitaliers du Saint Esprit à Montpellier, pouvant recueillir jusqu'à 600 enfants qui y sont élevés et éduqués. Il se développe ensuite, d'autres infrastructures similaires en France, ayant pour but d'accueillir et nourrir les orphelins.

Durant la période révolutionnaire, la grande majorité des enfants recueillis ont moins d'un mois. L'abandon résulte de plusieurs causes : unions illégitimes, unions non durables dans le milieu ouvrier contraint aux déplacements, crises économiques...

La Révolution proclame le droit au secours et forge une première forme d'assistance publique. Le Comité de mendicité de l'assemblée nationale, sous la direction du duc de La Rochefoucauld-Liancourt, élabore une étude sur les fonctions d'assistance publique, qui traite des enfants trouvés et des enfants de parents pauvres. Cette étude sera suivie par le décret de 1793 (62) relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents. Ce décret établit des pensions pour les familles en difficultés, une obligation de la nation de se charger de l'éducation physique et morale des enfants abandonnés et organise le recueil des filles mères.

Sous l'empire Napoléonien, le père de famille est toujours maître de l'autorité sur sa femme et ses enfants. Cette autorité se retrouve, notamment dans une loi inscrite au code civil de Napoléon (art. 380) : « la mesure de correction paternelle », qui lui permet de demander le placement de son enfant dont il a « de graves sujets de mécontentements ».

Sur le plan de la justice, un principe de minorité pénale est institué à 16 ans. Le mineur âgé de moins de 16 ans pouvait être condamné jusqu'à ses 20 ans, à une peine publique atténuée ou pouvait être placé en maison de correction ou colonie pénitentiaire, à des fins de correction, de moralisation et de rééducation (art.66 du Code pénal de 1810).

Il fut également établi sous l'Empire, le premier statut complet des services d'enfants abandonnés par :

- Le décret du 19 janvier 1811 concernant les enfants trouvés ou abandonnés, et les orphelins pauvres(62). Il notifie, que les enfants à la charge de la nation sont les enfants abandonnés ou trouvés de parents inconnus, afin de limiter les abus lors des admissions.

Sous la troisième République, le concept de protection de l'enfance s'étend avec la possibilité de déchéance paternelle :

- La loi du 24 juillet 1889 sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés (62). C'est le premier texte permettant au tribunal civil (chambre du conseil) de prononcer la déchéance paternelle et indique un souci de protéger l'enfant, même contre ses parents.

Il émerge progressivement, la notion de besoins spécifiques à l'enfant, qui aboutit à la loi du 19 avril 1898 sur la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants (62).

Au cours du XXème siècle, à la suite de la révolution industrielle, l'influence d'idées nouvelles (socialisme, l'humanisme, le solidarisme...) va se refléter dans la création de nouvelles lois comme :

- La loi du 27 juin 1904 crée les services départementaux d'aide à l'enfance (62). L'assistance des enfants est définitivement confiée à un service d'état organisé par le département. La tutelle des pupilles est enlevée aux hôpitaux, pour être confiée au préfet. Les dépenses sont transférées au département et à l'état. Le système du tour est aboli et la loi institue un bureau des abandons dans chaque département. (Un tour d'abandon consistait en une boîte tournante dans le mur de l'hospice dans laquelle la mère déposait le bébé ; elle faisait tourner la boîte et sonnait une cloche pour avertir le personnel de l'établissement, les mères pouvaient ainsi, laisser de manière anonyme leurs bébés, pour qu'ils y soient pris en charge).
La base de l'organisation actuelle découle encore de cette loi.

La délinquance juvénile est également examinée d'un nouvel angle :

- La loi du 22 juillet 1912 (62) complète la loi de 1889, elle prévoit la création d'une juridiction spécifique pour juger les enfants délinquants, et l'institution d'une législation pénale spécifique, venant remplacer les anciennes mesures de redressement répressives. Elle permet de passer de la notion de « faute » qui conduit à une punition, à la notion de « symptôme » auquel il faut un traitement.

La prise de conscience de droits appartenant à l'enfant s'est faite au lendemain de la première guerre mondiale, avec l'adoption par la Société des Nations de :

- La Déclaration de Genève, en 1924 (63). C'est le premier texte spécifiquement relatif aux droits de l'enfant. Selon l'article 1 : « l'enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement » et l'article 3 précise : « l'enfant doit être le premier à recevoir des secours en cas de détresse ». Ce texte court, composé de cinq articles, est le socle qui servira à bâtir la Convention des Droits de l'Enfant de 1989.

A la suite de la libération de la seconde guerre mondiale, la jeunesse ayant joué un rôle dans la résistance, bénéficie d'une nouvelle image, et des améliorations importantes vont être mises en place avec :

- L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante (62). Les mineurs peuvent être désormais, uniquement jugés par des tribunaux pour enfants qui pourront prononcer des mesures éducatives, d'assistance et d'éducation. Il est également créé le juge pour enfant.
- l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948 (64) énonce le droit des mères et des enfants comme un droit « à une aide et à une assistance spéciales » et à une « protection sociale ».
- Le décret du 24 janvier 1956 promulguant le Code de la famille et de l'Aide Sociale (C.F.A.S) (62) qui reprend des réformes émises entre 1943 et 1953. Il consacre un chapitre spécial au "service de l'aide sociale à l'enfance".

La reconnaissance législative de droits appartenant à l'enfant évolue et s'enrichie dans la déclaration des droits de l'enfant de 1959 (65), qui est elle-même, une évolution de la déclaration de Genève pour compléter celle des droits de l'homme. Cette déclaration reconnaît notamment le droit de l'enfant à l'éducation, au jeu, à un milieu favorable et à des soins de santé : « afin que l'enfant ait une enfance heureuse et bénéficie, dans son intérêt des droits et libertés qui y sont énoncés », « L'enfant doit bénéficier d'une

protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante. »

Au cours du vingtième siècle, un nouveau regard est porté sur le placement, qui ne doit pas être l'unique solution, même si parfois, il reste indispensable. Il est jugé comme risqué pour l'enfant et évitable. Afin d'éviter le placement, un accent est mis sur le développement d'une prévention plus précoce par une aide financière, éducative et psychologique à la famille. Il faut pour cela amener une réorganisation avec la mise en place d'équipes pluridisciplinaires et la création du service unifié de l'enfance. Les services d'aide sociale à l'enfance ne seront plus seulement composés de personnels administratifs, mais aussi d'assistantes sociales, éducateurs spécialisés, psychologues, pédopsychiatres qui vont modifier les pratiques. La priorité devient le maintien dans la famille naturelle. Le développement des « aides à la famille », et notamment de l'AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert), en est la conséquence.

Deux décrets vont venir illustrer cela, ainsi que le double système administratif et judiciaire, de protection de l'enfance (62):

- Les décrets du 23 décembre 1958 et du 7 janvier 1959 (62) qui fixent les règles d'intervention des D.A.S.S. (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) et du Juge des Enfants en matière de protection de l'enfance en danger. Ils créent, en particulier, la possibilité pour ces deux autorités de décider d'actions éducatives en milieu ouvert.
- La circulaire du 23 janvier 1981 (62) définit les orientations prioritaires de la politique d'Aide Sociale à l'Enfance et des modalités de sa mise en œuvre.

Au cours des années 1980 a lieu une politique de décentralisation qui va modifier la législation du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (62):

- La loi du 22 juillet 1983 transfère les compétences et les moyens du service de l'Aide Sociale à l'Enfance au Président du Conseil Départemental (62). Le président du

conseil départemental a pour rôle de conduire la politique départementale, d'autoriser la création d'établissements sociaux et de prononcer l'admission à toute forme d'aide sociale à l'enfance.

La décentralisation a constitué une étape importante, en transférant aux départements la charge d'une large part de l'Aide Sociale, dont la totalité de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Sur le plan du travail, les enfants ont toujours travaillé depuis l'Antiquité, principalement aux champs et aux tâches domestiques. La révolution industrielle, avec l'arrivée massive des enfants venant des champs dans les usines, a rendu visible leurs terribles conditions de travail, et a entraîné une prise de conscience qui a progressivement mené à une restriction du travail des enfants. En 1840, les enfants représentaient 12 % des ouvriers de l'industrie. En 1841, un âge minimum à l'embauche est fixé (8 ans), la durée de travail devient réglementée et la scolarisation devient obligatoire jusqu'à 12 ans. En 1959, la scolarité devient obligatoire jusqu'à 16 ans.

La fin du XXème siècle sera marquée par la Convention des droits de l'enfant promulguée par l'ONU le 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 7 août 1990⁽⁹⁾. La convention garantit la protection des droits de l'enfant à tous égards et fixe des normes minimales relativement à cette protection. L'UNICEF, qui a contribué à l'élaboration de la convention, est nommément désigné dans le document comme source de connaissances spécialisées. La Convention reconnaît le rôle des enfants en tant qu'acteurs sociaux, économiques, politiques, civils et culturels. Selon l'article 3, alinéa 1^{er} : « dans toutes les décisions qui concernent les enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ». La convention ne définit pas simplement des droits, elle s'adresse aux états, qui « s'engagent ».

Il s'ensuit, dans le début des années 2000, un contexte de scandales médiatiques (affaires de Drancy, d'Angers) où l'efficacité des services de protection de l'enfance est remise en question. Il sera créé en 2004 l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) (loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004), puis en 2007 une nouvelle loi réformant la protection de l'enfance la loi 2007-293 du 5 mars 2007.

2. La loi du 5 mars 2007

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, élaborée au terme d'une très large concertation, réforme la protection de l'enfance en poursuivant trois objectifs :

- développer la prévention ;
- renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger ;
- améliorer et diversifier les modes d'intervention .

a) Création des Cellules de Recueils des Informations Préoccupantes.

La réforme confie au président du conseil départemental la charge du recueil et du traitement de l'ensemble des informations préoccupantes, concernant des mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Le recueil de ces informations est centralisé au sein d'une Cellule du Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), afin que la situation du mineur concerné soit évaluée par les services du conseil départemental et que ceux-ci mettent en œuvre les actions relevant de leur compétence. La cellule travaille avec l'ensemble des professionnels, et notamment ceux de l'Éducation Nationale, des services sociaux, des hôpitaux, des médecins et des spécialistes libéraux, des associations, des services de police et de gendarmerie, des élus locaux, etc. La CRIP doit être aussi en liaison avec le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED).

La création des CRIP a pour objectif de clarifier l'entrée dans le dispositif et soulager les parquets, qui pouvaient être saisis sans qu'une évaluation première n'ait été menée. Il s'agit de renforcer la fiabilité et de diminuer la perte d'information, en centralisant le recueil des informations préoccupantes.

La CRIP permet aussi l'observation de l'enfance en danger au niveau départemental. Elle permet d'ajuster la politique locale et transmet des données à l'Observatoire Départemental, ainsi qu'à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger.

La protection de l'enfance, encadrée par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, distingue l'information préoccupante (IP) du signalement des enfants en danger.

- L'information préoccupante

L'information préoccupante est définie comme étant « une information transmise à la cellule départementale [...] pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :

- pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être
- ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (art. R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

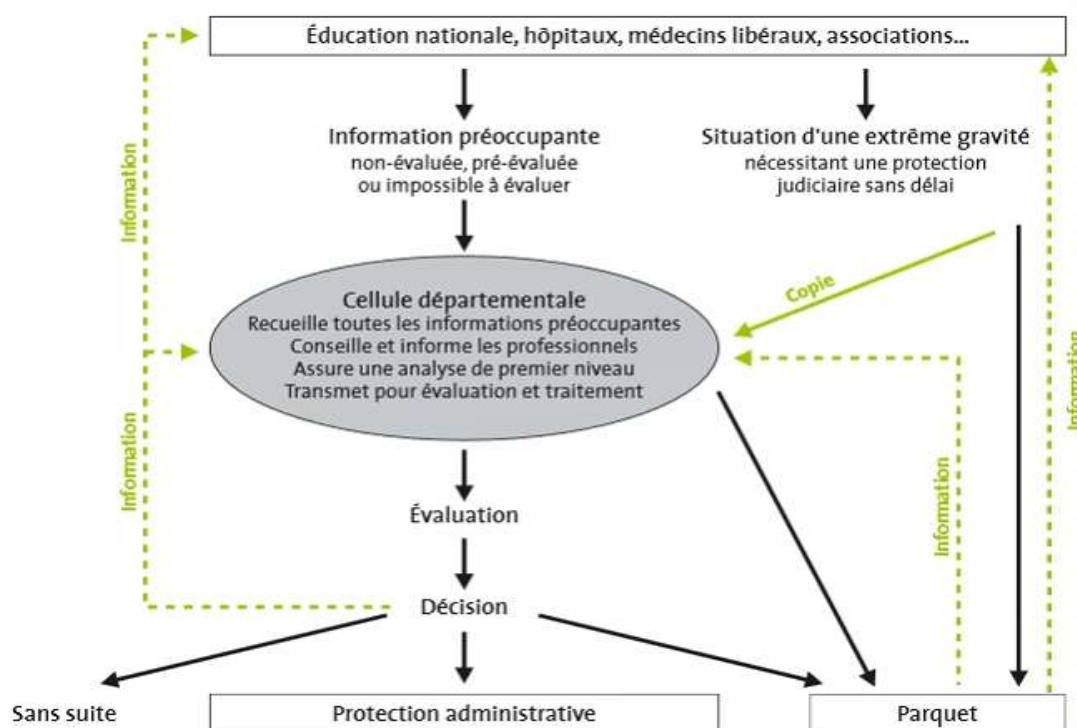
Dans le cadre de la transmission d'informations, le médecin porte à la connaissance de la cellule ses préoccupations/inquiétudes. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

- Le signalement

Le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant. Quelle que soit la mesure de protection envisagée, les critères de gravité et d'urgence doivent présider à l'orientation de ces signalements (violences, sévices sexuels...)(66).

En cas d'urgence, notamment en présence de sévices commis sur un mineur, le médecin doit aviser directement le procureur de la République pour que soient prises sans tarder les mesures adéquates de protection du mineur.

Figure 17 : Schéma de recueil, d'évaluation, de traitement des IP.



Source : Oned - Guide pratique Protection de l'enfance - La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes

b) Le Secret partagé

Tout professionnel de santé est tenu de respecter le secret médical qui est défini par l'article R4127-4 du Code de la Santé Publique, comme « tout ce qui est venu à la connaissance du professionnel de santé dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». C'est une obligation générale et absolue. La violation du secret médical est sanctionnée par une peine maximale d'un an de prison et de 15 000 € d'amende.

Les professionnels de santé s'exposaient alors à des sanctions lors d'un partage d'informations concernant un mineur en danger ou à risque de danger et ne pouvaient légalement échanger entre eux.

b.1) Le partage d'informations

La loi du 5 mars 2007 donne un cadre légal au partage d'informations, concernant des mineurs en danger ou risquant de l'être. La loi aménage le secret professionnel dans un but de pouvoir évaluer une situation et de mettre en place des interventions de protection.

La loi introduit, à cet effet, un nouvel article dans le code de l'action sociale et des familles, l'article L. 226-2-2 qui contient les dispositions suivantes : « Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. »

b.2) La finalité

Le partage d'information n'est autorisé que dans l'objectif de pouvoir évaluer une situation individuelle, de permettre la mise en place d'interventions et d'actions de protection du mineur et lui venir en aide, ainsi qu'à sa famille.

b.3) Les limites du partage

Le partage d'informations relatives à une situation est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le partage d'autres informations, que celles ayant pour objectif de protéger l'enfant, n'est pas autorisé. Les responsables légaux du mineur concerné doivent être préalablement avertis de ce partage d'informations, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur.

Selon l'article 226-14 du code pénal, il n'y a pas d'engagement de la responsabilité disciplinaire, civile ou pénale du médecin lors de la transmission d'une information préoccupante à la CRIP ou d'un signalement au procureur sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. Il n'y a pas à être sûr de la maltraitance ni à en apporter la preuve.

c) Les actions déclenchées

c.1) L'évaluation

L'évaluation de la situation d'un mineur, à partir d'une information préoccupante consiste à apprécier le danger ou le risque de danger auquel il est exposé.

L'évaluation s'appuie sur une démarche rigoureuse, elle doit être menée dans un délai de 3 mois par une équipe pluridisciplinaire de professionnels, spécifiquement formés à cet effet. Ce délai peut être réduit en fonction de l'âge de l'enfant, de la nature et de la caractérisation du danger.

L'évaluation doit permettre d'apprécier : la réalité, la nature et le degré du risque ou du danger encouru par l'enfant ; le niveau de prise de conscience des parents concernant les difficultés rencontrées par leurs enfants ; les ressources propres de la famille et le niveau d'adhésion des parents à un projet d'aide. (67)

L'évaluation débute par un premier contact avec l'enfant concerné et au moins un parent, de préférence dans le cadre de vie de l'enfant. Lors de cette rencontre, il est expliqué aux parents la mission des services du département avec la finalité et les enjeux de l'intervention. Il est discuté la situation du mineur à partir des inquiétudes relevées à son propos, en prenant en compte et en favorisant la parole de chacun.

L'évaluation va aussi chercher à recueillir des informations provenant des personnes de l'entourage familial de l'enfant ainsi que des professionnels au contact de l'enfant et de sa famille. La famille est avertie de cette démarche.

Durant cette évaluation, des failles mais aussi des possibilités sont relevées permettant ainsi aux parents de rester acteurs.

c.2) Le rapport d'évaluation

Le recueil d'informations doit recouvrir plusieurs champs : la famille, la santé, la scolarité, le logement, les relations sociales/l'insertion sociale et les actions d'accompagnement éventuelles. L'ensemble de ces informations est consigné dans « le rapport d'évaluation », qui est soumis à une synthèse pluridisciplinaire où sont discutées les différentes actions possibles. Ce rapport doit être porté à la connaissance de la famille (sauf exception) et est transmis à la Cellule départementale (67).

c.3) Les différentes actions possibles

A la suite de ce rapport d'évaluation, différentes actions peuvent être déclenchées par la CRIP(*Annexe1*)(68) :

- Un classement sans suite, s'il est certain d'une absence de risque de danger ou de danger pour le mineur.
- Proposition de la mise en place ou du maintien d'un accompagnement et d'un soutien dans le cadre de la prévention socio-éducative, médico-sociale, sanitaire ou de la protection administrative :
 - Suivi par la PMI
 - Des aides au domicile au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance :
 - Aides éducatives
 - Intervention d'un(e) Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale (TISF)
 - Prestation d'accompagnement en économie sociale et familiale (AESF) (logement, gestion du budget)
 - Aides financières
 - Un suivi psychologique

- Un accueil provisoire ou modulable de l'enfant
- Saisine du procureur de la République :
 - Sans délai lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil.
 - Si le mineur et sa famille ont déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions et que celles-ci n'ont pas permis de corriger la situation.
 - Si la famille refuse ou se trouve dans l'impossibilité de collaborer avec le service de l'aide sociale à l'enfance, empêchant ainsi les actions d'être mises en place.
 - Impossibilité d'évaluer la situation.

Suite à un signalement judiciaire, le procureur de la République du tribunal de grande instance peut décider d'aviser le juge des enfants de la situation. Le juge pourra alors opter pour une mesure d'assistance éducative :

- Soit un suivi par une personne qualifiée ou un service spécialisé qui permet à l'enfant de rester dans sa famille. Il prononce alors une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO).
- Soit en dernier recours un placement de l'enfant auprès d'un service spécialisé ou d'une personne autre que le(s)parent(s) (par exemple, chez un autre membre de la famille).

c.4) L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

C'est un service départemental ayant pour mission d'assurer la prévention et la protection de l'enfance. C'est le Président du Conseil départemental qui peut prononcer l'admission

au bénéfice de l'Aide Sociale à l'Enfance suite à un rapport d'évaluation. L'ASE s'engage à soutenir les familles en difficultés, par des prestations d'aides éducatives à domicile, l'intervention d'aides familiales et l'attribution d'aides financières. Ce service est composé de personnel administratif, de psychologues et de travailleurs sociaux.

Lorsqu'un mineur ne peut être maintenu dans sa famille, l'aide sociale à l'enfance est alors chargée du mineur et de ses besoins. Il sera soit accueilli en famille d'accueil soit dans un établissement à caractère social.

Pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation de l'ASE ou d'une mesure de protection judiciaire, il est créé un document unique intitulé « projet pour l'enfant » (PPE) qui l'accompagnera tout le long de son parcours avec la protection de l'enfance. Ce document permet ainsi de suivre et clarifier les objectifs et les mesures mises en place.

3. La loi du 14 mars 2016

La loi du 5 mars 2007 a malheureusement montré certaines limites que de nombreuses concertations et travaux parlementaires ont cherché à améliorer. La loi du 14 mars 2016, constitue une nouvelle étape dans la réforme de la protection de l'enfance et vient actualiser le cadre d'exercice des missions de protection de l'enfance.

Elle a pour but de lutter contre les inégalités territoriales ; prévenir les situations de maltraitance ; mieux protéger les enfants en danger ; améliorer le parcours en évitant les ruptures ; développer la connaissance et l'observation en protection de l'enfance afin de permettre à l'Etat et aux départements de mieux diriger et évaluer leurs politiques et dispositifs mis en place depuis 2007 (69).

- Une nouvelle définition de la protection de l'enfance est créée, centrée sur la prise en compte des besoins de l'enfant. La protection de l'enfance n'est plus définie comme visant à « prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés [...] d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs » mais

visé désormais 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» (article L. 112-3 du CASF). Elle recentralise ses interventions autour de l'enfant.

- Un médecin référent est désigné dans chaque département afin d'améliorer le repérage et le suivi des situations de danger, facilitant ainsi les liens entre les professionnels de santé et les services de protection de l'enfance (article 7).
- Il est précisé le contenu du projet pour l'enfant (article 21) et du rapport annuel de situation (article 28).
- Au niveau national, il est créé un Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE) qui permet un meilleur pilotage de la protection de l'enfance en réunissant l'ensemble des acteurs du champ. « L'autre changement majeur porté par la loi du 14 mars 2016 tient en effet à la réaffirmation du rôle de l'État en protection de l'enfance, un État partenaire plus qu'un État tutelle, un État garant d'une gouvernance renouvelée. » *Laurence Rossignol, Assises du CNAEMO, le 23 mars 2016.*(69)
- Au niveau local, sont mis en place des protocoles départementaux de prévention (article 2) et le préfet doit être obligatoirement informé en cas de dysfonctionnement dans un établissement compromettant la sécurité des enfants accueillis (article 4).
- Les missions des observatoires (l'Observatoire national de protection de l'enfance ONPE (article 6) et les observatoires départementaux de la protection de l'enfance ODPE (article 3)) sont renforcées. Il devra être notamment réalisé un bilan annuel des formations dispensées auprès des professionnels de la protection de l'enfance par les observatoires départementaux.
- Il est organisé une révision régulière de la situation des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, notamment quand ils sont très jeunes, au travers de commissions pluridisciplinaires et pluri institutionnelles (article 26).

- Il est mis en place un ensemble de dispositions visant à accompagner des jeunes confiés à l'aide sociale vers l'autonomie (construction d'un projet d'accès à l'autonomie, poursuite de l'accompagnement pendant l'année scolaire engagée, protocole pour coordonner les interventions afin de mieux prendre en compte les besoins des jeunes les plus vulnérables et de favoriser leur accès aux dispositifs de droit commun, la constitution d'une épargne versée au jeune à ses 18 ans).

4. La procédure pour les médecins

Concernant les devoirs du médecin, selon l'article 434-3 du code pénal « Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Il est rappelé par l'article 44 du code de déontologie médicale (article R.4127-44 du code de la santé publique) que « lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur, auprès duquel il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. ».

Concernant la levée du secret médical, celle-ci est permise sous les conditions strictes de l'article 226-14 : « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute

nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ».

L'article souligne la non obligation de l'accord de la victime, uniquement si celle-ci est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. L'accord d'une transmission d'information reste donc obligatoire pour toutes les personnes majeures n'entrant pas dans ces conditions.

Concernant ses responsabilités engagées, « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues de l'article 226-14 du code pénal, ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

En d'autres termes, si le médecin signale de bonne foi au Procureur une maltraitance constatée ou présumée selon l'article 226-14 du code pénal, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant la juridiction disciplinaire, civile ou pénale.

En revanche, un professionnel de santé qui aurait dû signaler un cas de maltraitance, mais ne l'a pas fait, est exposé à de lourdes peines :

- cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende en cas d'inculpation pour non-assistance à personne en danger (Art. 223-6 du code pénal),
- trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende en cas d'inculpation pour non-dénonciation de crimes (Article 434-1).

Il semble intéressant de noter que l'article 226-14 du code pénal a subi une très récente évolution, par la loi du 30 juillet 2020, visant à protéger les victimes de violences conjugales, et qui « permettrait à tout médecin ayant l'intime conviction que sa patiente est en danger vital immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences d'en informer le procureur de la République. Le médecin resterait tenu de s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime à un signalement ; en cas de refus, il serait alors tenu de l'informer du signalement fait au procureur de la République » (70).

Ainsi, lorsqu'une victime de violences conjugales se trouve en situation de danger immédiat et sous emprise, le professionnel de santé peut désormais déroger à son obligation de secret. Le Conseil national de l'Ordre des médecins avec le ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé, a publié un guide pour accompagner les soignants dans la mise en œuvre de cette nouvelle disposition (71).

- En cas de danger immédiat et/ou de gravité pour un mineur

En cas de danger immédiat et/ou de gravité, le médecin doit établir un signalement directement au Procureur de la république, éventuellement dans l'urgence par téléphone et courrier à suivre. Il doit utiliser le « signalement type » (site du CNOM : Annexe 2) et le remplir en fonction de ce qu'il a constaté uniquement. Il peut éventuellement transmettre un double à la CRIP.

Une hospitalisation sans délai doit être organisée par le médecin en contactant le sénior des urgences si : l'enfant est un nourrisson ou qu'une mise à l'abri est nécessaire.

En cas d'urgence vitale, le médecin doit contacter le SAMU centre 15 pour hospitaliser directement l'enfant et le signalement se fera en intra hospitalier.

Les représentants légaux du mineur doivent être informés de cette transmission, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur.

- En dehors d'une situation d'urgence pour un mineur

En l'absence de danger immédiat et en cas d'inquiétude d'un danger ou risque de danger pour un mineur, le médecin doit transmettre à la CRIP du département de résidence de l'enfant, les informations y compris celles médicales à l'origine de sa crainte.

De même que lors d'un signalement, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant la juridiction disciplinaire, civile ou pénale si le médecin transmet de bonne foi des informations préoccupantes à la CRIP (article 226-14 du code pénal).

En aucun cas, le médecin ne doit être sûr de la maltraitance, ni n'a en apporter la preuve. Les représentants légaux du mineur doivent être informés de cette transmission, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur. Le médecin doit relater les faits avec circonspection sans juger ainsi que retranscrire les paroles entre guillemets.

C. Le dépistage de la maltraitance infantile par les médecins généralistes.

1. Les freins

Le recueil des Informations préoccupantes au niveau national, montre que la majeure partie provient de l'éducation nationale, du 119, du tribunal et non du milieu médical où celui-ci ne représente que 1 à 5% (4).

Il est retrouvé au niveau local, la même tendance qu'au niveau national, avec au cours de l'année 2019 : 2409 informations préoccupantes qui ont été traitées par la CRIP du Calvados (98 signalements directs et 526 classés sans suite).

Seulement 10% venait des services de santé, tous types confondus (hôpitaux, PMI...) dont une très faible minorité des médecins généralistes en cabinet de ville.

Pourtant, dès l'âge de 2 ans, 80 % des enfants sont régulièrement suivis dans un cabinet libéral, dont 60 % par un médecin généraliste , et cette part continue d'augmenter au cours du temps (5). Selon le rapport de mission sur les morts violentes, dans deux tiers des cas d'infanticide, l'enfant a été vu dans les 3 mois précédant le décès par un professionnel de santé (1).

De nombreuses études ont cherché à comprendre les freins au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance infantile chez les médecins généralistes (6)(7)(8) et voici ceux relevés :

- Manque de connaissance et de formations

Ces études ont tout d'abord mis en avant le manque de connaissance des médecins en ce qui concerne les différents acteurs et les interventions des services de la protection de l'enfance. La formation lors des études de médecine sur la maltraitance infantile est très courte. Elle est traitée en un seul module : « Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile », d'une durée d'une heure au cours des six années d'études, dans la plupart des universités (72). Une étude nantaise (73) sur les connaissances des notions essentielles en pédiatrie, par les étudiants en troisième cycle de médecine générale, montrait que certaines situations d'urgence ou concernant les nourrissons ne sont pas maîtrisées par la majorité des étudiants. Moins de la moitié (49.5%) des étudiants savaient que la présence d'une ecchymose ou fracture avant l'âge de la marche est le signe d'une maltraitance. Il est donc indispensable de mener une réflexion sur l'optimisation de l'enseignement de la pédiatrie au second cycle car, c'est l'occasion de former les généralistes qui devront prendre en charge des enfants en première ligne.

Une grande partie des médecins généralistes ont méconnaissance du circuit de la CRIP et des procédures mises en place à l'échelle départementale(7) ;(74) ;(75). Dans l'étude de 2018 menée auprès des médecins généralistes de l'Eure (8), 66,67 % ne connaissent pas la CRIP et se tournent davantage en cas de difficulté vers l'aide sociale à l'enfance et/ou la PMI. 77.2 % des médecins généralistes d'Ille et Vilaine ne connaissaient pas le bon destinataire de l'IP, dont 26.9% pensaient qu'elle était à destination du procureur de la république et seulement 29.9% posséder la notion d'IP (76).

Cette méconnaissance de l'IP et des actions déclenchées peut dissuader certains médecins d'intervenir, ayant peur suite à une transmission d'IP, de conséquences non favorables ou plus délétères pour l'enfant. Le placement systématique était chez 9.3% des médecins généralistes vendéens intégré avec l'IP. 50% des médecins vendéens, assimilaient le placement systématique avec le signalement (77).

- Manque de retours d'informations

Il est également dénoncé un manque de communication et de retours des organismes, suite à des transmissions d'IP ou de signalement, entraînant un sentiment de solitude, de découragement et de ne pas être intégré dans la prise en charge de l'enfant. L'étude réalisée dans l'Eure (8) relevait que parmi les médecins ayant fait un signalement, 77% n'avaient pas eu de retours et que 60% pensaient que le retour d'information les motiveraient pour réaliser d'autres signalements. Chez les pédiatres d'Ille et Vilaine, seulement 9% déclaraient avoir eu un retour d'information à la suite d'un signalement ou d'une IP (76).

- Difficulté à identifier la maltraitance

Il est ressenti une difficulté à reconnaître les signes de maltraitance infantile, malgré les outils d'aide de la fiche mémo de l'HAS (26). Le dépistage reste majoritairement concentré sur la maltraitance physique seule. De plus, les consultations évoluent au sein de la médecine générale avec un temps de consultation très court (15 minutes), se limitant de plus en plus souvent au seul « motif de consultation ». La réduction des visites à domicile restreint aussi les opportunités de dépistage.

- Peur des conséquences professionnelles

Un lien significatif est retrouvé entre la crainte de conséquences professionnelles et le signalement (8);(6). En effet, il existait une mauvaise connaissance du cadre légal et du secret partagé chez la plupart des médecins généralistes interrogés entraînant une peur d'éventuelles répercussions disciplinaires, voire pénales. Dans la thèse de 2018 réalisée dans l'Eure (8), 23,5% des médecins avaient peur des poursuites judiciaires en signalant des cas de maltraitance. Dans le Poitou Charente (78) 11% avaient également peur des poursuites judiciaires, et 5.5% avaient peur de rompre le secret professionnel en signalant des cas de maltraitance. Le constat était le même dans l'étude de 2018 réalisée

en Vendée (77) où 9.2% des médecins, avaient peur des poursuites judiciaires en cas d'incertitude, lors de la réalisation d'une IP.

- Freins psychologiques

Des barrières psychologiques existent telle que la difficulté d'envisager la maltraitance chez des familles connues depuis longtemps avec des liens de proximité et de confiance. En effet, la maltraitance apparaît alors comme quelque chose de « dérangement » et dont la tendance à la minimisation ou banalisation devient un mécanisme de défense inconscient. L'appartenance à la même classe sociale que les parents, entraîne également un sous signalement.

Dans l'étude réalisée en Vendée, 68% des médecins pensaient que « ne pas voir » est un mécanisme de défense face aux situations de maltraitance » (77).

- Peur de rompre le lien de confiance

A cela s'ajoute la peur des réactions de la famille, l'agressivité, des menaces, une perte de confiance, une mauvaise réputation...

- Des freins retrouvés également dans le milieu hospitalier

Une étude menée en 2019 aux CHRU de Nancy et Caen rapporte que les praticiens hospitaliers, faisant face à des situations de maltraitance où la question du « signalement » se pose, sont en difficulté. En effet, ceux-ci restituent des freins identiques à ceux rapportés en médecine de ville, comme un manque de formation, un manque de collégialité, un manque de lien avec la justice et une perte de confiance dans le système de protection de l'enfance, ou des conséquences données suite au signalement (79).

2. Pistes d'amélioration

Plusieurs voies d'amélioration ont été suggérées par les médecins généralistes lors de ces études :

- La formation médicale

Agir sur la formation médicale, en renforçant la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la maltraitance infantile. La formation pourrait comprendre l'apprentissage et le rappel des signes de maltraitance, le rappel de ses facteurs de risques, du cadre légal ainsi que des mises en situation pratique. Il semble aussi important d'introduire une connaissance du contrôle et de la gestion de ses émotions, celles-ci représentant un frein psychologique important au dépistage de la maltraitance.

- Réunions d'échanges pluridisciplinaires

Il est important de promouvoir la connaissance des structures et de favoriser la communication entre les différents acteurs, notamment lors d'organisation de réunions de rencontres et d'échanges pluridisciplinaires.

- Promouvoir les retours d'informations

Il semble nécessaire d'augmenter les retours d'actions menées suite à des transmissions d'informations préoccupantes ou signalements. Cela permettra ainsi aux médecins généralistes d'être toujours inclus dans la prise en charge de l'enfant. Le retour sur les actions déclenchées par le RIP/signalement fait par les médecins généralistes, permet à ceux-ci de se rendre compte de l'impact de leur action, de diminuer leurs craintes éventuelles sur le devenir de l'enfant et de promouvoir cette transmission d'information préoccupante.

- Outils destinés aux patients

Certains médecins généralistes étaient désireux d'outils pour sensibiliser les patients à la maltraitance infantile : plaquettes d'informations, affiches ...

Ces outils, comme par exemple, une affiche en salle d'attente avec les numéros à contacter en cas de situation de maltraitance infantile, permet de sensibiliser l'ensemble de la patientèle. Cela permet d'atteindre des patients pour lequel le sujet n'aurait pas été abordé lors d'une consultation et préserve également leur anonymat en cas de gêne ou honte à aborder le sujet avec leur médecin.

- Outils à l'intention des médecins généralistes

Lors des études menées, les médecins étaient favorables à la création d'outil d'aide à leur intention comme : des algorithmes clairs d'aide à la prise de décision, les coordonnées des organismes à contacter, éventuellement une plateforme en ligne, une personne ressource désignée... Leur pratique serait ainsi aidée et facilitée. Il a été notamment souligné par des médecins généralistes, dans une étude faite en 2018 sur la prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure, que les coordonnées des organismes étaient difficiles à trouver (8).

Une étude réalisée à Lille (80), dont le but était de chercher comment faciliter la transmission de l'information préoccupante, a montré que les médecins généralistes souhaitaient la mise en place d'un guide avec les coordonnées des CRIP, tout comme dans une thèse en Poitou Charentes (78), en Seine Maritime (81) et en Vienne (82).

Notre étude a cherché à répondre à cette dernière demande en créant un outil d'aide à la prise en charge de la maltraitance infantile destiné aux médecins généralistes du Calvados, dont l'étude est détaillée dans la partie suivante.

II. Matériel et méthode

A. Choix de la méthode

Cette étude épidémiologique prospective évaluative a été effectuée via des questionnaires anonymes de types avant/après auprès des médecins généralistes du calvados exerçant en cabinet.

L'objectif principal de notre étude était de pouvoir évaluer l'impact d'une fiche d'information sur la connaissance de l'IP et du signalement auprès des médecins généralistes. L'objectif secondaire était d'évaluer l'état des connaissances vis-à-vis de l'IP et du signalement.

Notre travail a été soumis au guichet d'orientation pour la recherche de l'université de Caen, et celui-ci a estimé que notre travail de recherche ne nécessitait aucune démarche éthique ni de soutien statistique.

B. Caractéristiques des questionnaires

1. Forme

Il s'agissait de questionnaires réalisés à l'aide du logiciel d'enquête statistique Lime Survey® et hébergés sur la plateforme sécurisée de l'Université de Caen.

Les données ont été recueillies de manière anonyme puis ont été exportées et analysées dans le logiciel Excel® de Microsoft Office®.

Les questionnaires ont été au préalable testé sur 10 médecins généralistes n'exerçant pas dans le Calvados, pour en valider leur compréhension et faisabilité.

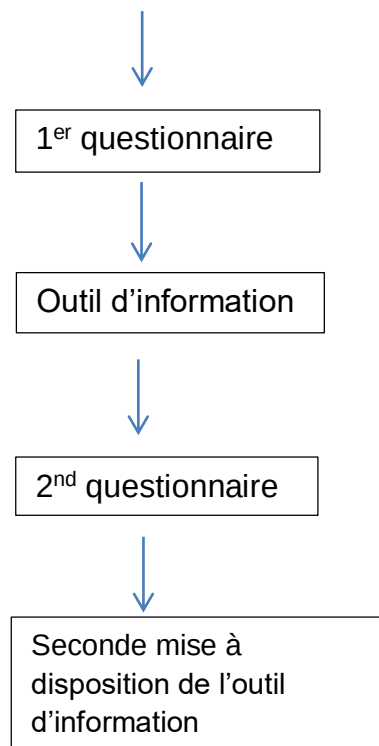
Le premier questionnaire comprenait 16 questions au total et le second questionnaire 10 questions. Les questions étaient fermées, sauf une seule restante ouverte dans chaque questionnaire.

Dans l'objectif de recueillir le maximum de données et afin de ne pas décourager les répondants, le nombre de questions a été défini pour que le temps de réponse à l'enquête ne dure pas plus de 10 minutes.

Les médecins généralistes recevaient un lien sécurisé par mail vers le premier questionnaire, une fois celui-ci terminé l'outil d'information était mis à leur disposition ainsi que le lien vers le second questionnaire afin d'évaluer la progression des réponses (figure 18)

Figure 18 : Déroulé de l'enquête.

Réception par mail du lien sécurisé



2. Fond

Le premier questionnaire était composé de 8 questions épidémiologiques où étaient recueillies les données personnelles et professionnelles, suivi par 2 cas cliniques. Le second questionnaire comportait uniquement 2 cas cliniques différents de ceux du premier questionnaire, mais appelant des réponses identiques.

Les deux questionnaires étant directement liés entre eux, il n'était pas nécessaire de relever à nouveaux les données épidémiologiques du répondant. Nous avons fait le choix des cas cliniques afin de rendre plus attractifs et concrets les questionnaires.

Les 8 questions épidémiologiques visaient à collecter les informations relatives au médecin interrogé (âge, sexe, lieu et mode d'exercice, pourcentage de mineurs dans la patientèle) ainsi que leur niveau de connaissance sur l'IP (formation déjà reçue, notion du terme IP, et de savoir s'il a déjà été confronté dans sa pratique à une situation ou suspicion de maltraitance sur mineur).

Les questions des cas cliniques évaluaient les connaissances des médecins interrogés sur l'information préoccupante, ses objectifs et conséquences, la responsabilité et sur l'obligation ou non d'informer la famille du mineur en danger.

Nous avons laissé la 1^{ère} question, « Que faites-vous ? » du 2^{ème} cas clinique ouverte afin de pouvoir au mieux refléter l'état des pratiques actuelles.

Enfin, la dernière question du 1^{er} questionnaire cherchait à savoir si les médecins possédaient les coordonnées de leur CRIP de secteur avant la délivrance de l'outil d'information. La dernière question du 2^{ème} questionnaire cherchait à savoir si l'outil leur semblait utile pour leur pratique. Ces deux dernières questions n'ont pas été incluses dans la notation car elles ne cherchaient pas à interroger les connaissances sur l'IP.

C. Population étudiée

Le critère d'inclusion de notre population d'étude, était tous les médecins généralistes exerçant en structure ambulatoire (cabinet) de ville dans le département du Calvados. Les critères d'exclusions étaient d'être médecin généraliste d'autres départements que le Calvados, d'être médecin généraliste exerçant une autre spécialité que la médecine générale et d'être médecin généraliste exerçant exclusivement en hospitalier.

Notre questionnaire a été diffusé via l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie, suite à l'engagement du respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à sa validation par l'équipe de recherche du Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Médecine de Caen.

Le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes du Calvados dont l'URML possédait les adresses e-mails, ce qui correspondait à 583 médecins.

D. L'outil d'information

Il a été réalisé en accord avec les critères de qualité essentiels de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)(83), et il est basé sur les recommandations de l'HAS « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir »(26). Il a été validé par la Chef du service de recueil des informations préoccupantes du Calvados. Il a également été soumis à la validation d'un pédiatre exerçant à l'Unité Médico Judiciaire du CHU de Caen.

L'outil d'information comporte 3 pages (Annexe 7) :

- Une page d'introduction exposant clairement ses objectifs.

Figure 19 : 1ère page de l'outil d'information

Kit d'aide à la prise charge des enfants et adolescents en danger pour les médecins généralistes du Calvados

Objectifs :

- Connaître les signes de maltraitance chez l'enfant et l'adolescent.
- Connaître les recours possibles face à une situation de mineur en danger.
- Connaître la définition de l'information préoccupante et les actions qui en découlent.
- Connaître les organismes à contacter et leurs coordonnées.

- Une deuxième page où sont rappelés les signes devant faire suspecter une maltraitance ; que faire en cas de danger immédiat ; la définition de l'IP, son but, ses actions déclenchées. Il a été ajouté un encart de prise en charge spécifique des violences sexuelles. Il met en avant l'autorisation du secret partagé entre professionnels dans l'intérêt du mineur et précise, que le médecin n'a pas à être sûr de la maltraitance, ni à en apporter la preuve. Il rappelle le code pénal sur le non engagement disciplinaire, civil ou pénal du médecin lors de la transmission d'une IP à la CRIP ou d'un signalement au procureur s'il agit de bonne foi.

Figure 20 : 2ème page de l'outil d'information

Kit d'aide à la prise charge des enfants et adolescents en danger pour les médecins généralistes du Calvados

LES SIGNES D'ALERTE* :

Suspecter une situation de maltraitance devant :

- Une ecchymose ou une fracture chez un nourrisson qui ne se déplace pas
- Une lésion traumatique (ecchymose, brûlure ou fracture) de localisation inhabituelle avec mécanisme accidentel peu plausible ou absence d'explication
- Un trouble des interactions chez le nourrisson
- Une absence inhabituelle d'expression de la douleur
- Des accidents domestiques multiples
- Des consultations répétées pour symptômes flous
- Des mises en danger répétées
- Une grossesse chez une jeune fille de moins de 15 ans
- Un trouble du sommeil ou du comportement alimentaire
- Un retard staturo-pondéral, un retard de développement psychomoteur, toute modification du comportement pour laquelle il n'existe pas d'explication claire.

! EN CAS DE DANGER IMMEDIAT :

Réaliser un signalement au Procureur de la République et adresser une copie à la CRIP.

Une hospitalisation est toujours possible pour mise à l'abri :

contacter le senior des urgences pédiatriques ;

CHU Caen : 02 31 27 25 97

CH Bayeux : 02 31 51 51 51

CH Flers : 02 33 62 62 00

CH St-Lo: 02 33 06 33 33

CH Lisieux : 02 31 61 31 31

CH Argentan : 02 33 12 33 12

CH Falaise : 02 31 40 42 46

CH Le Havre : 01 84 19 10 49

L'INFORMATION PREOCCUPANTE (IP)

C'est une information transmise à la cellule départementale (CRIP) pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :

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

Cadre réglementaire Loi 2007-293 du 5 Mars 2007 :

Autorisation de **secret partagé** entre professionnels dans l'intérêt de l'enfant.

Le médecin n'a pas à être sûr de la maltraitance, ni à en apporter la preuve !

Figure 21 : 2ème page de l'outil d'information (suite)

Les représentants légaux du mineur doivent être informés de cette transmission, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur.

article 226-14 du code pénal: pas d'engagement de la responsabilité disciplinaire, civile ou pénale du médecin lors de la transmission d'une information préoccupante à la CRIP ou d'un signalement au procureur sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Quel but ?

Evaluation du danger ou du risque de danger pour le mineur. Protéger le mineur et son développement futur. Proposition d'aides d'accompagnement et de prévention adaptées au mineur et à sa famille.

Comment ?

L'évaluation doit être menée dans un délai de 3 mois par des professionnels. Ce délai est réduit en fonction de l'âge de l'enfant, de la nature et de la caractérisation du danger.

L'évaluation approfondie la connaissance de la situation de l'enfant auprès des parents, de l'enfant et des autres professionnels (écoles, PMI...).

Les mesures proposées cherchent à être non contraignantes, en accord avec la famille sans caractère obligatoire.

Quelle décision au terme de l'évaluation ?

Le conseil départemental peut proposer à la suite de l'évaluation:

- Un suivi par la PMI
- Des aides au domicile : aide éducative, Intervention Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale, prestation d'accompagnement en économie sociale et familiale (logement, gestion du budget), aides financières
- Un suivi psychologique
- Un accueil provisoire ou modulable de l'enfant
- Un classement sans suite

En cas de danger et / ou opposition à l'aide proposée, le conseil départemental peut saisir la justice à tout moment pour : demande d'une mesure de protection judiciaire ou demande d'enquête pénale

LES VIOLENCES SEXUELLES :

Le plus souvent il s'agit d'une suspicion de la part de l'entourage ou de révélation par le mineur de faits anciens. Dans ces cas il est possible de réaliser **une information préoccupante** et de proposer une consultation spécialisée.

L'urgence médicale nécessitant l'hospitalisation est rare :

- Agression datant de moins de 72 heures nécessitant : des soins urgents dont une contraception d'urgence, des prélèvements à la recherche d'ADN de l'auteur présumé sur réquisition.
- Contact permanent ou fréquent avec l'agresseur.
- Signes somatiques ou psychiques sévères.

- La dernière page synthétise la conduite à tenir sous la forme d'un schéma, en cas de maltraitance ou suspicion de maltraitance. Elle délivre ensuite les coordonnées des institutions partenaires et des professionnels ressources dont la CRIP, le Tribunal Judiciaire, les urgences pédiatriques, l'unité médico judiciaire (UMJ) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen, un lien internet vers les coordonnées des PMI de proximité, le numéro du Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger.

Figure 22 : 3ème page de l'outil d'information.

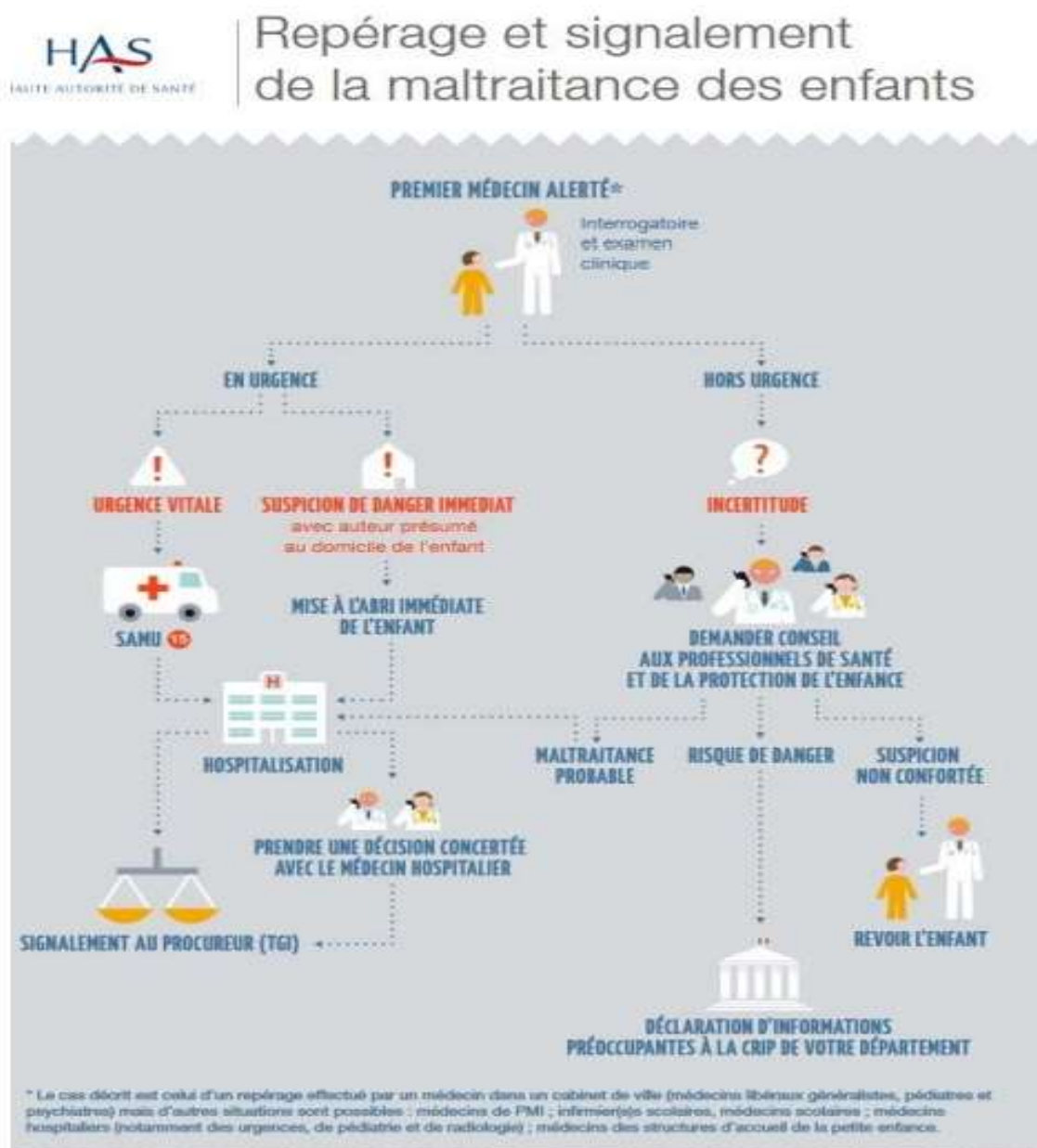


Figure 23 : 3ème page de l'outil d'information (suite)

QUI CONTACTER ?

Contacter la CRIP ou le Tribunal Judiciaire (TJ) du lieu de résidence de l'enfant.

- **CRIP du Calvados :**
Tél : 02 50 22 42 24 Fax : 02 31 57 16 69 Courriel : crip@calvados.fr
Service aide sociale à l'enfance, 17 avenue Pierre Mendes-France, 14 035 Caen Cedex 1

- **Tribunal judiciaire de Caen**
Tél : 02 50 10 13 00 Fax : 02 50 01 12 21 Courriel : tgi-caen@justice.fr
11 rue Dumont d'Urville, CS 45257, 14052 CAEN CEDEX

- **CHU Caen**
Urgences pédiatriques : 02 31 27 25 97
Unité Médico-Judiciaire (UMJ) : 02 31 04 48 09

	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime
CRIP	02 32 31 94 32 crip-27@cg27.fr	02 33 05 55 50 crip@manche.fr	02 33 81 63 06 crip@cg61.fr	02 35 03 51 15 crip76@seinemaritime.fr
TJ	02 32 29 55 00	02 33 01 61 61	02 33 82 25 00	02 35 52 88 70

- **En dehors des heures d'ouverture de la CRIP :** contacter le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger, en composant le numéro vert

119 *gratuit 24h/24 7j/7*

Service destiné aux victimes, proches des victimes, témoins et aux professionnels

- **Protection Maternelle et Infantile (PMI)**
Liste des PMI avec leurs coordonnées sur le site:
<https://www.calvados.fr/pres-de-chez-vous>

**Fiche HAS (octobre 2014) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l'enfant-reperage-et-conduite-a-tenir*

L'outil a été mis à disposition des médecins généralistes via la plateforme sécurisée de l'université de Caen sur le logiciel Lime Survey®. Il peut être lu en ligne et téléchargeable

par les médecins à la suite du 1^{er} questionnaire, puis de nouveau à la fin de l'enquête. L'objectif étant la conservation de l'outil d'information par les médecins.

E. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal utilisé était le résultat du score global obtenus par chaque médecin à chaque questionnaire avant (Q1) et après diffusion de l'outil (Q2), noté sur 60. Nous avons attribué à chaque bonne réponse 5 points. Les médianes des scores ont été comparées.

F. Période de l'enquête

En raison de l'épidémie de Covid 19 et de l'implication de l'URML dans la gestion de la crise sanitaire, l'envoi du questionnaire a dû être repoussé de quelques mois. Initialement prévue en début Janvier 2021, l'envoi s'est finalement déroulé du 09/03/2021 au 01/04/2021.

G. Saisie et exploitation des données

Les réponses aux questionnaires ont été rapportées dans le logiciel Microsoft Excel® 2010. Les calculs statistiques ont été réalisés par le logiciel « biostaTGV ».

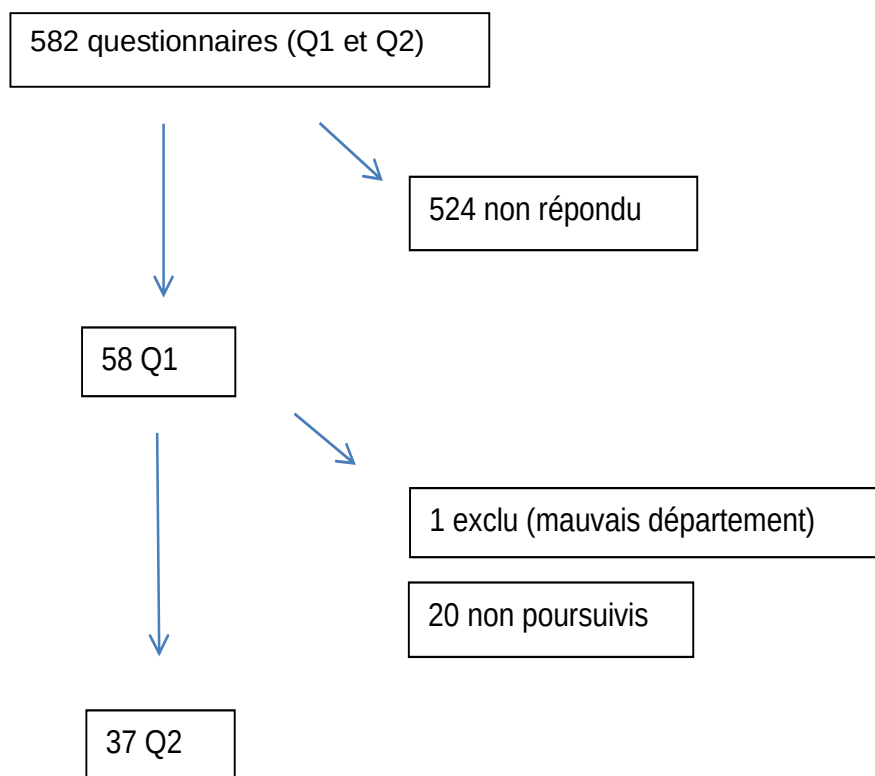
Le test exact de Fisher et le test de Mac Nemar, ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives. Le test de Shapiro-Wilk a été appliqué pour tester la normalité de la distribution des variables quantitatives. Nous avons choisi de comparer les médianes

des scores des 2 populations avec le test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés. Les données ont été exposées en médiane et intervalle interquartiles (IIQ) [1^{er} quartile et 3^{ème} quartile] ainsi qu'en pourcentages (%). Les tests étaient bilatéraux avec un risque d'erreur de première espèce « p » de 5% et un intervalle de confiance (IC) à 95%.

III. Résultats

Nous avons obtenu 57 réponses au 1^{er} questionnaire (Q1) et 37 réponses au 2^{ème} questionnaire (Q2). Vingt réponses étaient incomplètes (réalisation de Q1 mais pas de Q2), 15 questionnaires ont été ouverts et non remplis, enfin 1 questionnaire a dû être exclu car le répondant n'exerçait pas dans le calvados (voire le diagramme de flux).

Figure 24 : Diagramme de flux



Seules les 37 réponses complètes ont été interprétées. Les 2 populations étudiées avant et après l'outil d'information ont été pu être appariées de manière anonyme, grâce à un numéro de réponse attribué par le logiciel Lime Survey® du questionnaire.

La majorité des médecins répondants avait entre 30 et 50 ans (70%), avec une très faible part âgée de moins de 30 ans (3%). Selon l'atlas de démographie nationale (84), les moins de 30 ans sont effectivement minoritaires, cependant nous observons dans notre étude une légère sous-représentation des plus de 50 ans, qui devrait se situer aux alentours de 56%.

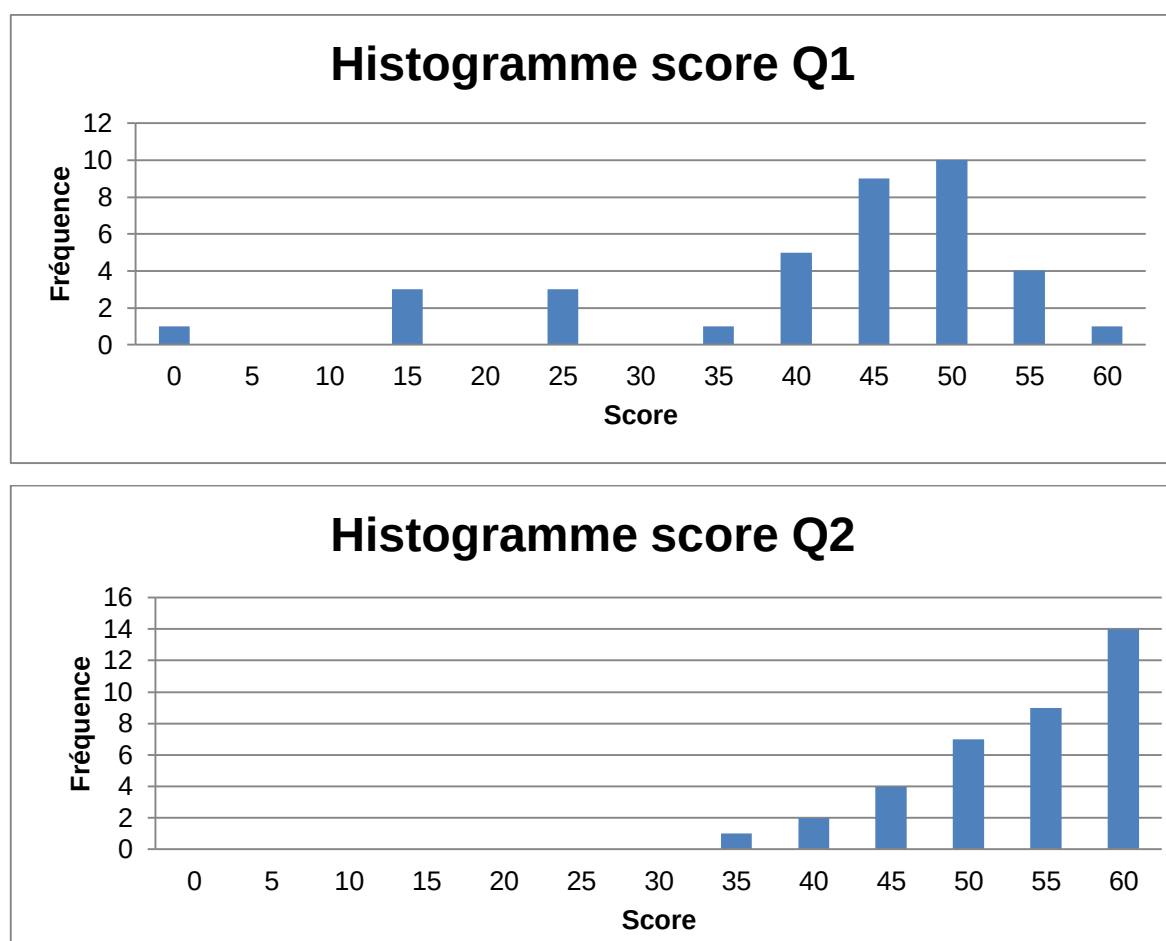
Il y avait une très mince majorité de femmes médecins généralistes (51%), proche des données nationales (50.4%) et régionales (48%) (84). Il y avait très peu de médecin exerçant en milieu rural (8%), la majorité exerçant en urbain et semi rural. La majorité des médecins exerçait en groupe et possédait une patientèle de mineur inférieur à 30% de leur patientèle totale. Une large majorité des médecins (81%) ont été confronté à une situation de maltraitance, cependant 62% d'entre eux déclaraient ne pas avoir reçu de formation sur la maltraitance infantile et 27% n'avaient pas connaissance de l'information préoccupante (tableau 1).

Nous avons illustré dans la figure 25, la distribution des scores au 1^{er} questionnaire (Q1) et au 2^{ème} questionnaire (Q2).

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants aux questionnaires 1 et 2.

<u>Caractéristiques</u>	n = 37	(%)
Sexe		
Homme	18	(49)
Femme	19	(51)
Age		
≤ 30 ans	1	(3)
Entre 30 et 50 ans	26	(70)
≥ 50 ans	10	(27)
Zone d'exercice		
Rural	3	(8)
Urbain	13	(35)
Semi rural	21	(57)
Mode d'exercice		
Seul	7	(19)
En groupe	30	(81)
Patientèle de mineur		
< 15%	17	(46)
Entre 15 et 30%	18	(49)
> 30%	2	(5)
Formation sur l'enfance en danger		
Oui	14	(38)
Non	23	(62)
Confrontation à une situation de maltraitance		
Oui	30	(81)
Non	7	(19)
Notion d'Information Préoccupante		
Oui	27	(73)
Non	10	(27)

Figure 25 : Histogramme des scores Q1 et Q2.



Dans le tableau 2, sont comparées les médianes des scores au premier et second questionnaire. Lors du premier questionnaire, le score médian de l'ensemble des médecins est de 45 [40-50] et lors du second questionnaire, le score médian est de 55 [50-60]. La progression n'a pu être analysée chez les moins de 30 ans et les médecins ayant une patientèle composée de plus de 30% de mineurs, du fait du très faible nombre de médecins possédant ces caractéristiques ($n < 3$). La progression n'a pas été significative chez le faible nombre de médecins exerçant en milieu rural ($n = 3$). Elle s'est cependant révélée significative pour les autres caractéristiques ($p < 0.05$) ainsi que sur l'ensemble de la population ($p < 0.001$).

Tableau 2 : Comparaison des médianes des scores.

<u>Questionnaire 1</u>				<u>Questionnaire 2</u>		
<u>Caractéristiques</u>	n	Médiane score (/60)	IIQ [25%-75%]	Médiane score (/60)	IIQ [25%-75%]	P Significatif <0.05
<u>Sexe</u>						
Homme	18	42.5	[36.2-50]	55	[50 -60]	<0.001
Femme	19	45	[45-50]	55	[47.5-60]	0.003
<u>Age</u>						
≤ 30 ans	1	45	[45-45]	50	[50-50]	.
Entre 30-50 ans	26	50	[45-50]	55	[50-60]	<0.001
≥ 50 ans	10	30	[17.5-43.7]	55	[50-58.7]	0.013
<u>Zone d'exercice</u>						
Rural	3	45	[35-45]	55	[55-55]	0.173
Urbain	13	45	[40-50]	60	[50-60]	0.003
Semi rural	21	45	[40-50]	55	[45-60]	0.001
<u>Mode d'exercice</u>						
Seul	7	50	[45-50]	60	[55-60]	0.021
En groupe	30	45	[40-50]	55	[50-60]	<0.001
<u>Patientèle de mineur</u>						
< 15%	17	45	[25-45]	55	[45-60]	0.002
Entre 15 et 30%	18	50	[41.25-50]	57.5	[50-60]	<0.001
> 30%	2	47.5	[46.25-48.7]	55	[55-55]	.
<u>Formation sur l'enfance en danger</u>						
Oui	14	50	[46.25-50]	60	[55-60]	0.002
Non	23	45	[25-45]	55	[47.5-57.5]	<0.001

<u>Confrontation à une situation de maltraitance</u>						
Oui	30	45	[41.25-50]	55	[50-60]	<0.001
Non	7	25	[15-35]	55	[47.5-57.5]	0.022
<u>Notion d'IP*</u>						
Oui	27	50	[45-50]	55	[50-60]	<0.001
Non	10	25	[17.5-40]	55	[50-58.75]	0.009
<u>Total population</u>	37	45	[40-50]	55	[50-60]	<0.001

*IP : information préoccupante

Il y a eu une progression significative des scores au second questionnaire sur la définition de l'IP ($p < 0.05$), sur l'engagement de la responsabilité ($p < 0.001$) ainsi que sur l'obligation d'information des parents ($p < 0.05$) (tableau 3).

93% des médecins dès le 1^{er} questionnaire savaient que la certitude diagnostique ou l'apport de preuves n'est pas obligatoire pour la réalisation d'une IP contre 100% au 2^{ème} questionnaire ($p = 0.479$). La majorité des médecins ont bien su différencier l'IP et le signalement aux deux questionnaires ($p = 0.617$) (tableau 3). Les médecins ont bien répondu sur la recherche d'accord de la famille pour l'instauration des aides au deux questionnaires.

Face au cas clinique, il y a eu une augmentation significative de la rédaction d'une IP au deuxième questionnaire ($p < 0.05$). 14% des médecins lors du premier questionnaire ne savaient pas quoi faire contre 3% au 2^{ème} questionnaire.

Quelques médecins ont choisi d'autres solutions au cas clinique en s'appuyant notamment sur d'autres structures ou professionnels de santé (le centre médico-social, les psychologues) ou en choisissant de temporiser la situation en reprogrammant une réévaluation de la situation (tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison des réponses des médecins au 1er questionnaire (Q1) et au 2ème questionnaire (Q2).

<u>Questions</u>	Q1 n (%)	Q2 n (%)	P Significatif <0.05
<u>Définition de l'IP</u>			
C'est un courrier adressé au médecin de la PMI pour organiser des consultations de suivi du mineur et d'accompagnement de la famille	2 (5)	0 (0)	
C'est un courrier adressé au conseil départemental qui permet une évaluation du danger ou du risque de danger pour le mineur*	29 (78)	36 (97)	<0.05
C'est un courrier adressé au conseil départemental qui conduit au placement des 2 enfants le temps de l'enquête sociale	0 (0)	0 (0)	
C'est un courrier adressé à l'inspection d'académie qui permet que l'enfant soit vu par l'infirmière et la psychologue scolaire	1 (3)	1 (3)	
C'est un courrier adressé au parquet, qui déclenche une enquête de gendarmerie ou de police	0 (0)	0 (0)	
Ne sait pas	5 (14)	0 (0)	
<u>En agissant de bonne foi, la réalisation de l'information préoccupante engage-t-elle votre responsabilité disciplinaire, civile ou pénale ?</u>			
Oui	4 (11)	1 (3)	
Non*	21 (57)	36 (97)	<0.001
Ne sait pas	12 (32)	0 (0)	
<u>Vous décidez de réaliser une IP: en informez-vous les parents ?</u>			
Oui vous êtes obligé	4 (11)	1 (3)	
Oui sauf si c'est contre l'intérêt de l'enfant*	21 (57)	35 (95)	<0.05
Non	2 (5)	1 (3)	
Ne sait pas	10 (27)	0 (0)	

*Bonne réponse

<u>Nécessité d'apporter la preuve de la maltraitance</u>			
Oui	0 (0)	0 (0)	0.479
Non*	35 (95)	37 (100)	
Ne sait pas	2 (5)	0 (0)	
<u>Différence entre l'IP et le signalement</u>			
Aucune	3 (8)	5 (14)	0.617
L'IP est réalisée en dehors d'une situation d'urgence, en cas de danger ou de risque de danger pour un mineur*	30 (81)	32 (86)	
L'IP est réalisée en cas de danger immédiat pour un mineur	1 (3)	0 (0)	
Ne sait pas	3 (8)	0 (0)	
<u>Les aides proposées :</u>			
Sont imposées	0 (0)		1
Cherchent à être en accord avec la famille*	36 (97)	37 (100)	
Ne sait pas	1 (3)		
<u>Cas Clinique : Que faites-vous ?</u>			
Vous rédigez une IP*	16 (43)	29 (78)	<0.05
Vous réalisez une hospitalisation en urgence	10 (27)	1 (3)	
Vous réalisez un signalement au procureur	2 (5)	5 (14)	
Ne sait pas	5 (14)	1 (3)	
Autre :	4 (11)	1 (3)	

*Bonne réponse

Dans une situation de crainte pour la sécurité d'un enfant, les urgences pédiatriques étaient les premières à être contactées pour obtenir des conseils puis la CRIP suivie par la PMI dans le premier questionnaire. Au second questionnaire la CRIP a été sollicitée en majorité ($p < 0.05$) suivie par les urgences pédiatriques. La médecine scolaire, le 119 ou encore l'Ordre des médecins ont très peu été choisis (tableau 4).

Tableau 4 : Les professionnels à contacter et les aides proposées suite à une IP. Comparaison des réponses au 1er questionnaire (Q1) et au 2ème questionnaire (Q2).

<u>Questions</u>	Q1 n (%)	Q2 n (%)	P Significatif <0.05
<u>Dans cette situation de crainte pour la sécurité d'un enfant, à quel professionnel vous adresseriez vous EN PREMIER pour demander conseil ?</u>			
Les associations	0	0	<0.05
Le centre médico-social	3 (8)	4 (11)	
L'Ordre des médecins	1 (3)	0 (0)	
La CRIP*	10 (27)	22 (59)	
Les urgences pédiatriques	12 (32)	7 (19)	
Le procureur	3 (8)	1 (3)	
La PMI	6 (16)	3 (8)	
Le médecin scolaire	1 (3)	0 (0)	
Le numéro 119 « allo enfance en danger »	1 (3)	0 (0)	
<u>Quelles aides peuvent être proposées suite à l'information préoccupante ? (choix multiples)</u>			
Un suivi PMI*	31 (84)	34 (92)	0.449
Un accueil des autres enfants en crèche ou en périscolaire*	16 (43)	25 (68)	<0.05
Une orientation vers une prise en charge thérapeutique *	32 (86)	37 (100)	0.073
L'intervention de techniciens d'intervention sociale ou familiale *	31 (84)	35 (95)	0.220
Vous ne savez pas	4 (11)	0 (0)	
Médecins ayant donné les 4 bonnes réponses	15 (40)	25 (67)	<0.05

*Bonne réponse

Concernant les aides pouvant être apportées suite à une IP, il y a une progression significative des bonnes réponses au deuxième questionnaire. Seulement 40% des médecins au premier questionnaire, connaissait l'ensemble des aides pouvant être proposées, contre 67% au deuxième questionnaire ($p < 0.05$) (tableau 4).

Il n'a pas été retrouvé de différences significatives entre la population ayant répondu uniquement au premier questionnaire, avec la population ayant répondu au premier et au deuxième questionnaire (tableau 5).

Tableau 5 : Comparaison de la population ayant répondu à Q1 uniquement avec la population ayant répondu à Q1 et Q2.

<u>Caractéristiques</u>	Population ayant répondu uniquement à Q1 n = 20	(%)	Population ayant répondu à Q1 et Q2 n = 37	(%)	P Significatif<0.05
<u>Sexe</u>					
Homme	9	(45)	18	(49)	1
Femme	11	(65)	19	(51)	
<u>Age</u>					
≤ 30 ans	4	(20)	1	(3)	0.055
Entre 30 et 50 ans	9	(45)	26	(70)	
≥ 50 ans	7	(35)	10	(27)	
<u>Zone d'exercice</u>					
Rural	1	(5)	3	(8)	0.908
Urbain	6	(30)	13	(35)	
Semi rural	13	(65)	21	(57)	
<u>Mode d'exercice</u>					
Seul	6	(30)	7	(19)	0.509
En groupe	14	(70)	30	(81)	
<u>Patientèle de mineur</u>					
< 15%	6	(30)	17	(46)	0.508
Entre 15 et 30%	12	(60)	18	(49)	
> 30%	2	(10)	2	(5)	
<u>Formation sur l'enfance en danger</u>					
Oui	4	(20)	14	(38)	0.235
Non	16	(80)	23	(62)	
<u>Confrontation à une situation de maltraitance</u>					
Oui	14	(70)	30	(81)	0.509
Non	6	(30)	7	(19)	
<u>Notion d'Information Préoccupante</u>					
Oui	14	(70)	27	(73)	1
Non	6	(30)	10	(27)	

Les coordonnées de la CRIP du secteur des médecins répondants n'était possédée que par 35% d'entre eux. Enfin la totalité des médecins ont pensé que ce type de kit d'information, comme celui qui leur a été délivré, apporte un bénéfice pour leur pratique.

IV. Discussion

A. Principaux résultats

L'outil d'information évalué dans notre étude s'est révélé efficace avec une progression significative des médianes de 10 points. En effet, la médiane des scores est passée de 45 sur 60 avant la lecture de la fiche d'information, à 55 sur 60 après la lecture de la fiche ($p < 0.001$). L'outil a donc permis d'améliorer significativement les connaissances des médecins généralistes du Calvados sur l'information préoccupante.

La majorité des médecins avait plus de 15% de mineurs dans leur patientèle, ce qui correspondrait selon les données de l'assurance maladie (85), à plus de 300 mineurs vu chaque année, un nombre non négligeable. 81% des médecins interrogés déclaraient avoir déjà été confronté à une situation de maltraitance ou de suspicion de maltraitance. Or seulement 38% des médecins déclaraient avoir reçu une formation sur l'enfance en danger.

Avant notre intervention, la notion d'IP était connue pour 73% des médecins et 78% en ont donné la bonne définition au premier questionnaire. Suite à la délivrance de l'outil d'information, 97% des médecins ont su définir correctement l'IP.

Lors du premier questionnaire, les médecins ont rencontré des difficultés aux questions portant sur la définition de l'IP, sur les conséquences légales de sa transmission, sur l'obligation d'informer la famille et sur les aides pouvant être mise en place à la suite d'une IP. En effet, seulement 57% des médecins connaissaient les conséquences de la transmission d'une IP sur leur responsabilité disciplinaire, civile ou pénale contre 97% au second questionnaire ($p < 0.001$). Seul 57% également, ont bien répondu sur l'obligation

d'information de la famille au premier questionnaire contre 95% au second questionnaire ($p < 0.05$).

Notre outil a permis aux médecins de mieux connaître les différentes aides mises en place suite à l'IP avec une progression du score significative ($p < 0.05$). Au premier questionnaire, moins de la moitié des médecins connaissaient l'ensemble des aides pouvant être proposées et 11% n'en connaissaient aucune.

Concernant les professionnels à contacter en premier pour demander conseil, la CRIP était considérée comme la bonne réponse, cependant cet item a surtout servi à évaluer les pratiques actuelles. En effet, il n'est pas faux de demander conseil aux urgences pédiatriques et d'ailleurs, elles étaient les premières sollicitées au premier questionnaire. Cependant il peut être difficile dans le cas d'une situation où l'enfant ne se trouve pas en danger immédiat de prendre le temps de discuter et d'évaluer une situation avec les services d'urgences. Suite à la délivrance de notre outil d'information, la CRIP est devenue la première interlocutrice suivie par les urgences pédiatriques.

On observe une progression significative concernant la décision de rédiger une IP plutôt qu'un signalement, face à une situation donnée. Le signalement apparaissait comme démesuré face à la situation énoncée, mais il ne correspond pas à une faute. Le Procureur dans ce cas peut décider de rediriger le signalement à la CRIP.

Peu de médecins possédaient les coordonnées de la CRIP et la totalité d'entre eux ont vu cet outil d'information comme un bénéfice pour leur pratique professionnelle.

B. Validité interne

La méthode de l'étude a visé un échantillonnage le plus représentatif possible des médecins généralistes du Calvados grâce à l'approbation et aide de l'URML. En effet, l'URML possède les contacts de la majorité des médecins généraliste évitant ainsi une sélection des praticiens.

L'échantillon des répondants était représentatif en genre de la population des médecins généralistes du Calvados selon l'atlas de démographie nationale (84).

Malgré un faible taux de réponse, les résultats statistiquement significatifs sont nombreux. Les personnes n'ayant pas répondu au second questionnaire, ne présentent pas de caractéristiques collectées significativement différentes par rapport à celles de la population ayant répondu aux deux questionnaires.

La progression du score médian étant significative, ainsi que la majorité des sous scores, la conclusion de l'étude n'est donc pas biaisée par une seule question facile.

Le principe de notre fiche d'information se base sur le même principe que les fiches mémos et de pertinence de l'HAS, avec pour but d'améliorer la prise en charge des patients, et donc les soins qui leur sont apportés.

L'impact positif des fiches d'information a déjà été démontré dans de nombreuses études, comme par exemple dans l'étude : sur les effets secondaires des chimiothérapies (86) ; sur l'acceptation des génériques par les personnes âgées (87) ; sur la connaissance des parents de la gastro entérite du nourrisson (88), etc.

Toutes ces études ont rapporté une amélioration des connaissances et une aide à la pratique. L'étude de référence réalisée en Loire Atlantique, cherchant à évaluer l'impact d'une fiche d'information sur l'IP a également utilisé avec succès la même méthodologie.

C. Validité externe

De nombreuses études ont été menées sur les freins au dépistage et à la prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes, mais peu sur l'information préoccupante. Cela pourrait s'expliquer en partie par le caractère contemporain du terme.

Si l'on compare nos résultats avec ceux de la Loire Atlantique (89) et du Nord-Pas-de-Calais (80), un plus faible nombre de médecins, seulement 64.2% et 64% des médecins interrogés déclaraient connaître l'IP (contre 73% dans notre étude). On peut émettre

l'hypothèse d'une meilleure communication sur le sujet au sein du département, et également une meilleure information par les médias cette année.

En effet, il est important de souligner, qu'au cours de cette année, les questions autour de la protection de l'enfance ont été particulièrement mises en avant que ce soit au niveau politique, culturel ou médiatique. De nombreux films et livres autobiographiques retraçant des violences durant l'enfance ont été publiés. Dans le milieu sportif, le scandale de violences sexuelles dans le patinage artistique suivi de nombreuses autres déclarations brisant l'omerta, ont été largement relayés médiatiquement et sur les réseaux sociaux. Enfin l'accent porté par les politiques avec la diffusion de messages de prévention télévisuel sur la maltraitance durant la période de confinement due à l'épidémie Covid 19 a participé à une meilleure prévention.

L'étude référence en Loire Atlantique a aussi montré une progression significative des scores des médecins généralistes après délivrance d'une fiche d'information sur l'IP. Notre étude est donc la seconde à valider ce type d'outil sur l'IP.

Sur la formation professionnelle, en Loire Atlantique, le même pourcentage de médecins (39%), déclarait ne pas avoir reçu de formation sur l'enfance en danger.

Concernant les professionnels à contacter face à une situation de danger pour un enfant, les urgences pédiatriques étaient au 1^{er} questionnaire, l'interlocuteur privilégié suivi par la CRIP puis la PMI. Suite à la lecture de l'outil d'information, la CRIP est devenue la première interlocutrice, suivie par les urgences pédiatriques et la PMI. Ces résultats sont similaires avec l'étude de Loire Atlantique.

Dans l'étude de 2019 menée auprès des médecins généralistes de l'Eure (8), 66,67% ne connaissaient pas la CRIP. Le fait que dans notre étude, la CRIP ne soit choisie que par 27% des médecins au 1^{er} questionnaire, pourrait s'expliquer aussi par le manque de connaissance des médecins généralistes de la CRIP et de ses coordonnées.

Les urgences pédiatriques, comme discuté précédemment, peuvent ne pas être le lieu le plus adapté à une situation à caractère non urgent où il serait nécessaire de prendre le temps de discuter d'une situation et d'entamer un suivi. La PMI peut se révéler être un excellent allié pour suivre l'enfant en complément du médecin généraliste. En effet, le médecin de PMI est en lien avec les travailleurs sociaux et ceux de l'Education Nationale.

D. Limites

Un nombre limité de réponses a été obtenu. La crise sanitaire entraînée par la pandémie de Covid-19, a entraîné une temporisation de l'envoi par l'URML Normandie et il n'a malheureusement pas été permis de faire de relance. Nous avons fait le choix de faire notre étude sur les réponses complètes pouvant ainsi faire nos calculs sur des données appariées et obtenir des résultats plus significatifs.

Afin d'évaluer l'efficacité de la fiche d'information à plus long terme, il aurait été intéressant de laisser un délai entre la délivrance de l'outil d'information et le second questionnaire.

En comparant l'échantillon de répondant avec la population des médecins généralistes du Calvados, il est observé une sous-représentation des médecins âgés de 50 ans ou plus.

Le format de notre étude, par questionnaires en ligne, offrait la possibilité de distinguer une réponse partielle, d'une non-réponse initiale. Cela nous a permis de constater que les médecins, qui n'ont pas poursuivis jusqu'au bout le questionnaire, se sont arrêtés à la suite de la délivrance de l'outil d'information. Il est possible de penser qu'une fois le but désiré d'obtenir l'outil d'information, il peut y avoir une perte d'intérêt à poursuivre l'enquête. De plus, il est intéressant de souligner qu'en autorisant les individus eux-mêmes à décider s'ils participent ou non à l'enquête, il se crée une « auto sélection ». Il a été observé dans différentes études, comme l'enquête sur les opinions politiques de Faas et Schoen (2005)(90) ou l'enquête sur la protection des animaux de Shropshire *et al.* (2009)(91), que l'auto sélection est aussi logiquement influencée par l'intérêt que l'on porte à l'enquête. Plus un individu est intéressé par le sujet traité, plus il a tendance à remplir le questionnaire jusqu'au bout. Il est donc probable, que les médecins ayant répondu jusqu'au bout aient été déjà sensibilisé et intéressé par le sujet de l'information préoccupante.

Il est possible, que les non réponders aient moins d'intérêt et donc de compétences sur le sujet de l'information préoccupante et que l'outil d'information leur soit d'autant plus bénéfique.

Cependant, même avec un taux de réponses limité, les résultats obtenus sont comparables aux études similaires déjà réalisées.

V. Conclusion

La maltraitance infantile entraîne la mort d'un enfant, tué par l'un de ses parents, tous les cinq jours. 11,6 % de l'ensemble de la population, soit plus de 7 millions de personnes, déclarent avoir subi des violences physiques de manière continue durant l'enfance et l'adolescence. Les conséquences de la maltraitance infantile sont nombreuses, durables et impactent toute la société.

De nombreuses avancées ont été faites concernant la protection de l'enfance au niveau législatif avec la loi du 5 mars 2007, puis celle du 14 mars 2016 en développant la prévention, en renforçant le dispositif d'alerte et en améliorant les modes d'interventions. Chaque département est désormais doté d'une CRIP, qui se charge du recueil, du traitement et de l'évaluation des IP, concernant les enfants en danger ou en risque de danger.

La grande majorité des enfants sont suivis par un médecin généraliste, ce qui lui offre un rôle déterminant dans le repérage et la prise en charge de la maltraitance infantile. Malgré les avancées citées, ils ne restent à l'origine que de 1 à 5% des IP.

Si 11.6% de français se déclare victime de maltraitance physique durant l'enfance, il est plus que probable, que chaque médecin généraliste suit dans sa patientèle des enfants maltraités. Il semble donc être une priorité d'aider les médecins généralistes à détecter le plus précocement possible et prendre en charge la maltraitance tant celle-ci à des conséquences dramatiques sur l'enfant, son développement et sur la société.

Nous connaissons certaines aides proposées aux médecins généralistes comme : une trame pour le recueil des IP élaborée en janvier 2021 par l'HAS à destination de tous les professionnels pouvant émettre une IP (92) ; des formations en lignes avec l'inscription

du « repérage de la maltraitance et de la violence et conduite à tenir » comme une des orientations nationales prioritaires de l'agence du Développement Professionnel Continu (DPC) 2020-2022 (93).

Cependant, les freins évoqués par les médecins généralistes sont multiples et l'amélioration des pratiques ne pourra se faire qu'avec une approche globale.

Notre étude a cherché à compléter ces aides proposées et a montré l'utilité de notre outil d'information sur l'IP pour les médecins généralistes du Calvados. Nous espérons que cette sensibilisation et que cette amélioration des connaissances, aboutiront à une meilleure prise en charge des enfants en danger et risque de danger. Nous espérons avoir levé certains freins, comme ceux sur les craintes des conséquences professionnelles et ceux sur le secret médical partagé, en rappelant les textes de lois. Nous aspirons avec cet outil pratique, faciliter et aider l'exercice des professionnels de santé.

Nous pouvons penser que la diffusion de notre outil d'information, par le Conseil Départemental du Calvados aux médecins généralistes, présenterait un intérêt. L'outil pourrait être également diffusé aux autres départements de Normandie ainsi qu'aux autres régions françaises, après ajustement des coordonnées.

Enfin, il serait intéressant de mener une nouvelle étude afin d'évaluer l'efficacité de l'outil d'information à plus long terme et aussi d'étudier l'impact sur le nombre d'IP dans le département suite à sa diffusion.

VI. Bibliographie

1. Compagnon C, Del Volgo B, Thomas F, Durand N, Neymarc F, Liouville E, 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. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la justice, Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation; 2018 mai.
2. Beck F, Cavalin C, Maillochon F. Violences et santé en France, état des lieux. DREES. Paris; 2010. (Etudes et statistiques).
3. CNEG. Marguerite des compétences. [Internet]. Collège Nationale des Généralistes Enseignants. 2012 [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf
4. Sénat. 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. [Internet]. Paris, Sénat; 2013 juin [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
5. Tursz A., Gerbouin-Rérolle P. Recueil des données lors des examens de santé et activités de dépistage. Santé de l'enfant. Propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle. Inserm Editions; 2009.
6. Mignien M. Ressenti des médecins généralistes face à la maltraitance infantile. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
7. Renzi C. Dépistage des maltraitements infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles. Etude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine et de maïeutique, Lyon Sud Charles Mérieux; 2017.
8. Pincaut Morgane. Prise en charge de la maltraitance infantile dans l'Eure : état des lieux des connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Eure [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
9. UNICEF. Convention internationale des droits de l'enfant. [Internet]. 1989 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
10. UNICEF. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). [Internet]. UNICEF France. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
11. Organisation Mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants [Internet]. 2016 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

12. Légifrance. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000823100/>
13. Légifrance. Code civil, Section 2 : De l'assistance éducative (Articles 375 à 375-9) [Internet]. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207495/
14. Observatoire national de l'action sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique. 2001 mai p. 17.
15. Organisation Mondiale de la Santé. INSPIRE: Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. Management of Non communicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention (NVI). 2016;16.8.
16. ONU. Un milliards d'enfants sont victimes de violences chaque année, l'ONU appelle à les protéger [Internet]. ONU info. 2020. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2020/06/1071212>
17. World Health Organization. Global status report on violence prevention. [Internet]. Genève; 2014 p. 70. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
18. Organisation Mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. In: Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002. p. 66.
19. Naves P, Briand C, Oui A. Pour et avec les enfants et adolescents, leurs parents et les professionnels contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence. [Internet]. Ministère délégué à la Famille; 2003 juin. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000379.pdf>
20. ONPE. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation. Quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement. 2020 mai.
21. SNATED. Étude annuelle relative aux appels du SNATED en 2019. [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_snated_2019_complet.pdf
22. GIP, SNATED. Bilan relatif à l'activité du 119 : période de confinement. [Internet]. 2020 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/activites>
23. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse et des Sports. La protection de l'enfance [Internet]. education.gouv.fr. 2020 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/la-protection-de-l-enfance-5300>
24. Institute of Medicine, National Research Council. New directions in child abuse and neglect research. Washington: The National Academies Press. 2014;
25. Gerard M, Lancrey-Javal G, Hauser M. La maltraitance des enfants: Comment les Français se représentent-ils la maltraitance des enfants? Dans quelle mesure y ont-ils déjà été confrontés ? [Internet]. Etude Harris Interactive pour l'association l'Enfant Bleu présenté à; 2017 oct [cité 17 nov 2020]; Vincennes. Disponible sur: http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2018/10/Rapport-Harris-2017-La_maltraitance_des_enfants-Enfant_bleu.pdf

26. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
27. Lasek-Duriez A, Léauté-Labrèze C. Signes cutanés des sévices à enfants (à l'exclusion des sévices sexuels). Elsevier Masson. 2009;136:838-44.
28. Tursz A. Maltraitance à la petite enfance: un phénomène sous-estimé que les médecins doivent apprendre à reconnaître. Rev Prat. mai 2011;61(5):652.
29. National Institute for Health and Care Excellence. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2017.
30. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Rapport d'élaboration. [Internet]. 2014 [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
31. Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, et al. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood: their range and recognition. Child Abuse Negl. 2013;37(7):430-45.
32. Société française de médecine physique et de réadaptation, Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
33. Adamsbaum C, Grabar S, Méjean N, et al. Abusive Head Trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. Pediatrics. 2010;126:546-55.
34. Tursz A, Cook J. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. Pediatr Radiol. 2014;Pediatric Radiology:p 641-646.
35. Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Démarche diagnostique. [Internet]. 2017 [cité 4 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_1_bebe_secoue.pdf
36. Pineau P, Massoubre C. Détecter la maltraitance psychologique chez l'enfant lors d'une consultation aux urgences [Internet]. SFMU: Société Française de Médecine d'Urgence. 2014 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences_2014/donnees/pdf/026.pdf
37. Légifrance. Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. [Internet]. 2021 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/4/21/2021-478/jo/texte>
38. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet Lond Engl. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
39. Tursz A. Les morts violentes de nourrisson : trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. INSERM-CNRS; 2011.

40. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;p 337-340.
41. Henrrekohl TI, Sousa C, Tajima EA, Henrrekohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(2):84-99.
42. Jarvis KL, Gordon EE, Novaco RW. Psychological Distress of Children and Mothers in Domestic Violence Emergency Shelters. *Journal of Family Violence*. déc 2005;p 389-402.
43. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):10-20.
44. Johnson J, Leff M. Children of substance abusers : overview of research findings. *Pediatrics*. 1999;103:1085-99.
45. Cort N, Toth SL, Rogosch F, Cerulli C. Maternal Intergenerational Transmission of Childhood Multitype Maltreatment. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma Maltreatment & Trauma*. 2011;20(1):18-39.
46. Inserm. Troubles mentaux - Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Les éditions Inserm. Paris; 2002.
47. Lee CM, Gotlib IH. Maternal depression and child adjustment : a longitudinal analysis. *J Abnorm Psychol*. 1989;98(1):78-85.
48. Thompson R, Tabone J. The impact of early alleged maltreatment on behavioral trajectories. *Child Abuse Negl*. 2010;34(12):907-16.
49. Norman R, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and metaanalysis. *PLOS Med*. 2012;9(11):e1001349.
50. Hélie S, Clément M-È. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(26-27):520-5.
51. Widom C, Czaja S, Bentley T, Johnson M. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health*. 2012;102(6):1135-44.
52. Sylvestre A, Bussi res E, Bouchard C. Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreat*. 2016;21(1):47-58.
53. Romano E, Babchishin L, Marquis R, Fr chette S. Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma Violence Abuse*. 2015;16(4):418-37.
54. Wendland J, Lebert A, De Oliveira C, Boujut E. Liens entre maltraitance pendant l'enfance ou l'adolescence et consommations de substances   risque chez les jeunes adultes. In: *L' volution Psychiatrique*. Elsevier. 2017. p. 383-93.
55. Huang S, Trapido E, Fleming L, Arheart K, Crandall L, et al. The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. In: *Addictive Behaviors*. 2011. p. 95-102.

56. Mercier G. Rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant. Université du Québec à Trois-Rivières; 2012.
57. Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Developmental psychopathology. Risk, Disorder, and Adaptation. New York: Wiley: D. Cicchetti & D. J. Cohen; 2006. p. 129-201.
58. OMS. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. [Internet]. Genève; 2006. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf;jsessionid=E784F2156D5E9FD72EDCD39B6EDCCCC0?sequence=1.
59. Fromm S. Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence. Prevent Child Abuse America (PCAA). 2001;
60. De Ayala C. L'histoire de la protection de l'enfance. Le journal des psychologues. 2010;(277):24-7.
61. Calin D. De l'enfance muette à l'enfance déniée. Enfances Psy. 2007;36(3):136-44.
62. Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger. Historique: textes de 1793 à 1935 [Internet]. Observatoire National de la Protection de l'Enfance. 2012 [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/historique#1793%20%C3%A0%201935>
63. Société des Nations. Déclaration de Genève [Internet]. 1924 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr/documents/declaration1924.pdf>
64. Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948. [Internet]. Justice-Portail. 1948 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
65. Nations Unies. Déclaration des droits de l'enfant [Internet]. 1959 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: [https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/RES/1386%20\(XIV\)](https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/RES/1386%20(XIV))
66. Kahn-Bensaude I, Faroudja J-M. La protection de l'enfance: signalement et information préoccupante. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2010.
67. Ministère de la santé et des solidarités. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide Pratique: la protection de l'enfance; 2011.
68. Observatoire national de la protection de l'enfance. Interventions en protection l'enfance [Internet]. onpe.gouv.fr. 2012 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/ressources/interventions-en-protection-lenfance>
69. Ministère des familles, de l'enfance et de droits de femmes. La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Edition Dicom n°16-052; 2016.
70. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Secret médical et violences au sein du couple. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/secret-medical-violences-couple>

71. Ministère de la Justice. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. [Internet]. 2020 [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/secret-medical-violences-couple>
72. Gréco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale : bases pour améliorer la formation. [Thèse d'exercice]. Université de Paris 11. Faculté de médecine de Paris Sud, Kremlin-Bicêtre.; 2013.
73. Launay E, Canévet J-P, Senand R, Rozé J-C, Gournay V, Picherot G, et al. Les « feux tricolores » en pédiatrie : état des lieux des connaissances en début de 3e cycle de médecine générale. Elsevier Masson. mars 2014;21(3):265-71.
74. Nicolas B. Maltraitance de l'enfant de moins de six ans: quel rôle pour le médecin généraliste ? : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
75. Le Breton Anne-Laure. Prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Loiret [Thèse d'exercice]. Université François-Rabelais. Faculté de médecine de Tours; 2013.
76. Amalia Arrieta, Martine Balençon. Connaissance des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance Enquête descriptive prospective en Ile-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Rennes-1; 2013.
77. Tual O. Maltraitance sur mineur : quels sont les freins au repérage et à la prise en charge par les médecins généralistes en Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2018.
78. Verrier Mathilde. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2015.
79. Collet H. Modalités et difficultés de signalement chez les pédiatres aux CHRU de Nancy et Caen en cas de suspicion de maltraitance faite aux enfants. [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2019.
80. Prévost -Vanpouille E. Enfance en danger: comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes? [Thèse d'exercice]. Université de Lille-Faculté de médecine Henri Warembourg; 2019.
81. Bausière C. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais. [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016.
82. Kouto A. L' enfance en danger : repérage et prise en charge par les médecins généralistes : Enquête auprès de 83 médecins généralistes de la Vienne. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2011.
83. Lemonnier F, Bottero J, Vincent I, Ferron C. Référentiel de bonnes pratiques Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. INPES; 2005.
84. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2020 [Internet]. 2020 [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

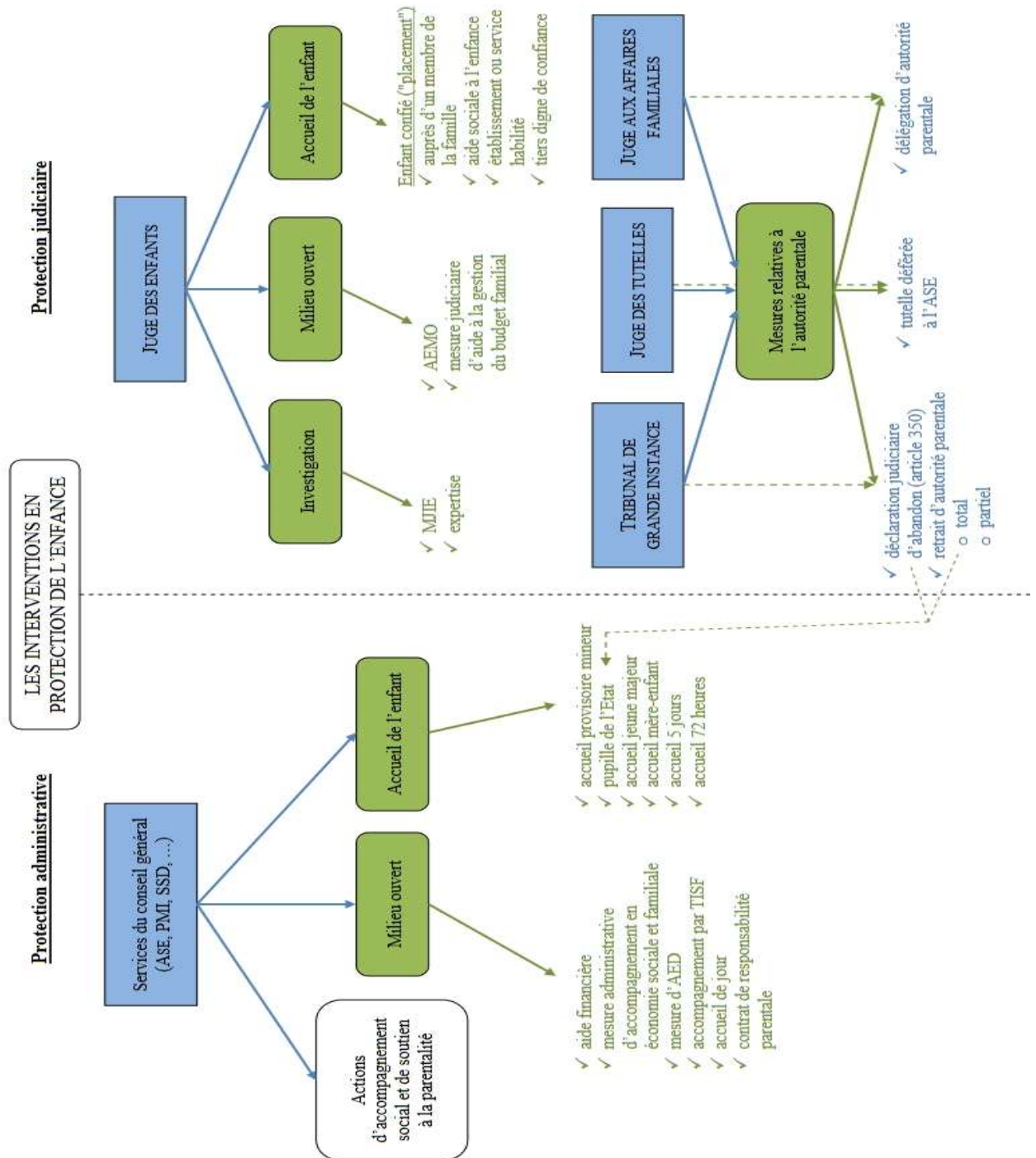
85. L'Assurance Maladie. Patientèle des médecins libéraux APE par département en 2019. [Internet]. Études et Données-L'Assurance Maladie. 2020 [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/entree-par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-professionnels-sante-liberaux>
86. Bacrie J, Lassoued D. Évaluation de fiches sur les effets secondaires des chimiothérapies anti cancéreuses à l'usage des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III- Paul Sabatier. Faculté de médecine; 2012.
87. Bell A. Evaluation d'une fiche d'information sur l'acceptation des génériques par les personnes âgées. [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
88. Desrameaux A. Impact des fiches d'informations patient sur la connaissance des parents de la gastro-entérite du nourrisson. [Thèse d'exercice]. Université de Lille. Faculté de médecine Henri Warembourg; 2019.
89. Michaud E, Fleury J, Launay E, et al. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. Université de Nantes-Faculté de médecine; 2016.
90. Schoen H, Faas T. When methodology interferes with substance: the difference of attitudes toward e-campaigning and e-voting in online and offline surveys. *Soc Sci Comput Rev.* 2005;23(3):326-33.
91. Shropshire K, Hawdon J, Witte J. Web survey design- balancing measurement, response, and topical interest. *Sociol Methods Res.* 2009;37(3):344-70.
92. Haute Autorité de Santé. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Trame pour le recueil des informations préoccupantes. [Internet]. Haute Autorité de Santé - Portail HAS Professionnels. 2021 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_nationale_de_reference_-_boite_outils_1-trame_pour_le_recueil_des_informations_preoccupantes.pdf
93. Agence nationale du DPC. Fiches de cadrage relatives aux orientations pluriannuelles prioritaires 2020-2022. [Internet]. Agence DPC. 2020 [cité 28 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022>

VII. Annexes

Annexe 1 : les interventions en protection de l'enfance.

Source : Observatoire National de la Protection de l'Enfance : Ressources

<https://www.onpe.gouv.fr/ressources/interventions-en-protection-lenfance>



Annexe 2 : Modèle de signalement.

Source : Conseil National de l'Ordre, Publié le Vendredi 26 avril 2019

<https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>

Séances à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime.

L'article 226-14 du code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à porter à la connaissance du Procureur de la République (joignable 24h/24, 7J/7) ou de la Cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) (joignable aux horaires d'ouverture des bureaux) les sévices ou privations constatés et les informations relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Ce modèle a été actualisé. Le signalement des sévices ou privations constatés doit être adressé directement par le médecin au Procureur de la République ou des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être au médecin de la CRIP du conseil départemental (ex conseil général).

Si, dans l'urgence, le signalement au Procureur est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé.

Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

Le mineur :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

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

-
-
-
-
-
-

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

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe 3 : Mail envoyé aux médecins généralistes du Calvados.



Thèse de Médecine Générale

Evaluation d'un outil d'information
sur l'information préoccupante et le signalement
pour les médecins généralistes du Calvados

Mars 2021

Bonjour,

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche et votre participation serait grandement appréciée.

Dans l'objectif d'aider et de faciliter la prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes, nous avons créé un nouvel outil d'information simple et spécifique aux médecins généralistes du Calvados dont nous cherchons à évaluer l'efficacité.

Pour participer et obtenir la fiche d'information d'aide à la prise en charge de la maltraitance infantile : Cliquer [**ICI**](#)

Cordialement,

Ludmila Cousseau



Confidentialité des informations recueillies :

Les données recueillies seront conservées de façon anonyme. Elles seront uniquement utilisées dans le cadre de cette étude universitaire.

L'ensemble des informations recueillies seront détruites dans un délais de trois mois suivant la soutenance du projet.

Information du participant :

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal en envoyant un mail à l'adresse suivante : 

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

En cliquant sur le lien du questionnaire ci-dessous, vous vous engagez à avoir pris connaissance et compris les informations qui vous ont été transmises sur cette étude et acceptez volontairement et librement d'y participer.

Annexe 4 : Lettre d'information et de consentement éclairé.

Lettre d'information et de consentement éclairé

ETUDE : EVALUATION D'UN OUTIL D'INFORMATION SUR L'INFORMATION PREOCCUPANTE ET LE SIGNALEMENT POUR LES MEDECINS GENERALISTES DU CALVADOS.

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche et votre participation serait grandement appréciée. Cette étude a comme investigateur principal Ludmila COUSSEAU, doctorante en médecine générale à l'UFR Santé-Université de Caen Normandie, sous la direction du Dr HEUZE Nicolas.

Objectif :

Evaluer l'impact d'une fiche d'information portant sur l'information préoccupante et le signalement auprès des médecins généralistes du Calvados.

Bénéfices attendus :

Aider et faciliter la prise en charge des enfants et adolescents en danger par les médecins généralistes du Calvados.

Présentation de la recherche :

Votre collaboration à cette recherche consistera à :

_remplir le 1^{er} questionnaire d'une durée de 5 minutes en cliquant sur le lien sécurisé en bas de cette page.

_A la fin du 1^{er} questionnaire, la fiche d'information sera mise à votre entière disposition.

_A la suite de la lecture de la fiche d'information, il vous sera demandé de répondre au 2^{ème} questionnaire, d'une durée de 5 min également.

Confidentialité des informations recueillies :

Les données recueillies seront conservées de façon **anonyme**. Elles seront uniquement utilisées dans le cadre de cette étude universitaire.

L'ensemble des informations recueillies seront détruites dans un délai de trois mois suivant la soutenance du projet.

Information du participant :

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal en envoyant un mail à l'adresse suivante : [REDACTED]

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

En cliquant sur le lien du questionnaire ci-dessous, vous vous engagez à avoir pris connaissance et compris les informations qui vous ont été transmises sur cette étude et acceptez volontairement et librement d'y participer.

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

Annexe 5 : 1er questionnaire (Q1)

QUESTIONNAIRE 1

1) Quel est votre sexe ?

- a) Femme
- b) Homme

2) Quel est votre âge ?

- a) <30 ans
- b) 30- 50 ans
- c) >50 ans

3) Dans quel département exercez-vous ?

- a) Calvados
- b) Eure
- c) Manche
- d) Seine-Maritime
- e) Orne

4) Quel est votre zone d'exercice ? :

- a) Rural (< 2000 habitants)
- b) Urbain (> 10000 habitants)
- c) Semi-rural (entre 2000 et 10000 habitants)

5) Quel est votre mode d'exercice ? :

- a) En groupe
- b) Seul

6) Quel est le pourcentage de mineur dans votre patientèle (approximativement) ? :

- a) < 15%
- b) Entre 15 et 30%
- c) > 30%

7) Avez-vous bénéficié auparavant d'une formation/information sur l'enfance en danger ?

- a) Oui
- b) Non

8) Avez-vous déjà été confronté ou suspecté une situation d'enfant en danger ?

- a) Oui
- b) Non

9) Avant la participation à ce projet, aviez-vous déjà une notion du terme d' "information préoccupante" ?

- a) Oui
- b) Non

CAS CLINIQUES

Cas Clinique 1

Vous suivez depuis plusieurs années Madame X qui présente un problème d'addiction à l'alcool suite à la perte de son conjoint l'année dernière. Elle vit désormais seule avec ses 2 enfants.

Vous voyez en consultation Maxime le cadet âge de 6 ans amené par Madame X suite à un énième accident à la maison, où il s'est fait une plaie superficielle de la main en tombant de la table il y a 2 jours. Lors de la consultation vous trouvez Maxime de plus en plus renfermé, ne répond pas aux questions et ne vous regarde pas dans les yeux. Vous soignez la plaie superficielle, le reste de l'examen clinique est normal hormis un retard staturo-pondéral.

Vous constatez sur le carnet de santé que plusieurs vaccins n'ont pas été réalisés.

A la suite de cette consultation, inquiet pour Maxime, vous en parlez à un collègue qui vous conseille de réaliser une information préoccupante.

1) Selon vous, qu'est-ce qu'une information préoccupante ? (une réponse)

- a) C'est un courrier adressé au conseil départemental qui permet une évaluation du danger ou du risque de danger pour le mineur
- b) C'est un courrier adressé au médecin de la PMI pour organiser des consultations de suivi du mineur et d'accompagnement de la famille
- c) C'est un courrier adressé au conseil départemental qui conduit au placement des 2 enfants le temps de l'enquête sociale
- d) C'est un courrier adressé à l'inspection d'académie qui permet que l'enfant soit vu par l'infirmière et la psychologue scolaire
- e) C'est un courrier adressé au parquet, qui déclenche une enquête de gendarmerie ou de police
- f) Vous ne savez pas ce qu'est une information préoccupante

2) En agissant de bonne foi, la réalisation de l'information préoccupante engage-t-elle votre responsabilité disciplinaire, civile ou pénale ? (une réponse)

- a) Oui
- b) Non
- c) Vous ne savez pas

3) Vous décidez de réaliser une IP : en informez-vous Madame X ? (une réponse)

- a) Oui vous êtes obligé de l'informer
- b) Oui sauf si vous pensez que c'est contraire à l'intérêt de l'enfant
- c) Non vous ne devez pas informer la famille
- d) Vous ne savez pas

4) Selon vous, pour rédiger une information préoccupante, devez-vous apporter la preuve ou être certain du diagnostic d'enfant en danger ? (une réponse)

- a) Oui
- b) Non
- c) Vous ne savez pas

Cas Clinique 2

Vous recevez Madame Z et son fils Valentin de 13 ans qu'elle vous dit ne plus arriver à gérer. En effet celui-ci fait de plus en plus de crises d'agitation à la maison avec destruction de ses jouets et insultes. Il a fugué pour la 3ème fois la semaine dernière suite à une dispute violente avec sa mère. Madame Z a été convoquée par le Collège suite à un mauvais comportement en classe de Valentin ainsi qu'une importante baisse de ses résultats scolaires. Madame Z a 3 autres enfants, et elle vous avoue être épuisée depuis la naissance du dernier maintenant âgé de 5 mois. Elle accuse Valentin de lui rendre la vie impossible et le dénigre plusieurs fois pendant la consultation. Lors de l'examen clinique vous constatez une ecchymose sur l'intérieur du bras droit de Valentin qu'il déclare s'être fait en tombant.

1) Que faites-vous ? (une réponse)

- a) vous rédigez une information préoccupante adressée à la cellule départementale de recueil des informations préoccupante (CRIP) pour réaliser une évaluation des aides à apporter à cet enfant et sa famille
- b) vous réalisez une hospitalisation en urgence pour mise à l'abri immédiate de l'enfant
- c) vous réalisez un signalement au procureur car cet enfant risque d'être battu
- d) vous ne savez pas
- e) autre :

2) Dans cette situation de crainte pour la sécurité d'un enfant, à quel professionnel vous adresseriez vous EN PREMIER pour demander conseil ? (une réponse)

- a) Les associations d'aide aux victimes
- b) Le centre médico-social de secteur
- c) L'ordre des médecins
- d) La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)
- e) Les urgences pédiatriques
- f) Le Procureur de la République
- g) La protection maternelle et infantile (PMI)
- h) Le médecin scolaire
- i) Le numéro vert 119 « Allo Enfance en Danger »

3) Selon vous, l'information préoccupante est : (une réponse)

- a) La même chose qu'un signalement, seule l'appellation a été modifiée
- b) Réalisée en dehors d'une situation d'urgence, en cas de danger ou de risque de danger pour un mineur
- c) Réalisée en cas de danger immédiat pour un mineur
- d) Vous ne savez pas

4) Vous décidez de réaliser une information préoccupante : quelles aides peuvent être proposées suite à l'information préoccupante ? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Un suivi PMI
- b) Un accueil des autres enfants en crèche ou en périscolaire
- c) Une orientation vers une prise en charge thérapeutique (psychologique ou spécifique mère-enfant)
- d) L'intervention de techniciens d'intervention sociale ou familiale (TISF)
- e) Vous ne savez pas

5) Selon vous les aides proposées : (une réponse)

- a) Sont décidées indépendamment de la famille et imposées à celle-ci
- b) Cherchent à être en accord avec l'enfant et sa famille en prenant leur avis sur la situation et leurs propositions
- c) Vous ne savez pas

6) Etes-vous en possession des coordonnées de la cellule de recueil des informations préoccupantes de votre secteur ?

- a) Oui
- b) Non

Annexe 6 : 2ème questionnaire (Q2).

QUESTIONNAIRE 2

CAS CLINIQUES

Cas clinique 1

Vous recevez au cabinet, pour la 3ème fois ce mois-ci, Monsieur X avec son fils Enzo, âgé de 5 ans. Enzo s'est fait mal au genou en tombant d'une chaise il y a 3 jours. Vous l'avez vu les fois précédentes pour une brûlure au 1er degré de la main avec une casserole d'eau chaude et pour une coupure du bras avec les outils de jardinage de son père. Enzo est très insolent pendant la consultation, son père agacé le prend à part et le gifle en l'insultant car Enzo n'est pas polie avec le docteur. Vous demandez au père si tout se passe bien à la maison celui-ci répond simplement en dénigrant Enzo.

2) Selon vous, qu'est-ce qu'une information préoccupante ? (une réponse)

- a) C'est un courrier adressé au conseil départemental qui permet une évaluation du danger ou du risque de danger pour le mineur
- b) C'est un courrier adressé au médecin de la PMI pour organiser des consultations de suivi du mineur et d'accompagnement de la famille
- c) C'est un courrier adressé au conseil départemental qui conduit au placement de l'enfant le temps de l'enquête sociale
- d) C'est un courrier adressé à l'inspection d'académie qui permet que l'enfant soit vu par l'infirmière et la psychologue scolaire
- e) C'est un courrier adressé au parquet, qui déclenche une enquête de gendarmerie ou de police
- f) Vous ne savez pas ce qu'est une information préoccupante

3) En agissant de bonne foi, la réalisation de l'information préoccupante engage-t-elle votre responsabilité disciplinaire, civile ou pénale ? (une réponse)

- a) Oui
- b) Non
- c) Vous ne savez pas

4) En prenant la décision de réaliser une information préoccupante, êtes-vous tenu d'en informer le père d'Enzo ? (une réponse)

- a) Oui vous êtes obligé de l'informer
- b) Oui sauf si vous pensez que c'est contraire à l'intérêt de l'enfant
- c) Non vous ne devez pas informer la famille
- d) Vous ne savez pas

- 5) **Selon vous, pour rédiger une information préoccupante, devez-vous apporter la preuve ou être certain du diagnostic d'enfant en danger ? (une réponse)**
- a) Oui
 - b) Non
 - c) Vous ne savez pas

Cas Clinique 2

Vous voyez en consultation Julie âgée de 15 ans que vous voyez fréquemment pour des douleurs abdominales et des céphalées sans étiologie retrouvée. Celle-ci vous confie durant l'examen clinique, qu'il y a 1 an à la même période, elle aurait subi des attouchements par son cousin qui était venu pour les vacances. Vous lui demandez si elle en a parlé à quelqu'un et elle vous répond en avoir parlé à ses parents mais que ceux-ci n'ont pas voulu qu'elle porte plainte.

1) Que faites-vous ? (une réponse)

- a) Vous rédigez une information préoccupante adressée à la cellule départementale de recueil des informations préoccupante (CRIP) pour réaliser une évaluation des aides à apporter à cet enfant et sa famille
- b) Vous réalisez une hospitalisation en urgence pour mise à l'abri immédiate de l'enfant
- c) Vous réalisez un signalement au procureur
- d) vous ne savez pas
- e) Autre :

2) Dans cette situation de crainte pour la sécurité d'un enfant, à quel professionnel vous adresseriez vous EN PREMIER pour demander conseil ? (une réponse)

- a) Les associations d'aide aux victimes
- b) Le centre médico-social de secteur
- c) L'ordre des médecins
- d) La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)
- e) Les urgences pédiatriques
- f) Le Procureur de la République
- g) La protection maternelle et infantile (PMI)
- h) Le médecin scolaire
- i) Le numéro vert 119 « Allo Enfance en Danger »

3) Selon vous, l'information préoccupante est : (une réponse)

- a) La même chose qu'un signalement, seule l'appellation a été modifiée
- b) Réalisée en dehors d'une situation d'urgence, en cas de danger ou de risque de danger pour un mineur
- c) Réalisée en cas de danger immédiat pour un mineur
- d) Vous ne savez pas

4) Vous décidez de réaliser une information préoccupante : quelles aides peuvent être proposées suite à une information préoccupante? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Un suivi PMI
- b) Un accueil des autres enfants en crèche ou en périscolaire

- c) Une orientation vers une prise en charge thérapeutique (psychologique ou spécifique mère-enfant)
- d) L'intervention de techniciens d'intervention sociale ou familiale (TISF)
- e) Vous ne savez pas

5) Selon vous les aides proposées : (une réponse)

- a) Sont décidées indépendamment de la famille et imposées à celle-ci
- b) Cherchent à être en accord avec l'enfant et sa famille en prenant leur avis sur la situation et leurs propositions
- c) Vous ne savez pas

6) Pensez-vous que ce type de kit d'information, comme celui qui vous a été délivré apporte un bénéfice pour votre pratique ? (une réponse)

- a) Oui
- b) non

Kit d'aide à la prise charge des enfants et adolescents en danger pour les médecins généralistes du Calvados

Objectifs :

- Connaître les signes de maltraitance chez l'enfant et l'adolescent.
- Connaître les recours possibles face à une situation de mineur en danger.
- Connaître la définition de l'information préoccupante et les actions qui en découlent.
- Connaître les organismes à contacter et leurs coordonnées.

Cousseau Ludmila
Thèse de médecine générale
Université Caen Normandie
01/07/2020

Kit d'aide à la prise en charge des enfants et adolescents en danger pour les médecins généralistes du Calvados

LES SIGNES D'ALERTE* :

Suspecter une situation de maltraitance devant :

- Une ecchymose ou une fracture chez un nourrisson qui ne se déplace pas
- Une lésion traumatique (ecchymose, brûlure ou fracture) de localisation inhabituelle avec mécanisme accidentel peu plausible ou absence d'explication
- Un trouble des interactions chez le nourrisson
- Une absence inhabituelle d'expression de la douleur
- Des accidents domestiques multiples
- Des consultations répétées pour symptômes flous
- Des mises en danger répétées
- Une grossesse chez une jeune fille de moins de 15 ans
- Un trouble du sommeil ou du comportement alimentaire
- Un retard staturo-pondéral, un retard de développement psychomoteur, toute modification du comportement pour laquelle il n'existe pas d'explication claire.

I. EN CAS DE DANGER IMMEDIAT :

Réaliser un signalement au Procureur de la République et adresser une copie à la CRIP.

Une hospitalisation est toujours possible pour mise à l'abri :

contacter le service des urgences pédiatriques :

CHU Caen : 02 31 27 25 97

CH Bayeux : 02 31 51 51 51

CH Flers : 02 33 62 62 00

CH St-Lô : 02 33 06 33 33

CH Lisieux : 02 31 61 31 31

CH Argentan : 02 33 12 33 12

CH Falaise : 02 31 40 42 46

CH Le Havre : 01 84 19 10 49

L'INFORMATION PREOCCUPANTE (IP)

C'est une information transmise à la cellule départementale (CRIP) pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :

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

Cadre réglementaire Loi 2007-293 du 5 Mars 2007 :

Autorisation de **secret partagé** entre professionnels dans l'intérêt de l'enfant.

Le médecin n'a pas à être sûr de la maltraitance, ni à en apporter la preuve !

Les représentants légaux du mineur doivent être informés de cette transmission, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur.

article 226-14 du code pénal: pas d'engagement de la responsabilité disciplinaire, civile ou pénale du médecin lors de la transmission d'une information préoccupante à la CRIP ou d'un signalement au procureur sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Quel but ?

Évaluation du danger ou du risque de danger pour le mineur. Protéger le mineur et son développement futur. Proposition d'aides d'accompagnement et de prévention adaptées au mineur et à sa famille.

Comment ?

L'évaluation doit être menée dans un délai de 3 mois par des professionnels. Ce délai est réduit en fonction de l'âge de l'enfant, de la nature et de la caractérisation du danger.

L'évaluation approfondie la connaissance de la situation de l'enfant auprès des parents, de l'enfant et des autres professionnels (écoles, PMI...).

Les mesures proposées cherchent à être non contraignantes, en accord avec la famille sans caractère obligatoire.

Quelle décision au terme de l'évaluation ?

Le conseil départemental peut proposer à la suite de l'évaluation :

- Un suivi par la PMI
- Des aides au domicile : aide éducative, Intervention Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale, prestation d'accompagnement en économie sociale et familiale (logement, gestion du budget), aides financières
- Un suivi psychologique
- Un accueil provisoire ou modulable de l'enfant
- Un classement sans suite

En cas de danger et/ou opposition à l'aide proposée, le conseil départemental peut saisir la justice à tout moment pour : demande d'une mesure de protection judiciaire ou demande d'enquête pénale

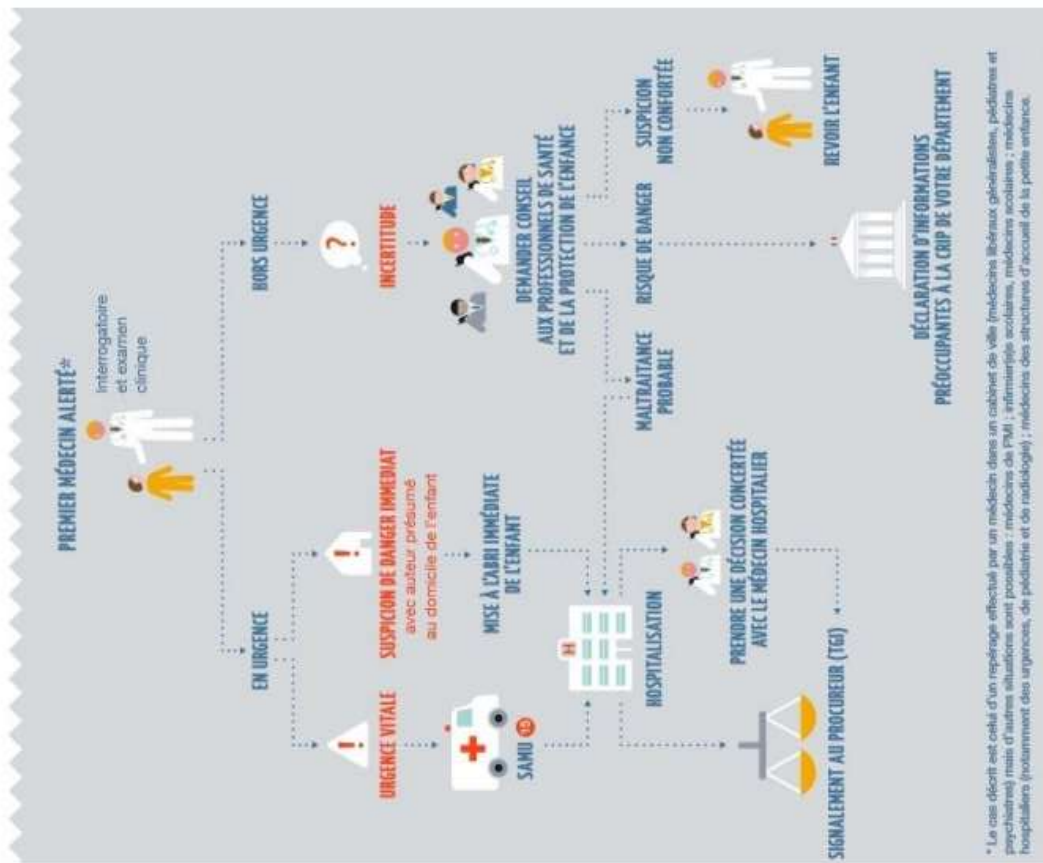
LES VIOLENCES SEXUELLES :

Le plus souvent il s'agit d'une suspicion de la part de l'entourage ou de révélation par le mineur de faits anciens. Dans ces cas il est possible de réaliser une **information préoccupante** et de proposer une consultation spécialisée.

L'urgence médicale nécessitant l'hospitalisation est rare :

- Agression datant de moins de 72 heures nécessitant : des soins urgents dont une contraception d'urgence, des prélèvements à la recherche d'ADN de l'auteur présumé sur réquisition.
- Contact permanent ou fréquent avec l'agresseur.
- Signes somatiques ou psychiques sévères.

Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



QUI CONTACTER ?

Contacter la CRIP ou le Tribunal Judiciaire (TJ) du lieu de résidence de l'enfant.

- **CRIP du Calvados :**

Tél : 02 50 22 42 24

Fax : 02 31 57 16 69

Courriel : crip@calvados.fr

Service aide sociale à l'enfance, 17 avenue Pierre Mendes-France, 14 035 Caen Cedex 1

- **Tribunal Judiciaire de Caen**

Tél : 02 50 10 13 00

Fax : 02 50 01 12 21

Courriel : tgi-caen@justice.fr

11 rue Dumont d'Urville, CS 45257, 14052 CAEN CEDEX

- **CHU Caen**

Urgences pédiatriques : 02 31 27 25 97

Unité Médico-Judiciaire (UMJ) : 02 31 04 48 09

	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime
CRIP	02 32 31 94 32 crip-27@cg27.fr	02 33 05 55 50 crip@manche.fr	02 33 81 63 06 crip@cg61.fr	02 35 03 51 15 crip76@seinemaritime.fr
TJ	02 32 29 55 00	02 33 01 61 61	02 33 82 25 00	02 35 52 88 70

- **En dehors des heures d'ouverture de la CRIP :** contacter le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger, en composant le numéro vert

119 *gratuit 24h/24 7j/7*

Service destiné aux victimes, proches des victimes, témoins et aux professionnels

- **Protection Maternelle et Infantile (PMI)**

Liste des PMI avec leurs coordonnées sur le site:

<https://www.calvados.fr/pres-de-chez-vous>

*Fiche HAS (octobre 2014) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir

Annexe 8 : Avis du Département de Médecine Générale concernant la diffusion du questionnaire

Evaluation des demandes de diffusion

Evaluation d'une demande de diffusion d'un questionnaire

Grille d'évaluation du questionnaire

Titre / Thème de l'étude	Évaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement pour les médecins généralistes du Calvados. 1er questionnaire			
Objectif(s) de l'étude	<u>Objectif principal</u> : Evaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement auprès des médecins généralistes du Calvados. <u>Objectifs secondaires</u> : - Evaluer les connaissances des médecins généralistes sur le recueil d'information préoccupante et sur le signalement. - Identifier des facteurs de variabilité des connaissances des médecins généralistes de l'information préoccupante et du signalement avant la délivrance de l'outil d'information.			
Population de l'étude	Population étudiée via le questionnaire			
Nom / Prénom / Faculté de rattachement du demandeur	COUSSEAU Ludmila / Caen			
Nom / Prénom / Fonction de l'évaluateur	RABIAZA Andry / CCU-MG / Caen			
Date de l'évaluation :	10/12/2020			
Critères	Non renseigné	Non	Partiellement	Oui
1.Le questionnaire permet de répondre à la question de recherche				X
2.Présence de biais méthodologiques			X	
3. La formulation des questions semble pertinente compte tenu du projet de recherche				X
4.Le nombre de questions et la durée de remplissage du questionnaire sont pertinents				X
5. La formulation syntaxique et typographique des questions semble adaptée		X		
6.Le mode de diffusion du questionnaire est adapté				X
7.L'information délivrée aux participants est claire				X

8.L'étude remplit les obligations légales et éthiques (CNIL, sécurisation de la plateforme de recueil / hébergement des données, CPP / CCTIRS)				X
--	--	--	--	---

Remarques / Commentaires :

Absence des obligations légales et hébergement sur une plateforme non conforme.

Lien vers le questionnaire en ligne :

<https://enquetes.unicaen.fr/index.php/414446?lang=fr>

Information à destination des participants de l'étude :

Présence en introduction.

Avis du Département de Médecine Générale concernant la diffusion du questionnaire : Avis
Avis favorable. Une information sur la durée de remplissage sera à préciser lors de l'envoi



DECLARATION DE TRAITEMENT GENERIQUE DE COMPOSANTE A DES FINS PEDAGOGIQUES

ANALYSE DE PRATIQUES DE SOIN

Numéro de Traitement générique (TG_COMPO_PEDAGO_SANTE_14-20180529-01R1)

REFERENCE

COMPOSANTE PORTEUSE DU TRAITEMENT

Rédaction : François Girault 01/06/2018

Vérification : Véronique Gauthier

Approbation : François Girault

DIFFUSION

☒ Publique

☐ Restreinte

CIBLE

Service / Organisme

Date

UFR Santé

1. COMPOSANTE CONCERNEE / RESPONSABILITE

Compte tenu de la spécificité de chaque composante, un traitement générique de composante à des fins pédagogiques ne peut être déclaré que pour une composante définie.

Le directeur de composante, le responsable de diplôme, l'enseignant encadrant le traitement et l'étudiant réalisant le traitement s'assurent que le traitement réalisé est conforme en tout points aux spécifications définies dans ce document et signent une déclaration de conformité. (voir annexe 1) .

2. OBJECTIF(S) POURSUIVI(S) PAR LE TRAITEMENT (FINALITES)

Réaliser des études portant sur les pratiques de soin des personnels de santé dans le cadre de thèse ou de mémoire organisés par l'UFR Santé.



Normandie Université Page sur 8

Ce traitement permet :

- d'établir des listes de personnels de santé afin de pouvoir les contacter par téléphone, par courriel, par voie postale ou en présentiel ;
- d'organiser des questionnaires en ligne (hébergés sur la plateforme de l'université de Caen), des questionnaires papier adressés par voie postale, des entretiens dirigés ou semi-dirigés.

Sont exclus de ce traitement générique :

- tout traitement faisant entrer en contact l'étudiant avec les patients ;
- tout traitement permettant à l'étudiant de collecter les données de santé de patients ;
- tout traitement collectant des données sensibles au sens du Règlement Général sur la Protection des Données EU2016/679.

3. DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES

La collecte des données peut se faire

- par récupération des informations par l'intermédiaire des pages jaunes ;
- à partir d'un accord obtenu suite à un contact via l'Union Régionale des Médecins Libéraux) ;
- à travers un questionnaire en ligne.

Les données pouvant être collectées sont :

- Identité, état matrimonial
- Coordonnées professionnelles

- Cursus universitaire
- Tranche d'âge
- Date d'installation (par tranche)
- Type d'exercice (urbain, semi-rural, rural)
- Lieu d'exercice (cabinet, ...)
- Vie professionnelle – pratiques de soin
- Enregistrement audio de l'entretien (après accord express de la personne concernée)

4. CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES

Aucune information d'ordre personnel ou faisant mention de données sensibles ne doit être collectée. Les données ne peuvent donner lieu à publication que sous format agrégé ne permettant pas d'identification directe ou indirecte.

Aucune donnée collectée par un traitement rattaché à ce traitement générique ne peut faire l'objet d'une réutilisation ultérieure (RGPD Art. 13-3).

5. DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES

Les données brutes sont conservées pour une durée maximale n'excédant pas trois mois après la date de soutenance.

À l'issue de cette date les données doivent être supprimées ou anonymisées afin de ne plus permettre d'identification du répondant que ce soit directement ou indirectement.

6. DESTINATAIRES DES DONNEES

Les destinataires des données collectées sont :

- l'étudiant réalisant l'étude ;
- l'enseignant responsable du projet, le directeur de thèse, le directeur de mémoire.

7. INFORMATION DES PERSONNES ET RESPECT DES DROITS

Les personnes concernées doivent être informées dès le premier contact avant participation à l'étude (un exemple de lettre d'information est fourni en annexe 2) des éléments suivants :

- de l'identité du responsable de traitement (Université de Caen Normandie) (RGPD Art.13-1.a)
- de la finalité du traitement (RGPD Art. 13-1.c)
- de l'origine de leur coordonnées (pages jaunes, URML, ...) (RGPD Art.14-2.f)
- de la durée de conservation telle que mentionnée dans le présent document (RGPD Art.13-2.a)
- le cadre de l'étude (thèse de médecine générale, mémoire, ...) (RGPD Art.13-1.d)

- de leurs droit d'accès, rectification, suppression, limitation, opposition (RGPD Art.13-2.b)
 - de leur droit de supprimer leur consentement (RGPD Art. 13-2.c)
 - de la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (RGPD Art. 13-2.d)
 - des coordonnées du Délégué à la Protection des Données (RGPD Art. 13-1.b)
-

8. SECURITE ET CONFIDENTIALITE

Les données doivent être stockées sur un ordinateur disposant d'un antivirus mis à jour régulièrement (a minima une fois par jour) et sur lequel les mises à jour de sécurité sont réalisées régulièrement (a minima une fois par semaine).

Le stockage des données ne doit se faire que sur des espaces de stockages maîtrisés (disque local, espace de stockage de l'université) et en aucun cas sur un cloud externe (attention à l'utilisation des suites office-365 et des outils en ligne).

En cas d'enregistrement audio d'un entretien, les fichiers audios doivent être supprimés dès la retranscription réalisée. Lors de la retranscription s'assurer qu'aucune autre information d'ordre personnel ou permettant d'identifier une personne n'est retranscrite.

ANNEXE 1 : ENGAGEMENT DE CONFORMITE

1. TRAITEMENT DECLARE

Vous déclarez par la présente que votre traitement "Evaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement pour les médecins généralistes du Calvados" et réalisé dans le cadre de Thèse de Médecine Générale est conforme aux règles énoncées dans le texte de référence TG_COMPO_PEDAGO_SANTE_14-20180529-01R1

2. DECLARANT

Nom :Heuze

Prénom :Nicolas

Signature : ENSEIGNANT ENCADRANT OU
DIRECTEUR DE THESE :

ÉTUDIANT :



Nom : Cousseau

Prénom : Ludmila

Signature :



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : COUSSEAU Ludmila

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Evaluation d'un outil d'information sur l'information préoccupante et le signalement pour les médecins généralistes du Calvados.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Le recueil des informations préoccupantes montre que la majeure partie provient de l'éducation nationale, du 119 ou du tribunal et non du milieu médical où celui-ci ne représente que 1 à 5%.

Objectif : Nous avons dans cette étude cherché à créer et à évaluer un outil d'information simple et adapté au département, en espérant ainsi faciliter et améliorer la prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Calvados.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique prospective évaluative par questionnaires de types avant/après appariés de façon anonymes sur la plateforme Limesurvey®. L'envoi des questionnaires a été effectué par l'URML auprès des médecins généralistes du calvados exerçant en cabinet. Le critère de jugement principal utilisé était le résultat du score global obtenus par chaque médecin à chaque questionnaire avant (Q1) et après diffusion de l'outil (Q2), noté sur 60. Nous avons attribué à chaque bonne réponse 5 points. Les médianes des scores ont été comparées. Le test exact de Fisher et de Mac Nemar, ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives. Le test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé pour comparer les données quantitatives. Les données ont été exposées en médianes et intervalles interquartiles ainsi qu'en pourcentages. Les tests étaient bilatéraux avec un risque d'erreur de première espèce « p » de 5% et un intervalle de confiance (IC) à 95%.

Résultats : L'outil d'information évalué dans notre étude s'est révélé efficace avec une progression significative des médianes de 10 points. En effet la médiane des scores est passée de 45 sur 60 avant la lecture de la fiche d'information, à 55 sur 60 après la lecture de la fiche ($p < 0.001$).

Conclusion : Nous pouvons penser que la diffusion de notre outil d'information par le Conseil Départemental du Calvados aux médecins généralistes présenterait un intérêt. L'outil pourrait être diffusé également aux autres départements de Normandie.

MOTS-CLÉS : CRIP, information préoccupante, maltraitance infantile, signalement, médecins généralistes

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Evaluation of an information tool on abused child's report for general practitioners in Calvados.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction : The collect of abused child's reports shows that most of it comes from national education, 119 or the court and not from the medical community where it represents only 1 to 5%.

Objective : In this study, we sought to create and evaluate a simple information tool adapted to the department, thus hoping to facilitate and improve the management of child abuse by general practitioners in Calvados.

Materials and methods : Prospective evaluative epidemiological before-after study using questionnaires anonymously matched on the Limesurvey® platform. The questionnaires were sent by URML to general practitioners in Calvados. The main judgment criterion used was the total score of each general practitioner to each questionnaire, before (Q1) and after (Q2) receiving the tool, noted out of 60. The median of the scores were compared. Fisher's exact test and Mac Nemar test were used to compare qualitative variables. Wilcoxon's signed rank test for paired samples was used to compare quantitative data. Data were presented as medians and interquartile ranges as well as percentages. The tests were two-tailed with a risk of type 1 error "p" of 5% and a confidence interval (CI) of 95%.

Results: The information tool evaluated in our study was found to be effective with a significant increase in the medians of 10 points. Indeed, the median of the scores went from 45 out of 60 before reading the information tool, to 55 out of 60 after reading the tool ($p < 0.001$).

Conclusion: We can think that the distribution of our information tool by the Calvados Departmental Council to general practitioners would be worthy of interest. The tool could also be distributed to other Normandy departments.

KEY WORDS : child abuse, report, general practitioner, reporting procedure, child protective services