



HAL
open science

Enfance et violences : réalisation d'un enseignement hybride pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale à Nantes

Zoé Limare, Maëlle Guidoux

► To cite this version:

Zoé Limare, Maëlle Guidoux. Enfance et violences : réalisation d'un enseignement hybride pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale à Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03979861

HAL Id: dumas-03979861

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03979861>

Submitted on 9 Feb 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Zoé LIMARE et Maëlle GUIDOUX

Présentée et soutenue publiquement le 01/12/2022

**ENFANCE ET VIOLENCES : RÉALISATION D'UN ENSEIGNEMENT HYBRIDE POUR LES
ÉTUDIANTS DE TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE À NANTES**

Président : Madame le Professeur Elise LAUNAY

Directeurs de thèse : Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY et Madame le Docteur Solène
GUEDON

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur Elise Launay,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à ce travail. Acceptez l'expression de nos sentiments respectueux.

Au Docteur Nathalie Vabres,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail. Votre participation à ce projet de formation, vos enseignements lors de notre venue à l'UAPED et votre expertise tout au long de ce projet nous ont beaucoup apporté.

Au Docteur Jean-Baptiste Amelineau,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et d'apporter votre expérience à la critique de ce travail.

A notre binôme de direction, **Nicolas et Solène**, pour votre implication dans ce projet un peu fou de création de SPOC. A toi Nicolas, pour avoir été un guide tout au long de ce parcours : tu as su nous faire garder les pieds sur terre, nous motiver et nous rassurer. Merci de tes précieux conseils et de ta disponibilité ; tu nous as fait une grande place dans ton emploi du temps.

A toi Solène, pour ton regard critique et bienveillant. Ce fut un réel plaisir de partager ton implication et ta sensibilité pour la protection de l'enfance.

Pour tout cela, nous sommes très reconnaissantes. C'était un réel plaisir de travailler avec vous.

Au Docteur Matthieu Martin et à l'équipe de l'UAPED,

Merci de nous avoir ouvert vos portes. Merci également pour votre expertise lors de la relecture du contenu de la formation. Cette expérience et ces échanges nous ont été précieux.

Au Docteur Gaëlle Pendezec et l'équipe de la CRIP 44,

Merci de nous avoir accueillis au sein de votre service ; ces échanges nous ont permis d'avoir une meilleure compréhension de l'enfance en danger et du rôle des différents acteurs.

Aux Docteurs Isabelle De Vitton et Delphine Dejean,

Merci d'avoir apporté votre expertise pédopsychiatrique à notre travail ; c'était enrichissant et indispensable de croiser nos regards.

A toute l'équipe du SPIN Santé qui nous a accompagnées sur ce projet : Delphine Bouan, Emilie Renaud, Floriane Langlais, Nicolas Leboeuf, ainsi que l'équipe du Pôle Audiovisuel et Multimédia de l'Université de Nantes. Merci pour votre patience et vos réponses à nos exigences. Nous sommes ravies d'avoir pu travailler avec vous ; le travail que vous avez fourni est phénoménal.

A nos relecteurs et à tous ceux qui ont aidé de près ou de loin à l'élaboration et jusqu'à la finalisation de cette thèse.

Merci à la maman de Maëlle pour l'ensemble des relectures, du primaire jusqu'à la thèse !

Merci à Hélène pour tes corrections et tes remarques pointues si pertinentes.

Peu de choses ne résistent à vos yeux et réflexions aiguisées !

REMERCIEMENTS Maëlle :

A toi Zoé,

C'est fini !!! (ou presque) ... Binôme de choc, partenaire de travail inégalable, soutien motivationnel indéfectible ... Merci d'avoir rendu ce projet plus dynamique et plus chocolaté ; et surtout merci au DMG d'avoir permis la croisée de nos chemins. On finit cette rédaction le soir de notre remise de diplôme de DES ; la boucle est bouclée.

Ah et j'oubliais, même avec 17 000 kilomètres de distance, je compte bien trouver le moyen de continuer le partage des documents sur notre drive !

A ma famille,

Un immense merci à toi maman, d'être et de rester un pilier si fort et si constant malgré vents et tempêtes. C'est grâce au soutien indéfectible que tu sais si bien m'apporter que j'en suis là aujourd'hui. Merci pour ton amour et les valeurs que tu as su nous transmettre. Tu as réussi à nous faire garder le cap dans les moments si difficiles que l'on a traversés et tu as su maintenir ma concentration sur l'essentiel ; je t'en suis extrêmement reconnaissante. Et ne sois plus inquiète, je crois que ma voie est trouvée et bien engagée !

Merci également de ton aide précieuse pour finaliser ce travail.

A mon petit frère, merci d'être ce mec bien, équilibré et sur qui je pourrais toujours compter. Les épreuves nous rendent plus forts ; on en est un bel exemple.

Je ne te le dis pas assez, mais je suis fière d'être ta grande sœur. On est deux hyperactifs avec de nouveaux projets qui s'accumulent en permanence, mais on trouvera toujours un moyen de se retrouver pour savourer l'essentiel.

A Pauline et Gilles, pour compléter si bien notre famille ; longue vie à ces précieux moments de partage.

A papa ; tu vois, j'ai réussi et terminé ces études qui ont pourtant commencé dans la douleur et les difficultés. Peut-être que de là où tu es, aujourd'hui, tu es fier de moi. J'espère que ces années de combat et cet apaisement récent continueront de donner du sens à ma vie de médecin généraliste.

A vous mes grands-parents, je suis heureuse de vous savoir présents à mes côtés pour la soutenance et je sais à quel point c'est partagé. Je mesure l'immense chance de vous avoir tous les quatre près de moi. Merci pour tout.

Vous m'avez transmis de belles et sincères valeurs qui me suivent chaque jour, pour chaque nouvelle étape de ma vie. La rigueur et la persévérance comme héritage, voilà pourquoi cet écrit de thèse est aussi long.

A mes oncles et tantes, à mes supers cousins et cousines : le pilier familial est essentiel ; je nous souhaite encore beaucoup de festivités et de moments d'échanges.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir adoptée avec autant de bienveillance, de prendre soin de moi et de me pousser à rouler plus vite pendant les triathlons.

À toutes les personnes qui m'ont permis d'apprendre et d'évoluer de ces trois dernières années,

Aux médecins dont j'ai pu croiser la route, et tout particulièrement, mes maîtres de stages ambulatoires : Michelle, Marc, Gaëlle, Anne, Estelle et Jean-François : merci ! Toutes ces journées auprès de vos patients m'ont fait grandir, me questionner, stresser mais surtout apprendre encore et encore. La médecine générale, c'est passionnant !

Au nantais,

Aux copains d'internat, c'est déjà fini ... On aura grandi ensemble, tellement appris, pleuré parfois. Je retiens les sourires, les rires, les yeux cernés, les débriefs râleurs dans le bureau des internes, les parties de 6 qui prend, les café-baby foot après les visites qui duraient jusqu'à 15h et les apéros clandestins confinés dans le service. Grosse pensée pour les copains de la MAG, cette aventure confinée en unité COVID avec vous m'a tant marquée.

Aux angevins, avec plein d'amour,

A mes copains d'externat angevins, merci pour ces folles années d'insouciance ; elles ont été studieuses mais si remplies, si festives, si intenses. Et même dans les moments difficiles, une oreille attentive, une place dans vos apparts, un café à la BU, une photo quelque part dans la cordillère des Andes : c'était toujours pour repartir vers le meilleur... A très vite pour de nouvelles aventures, à Paris, Lyon, Marseille, Rennes, Dijon, Tours, Nantes et bien sûr, en terres angevines.

A Morgane et Capucine, on s'est rencontrées beaucoup trop tard !! Hâte de concrétiser nos projets de rempla communs, défis sportifs et autres périple pour continuer de découvrir la France à vos côtés.

A toi Margaux, on aura essayé de refaire le monde et même si notre cabinet bordelais de pédiatrie et de gynéco ne verra jamais le jour, on aura su trouver la plus belle des voies communes ... À nos futurs week-ends, angevins, bordelais, nantais ... pleins de bonne bouffe, de projets, de baignades et de rando ;) !

Et à mes copines qui se reconnaîtront : autour d'un verre ou d'une tisane, nos soirées potins étaient si réconfortantes.

A tous ceux qui se reconnaîtront et m'excuseront de ne pas les citer nommément !

Et enfin à toi Romain,

Merci pour chaque jour, chaque heure passée avec toi ; je ne serais pas là sans toi. Merci pour ta présence au quotidien depuis plus de 10 ans. Tu aurais signé si tu avais su que les études de médecine ce serait si long ? (pas de blague, je vois très bien la tête que tu fais en lisant cette phrase). En tout cas, tu m'as vu devenir médecin et je crois qu'aujourd'hui c'est bon, tu te rends compte que pendant tout ce temps, j'ai appris autre chose que prescrire du paracétamol ...

Merci de m'avoir fait découvrir tant d'autres choses pendant ces années un peu (trop) médico-centrées, la vanlife, le cyclisme, la culture des tomates et j'en passe ;)

Toi qui sais (presque) tout le temps m'écouter, te moquer, rire de mes maladresses, de mes galères, tu es un pilier, mon pilier, indispensable. Un milliard de merci, et je t'assure, tu es la personne qu'il me faut pour continuer cette belle aventure de docteur ! Je t'aime.

REMERCIEMENTS Zoé :

A Maëlle, ma co thésarde préférée. Mener ce projet avec toi a été un vrai plaisir. Merci d'être toi. Merci pour ton énergie et ta motivation sans limites pour améliorer, enrichir - et toujours plus - notre contenu et cette thèse ! Pour les litres de thé, les kilomètres de mails et les heures de discussions. Pour les joies, les doutes, et les états d'âme. Je te souhaite beaucoup de bonheur et d'épanouissement dans tes projets à venir, et je n'en doute pas car tu es un médecin formidable.

A ma famille,

A ma mère, tu m'as toujours encouragée et accompagnée, à l'école comme dans la vie, dans les épreuves comme dans les bons moments. Merci pour tout l'amour que tu me donnes.

A mon père, tu as su me rassurer et m'apporter joie, spiritualité, et amour. Tu es extraordinaire et tu m'inspires beaucoup.

Ma belle-mère, Anne, merci d'être arrivée dans ma vie, pour ton écoute douce et attentive, ton pragmatisme, et les rigolades.

Mon beau-père, Thomas, merci pour tes petits plats, pour tes bons soins, et pour ses heures passées à refaire le monde.

A ma sœur Léna, sache que je suis très fière de toi, j'ai hâte de te retrouver. Tu me manques.

A mon frère Tao, pour ton humour, et les bons moments passés ensemble.

Mes grands-parents, Arlette et Rémy, votre présence et vos encouragements ont été essentiels. Vous m'inspirez chaque jour, j'ai la chance de vous avoir à mes côtés.

Julie, Hélène et Antoine : la fratrie recomposée, merci de m'avoir apporté autant de bonheur. Je pense à vous malgré la distance.

La belle famille Catelain, pour votre accueil chaleureux, pour ces longues discussions qui ont inspiré mon parcours et mon regard sur le monde de la santé,

Patrick et Marie Laure, les oncles, tantes et cousins : merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Aux amis Normands : Du lycée de Fécamp, qui m'entourent depuis longtemps, pour tous les beaux souvenirs et ceux à venir, pour votre humour, votre bonne humeur et les folles soirées. Vous êtes un peu fous. De Rouen, Philo, Julie, Adam, Théo, Valentine, et les autres, merci pour toutes ces années à vos côtés, ces belles vacances, ces fêtes, ces heures de révisions et de plaid.

Aux belles rencontres Nantaises, merci d'avoir embelli ces trois dernières années :

Les Voisins, pour le goût de la fête, des jeux de société et l'amour de la Bretagne ; les copains normands expatriés à Nantes, il fallait partir à 400 km pour qu'on se découvre ; les co internes, pour leur soutien, les rires, les quelques larmes, les tranches de vie passées ensemble ; aux co internes de la MAG pour la traversée cette vraie tempête en été, votre soutien et votre folie m'ont été indispensables.

Aux soignants, qui m'ont formée, qui ont su me transmettre leurs connaissances et leur expérience mais surtout leur goût de la médecine ;

Aux patients, qui font le sens de ce métier ;

Et surtout à Lucas, pour ta patience et ton écoute. Merci de partager ma vie depuis dix ans maintenant. Tu as toujours été à mes côtés pendant ses longues années d'études. Tu es mon phare dans la tempête. On va maintenant pouvoir voguer ensemble vers d'autres aventures à l'autre bout de la terre ! J'ai hâte. Avec tout mon amour.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

1.1. Définitions et repérage	11
1.1.1. Définitions	11
1.1.2. Typologie des violences	12
1.1.3. Besoins fondamentaux de l'enfant	13
1.1.4. Épidémiologie	15
1.1.5. Signes d'alerte et conséquences	17
1.1.6. Impact de la pandémie de COVID-19 sur la protection de l'enfance	20
1.2. Moyens d'action, dispositifs existants	21
1.2.1. Qualification pénale	21
1.2.2. Cadre légal	24
1.2.3. Alerter, l'affaire de tous : l'information préoccupante et le signalement	25
1.2.3.1. Les circuits d'alerte	25
1.2.3.2. L'information préoccupante	25
1.2.3.3. Le signalement	27
1.3. La formation médicale	28
1.3.1. Généralités en pédagogie	28
1.3.2. Maltraitance infantile et formation initiale	30
1.3.3. Maltraitance infantile et formation continue	32
1.4. L'enseignement hybride	34
1.4.1. Définitions	34
1.4.2. Une formation flexible et accessible	35
1.4.3. Répondre aux besoins technologiques croissants des apprenants	36
1.4.4. Réinventer les modalités d'apprentissage	36
1.4.5. L'hybridation, un format pédagogique innovant au coeur des nouveaux enjeux universitaires	37
1.4.6. Usages et pratiques des dispositifs hybrides	37
1.4.7. Méthodologie de l'Université Laval de Québec	38
1.4.8. Autres modèles méthodologiques	39
1.5. Objectif du travail	41

II. MATERIEL ET METHODE : CONCEPTION ET PRODUCTION D'UN ENSEIGNEMENT HYBRIDE

2.1. L'hybridation, un format pédagogique personnalisé	42
2.2. Le procédé de construction	42
2.3. La phase de conception	44
2.3.1. Former une équipe de travail	44
2.3.2. Identifier les caractéristiques du cours	45
2.3.3. Analyser le public cible	45
2.3.4. Définir le but et les objectifs généraux du cours	45

2.3.5. Structurer le contenu	45
2.3.6. Définir les objectifs spécifiques de chaque unité d'apprentissage	46
2.3.7. Prévoir l'évaluation des apprentissages	46
2.3.8. Élaborer les stratégies pédagogiques	47
2.3.9. S'assurer du respect des droits d'auteur, de la personne et de la vie privée	47
2.3.10. Choisir la formule d'encadrement	47
2.3.11. Dresser la liste du matériel didactique à produire	47
2.3.12. Établir l'échéancier de réalisation	48
2.4. La phase de production	49
2.4.1. Réaliser le matériel didactique	49
2.4.2. Réviser le matériel didactique	51
2.4.3. Mise à l'essai	51
III. <u>RÉSULTATS</u>	
3.1. La phase de conception	52
3.1.1. Organisation du travail	52
3.1.2. Typologie du dispositif	54
3.2. La phase de production des modules	55
Introduction, généralités, définitions (module 1.1)	55
Droit médical : l'encadrement légal de la protection de l'enfance (module 1.2)	58
Sémiologie des violences et descriptions médico-légales (module 2.1)	61
Comment accueillir la parole de l'enfant ? (module 2.2)	66
Le psychotraumatisme (module 2.3)	69
Violences sexuelles et inceste (module 2.4)	75
Violences dans le couple, impact sur les enfants (module 2.5)	77
Alerter : l'information préoccupante et le signalement (module 3)	79
Ressources (module 4)	83
3.3. Après la production	84
IV. <u>DISCUSSION</u>	
4.1. Résultat principal	85
4.2. Forces du SPOC Enfance et violences	85
4.2.1. Le choix du contenu	85
4.2.2. Le choix du format d'enseignement hybride	86
4.2.3. Le choix de la méthodologie de l'Université de Laval	87
4.2.4. Une construction engagée et durable	87
4.2.5. L'apprentissage par les pairs	90
4.2.6. La validation du contenu	90
4.2.7. Le soutien de l'Université de Nantes	91
4.2.8. L'avantage du travail en équipe	91
4.3. Limites du SPOC Enfance et violences	92
4.3.1. Le choix du contenu	92

4.3.2. Le choix du format d'enseignement hybride	92
4.3.3. Difficultés rencontrées lors de la phase de conception	93
4.3.4. Limites au e-learning pour l'amélioration des connaissances	94
4.4. Comparaison aux autres travaux	94
4.5. Perspectives	95
4.5.1. Évolution du SPOC, partie distancielle	95
4.5.2. Évolution du SPOC, partie présentielle	96
4.5.3. Evaluation du SPOC	97
4.6. Un territoire à la pointe des expérimentations dans le parcours de santé de l'enfant victime de violences	97
<u>V. CONCLUSION</u>	99
<u>VI. BIBLIOGRAPHIE</u>	101
<u>VII. ANNEXES</u>	111
Annexe 1 : Guide de bonnes pratiques, Université Laval	111
Annexe 2 : Flyer Santé Protégée à destination des médecins	
	113
<u>VIII. ABRÉVIATIONS</u>	115
<u>IX. RÉSUMÉ</u>	118

INTRODUCTION

La problématique des violences faites aux enfants est au cœur de la pratique des médecins généralistes, par leur fréquence et leurs nombreuses implications somatiques et psychologiques à court et long terme.

C'est un enjeu de santé publique d'actualité à l'échelle nationale et internationale. On estime que les enfants en danger représentent 10% des mineurs dans les pays développés. (1)

En tant qu'acteur de premier recours en soins primaires, le médecin généraliste est souvent l'intervenant principal pour les consultations d'urgence et de suivi pédiatrique. Son rôle de dépistage est primordial pour faciliter l'accès aux soins des victimes, voire effectuer une mise en sécurité si nécessaire. La mission du médecin généraliste n'est pas de poser le diagnostic formel de maltraitance, qui peut être complexe car il repose sur un faisceau d'arguments mais de transmettre ses inquiétudes aux services médicaux et judiciaires compétents.

L'identification des violences et des négligences est difficile, impliquant un travail global et interprofessionnel qui optimise le repérage, le diagnostic et le parcours de soins des victimes. En 2020, la maltraitance est encore sous-évaluée par les professionnels de santé. (2) La littérature rapporte ce défaut de repérage des enfants en danger (3–5) et identifie plusieurs facteurs : le manque de sensibilisation et de formation du corps médical, la crainte des poursuites judiciaires et de l'ingérence dans le fonctionnement familial, voire le déni du soignant face à la difficulté de la situation. (3–5)

Ainsi, il nous a semblé utile de répondre à la volonté du corps médical enseignant de mieux former les futurs médecins généralistes nantais à cette problématique médicale. Cet enseignement vise ainsi l'amélioration de leur sentiment d'efficacité personnelle pour le dépistage, l'orientation et le suivi des enfants victimes de violences.

Pour répondre à cet enjeu, nous avons conçu la partie asynchrone d'une formation hybride à destination des étudiants inscrits en DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale. Il s'agit d'un SPOC, ou Small Private Online Course, formation en ligne d'accès restreint, qui est accompagné d'un forum numérique. La partie de la formation dite « synchrone » est prévue sous la forme de sessions de questions-réponses faites en présence des étudiants et d'experts volontaires.

L'objet de ce travail de thèse est de décrire l'élaboration d'un contenu pédagogique hybride. Nous avons fait le choix de rédiger une introduction détaillée présentant aussi bien l'ensemble des références concernant le contenu théorique que les références pédagogiques. Celles-ci nous ont paru nécessaires pour justifier la méthodologie de la conception de cette formation ainsi que les résultats. Nous n'ajoutons pas de justifications supplémentaires dans les parties « Matériel et méthode » et « Résultats ».

1.1. Définitions et repérage

1.1.1. Définitions

L'une des premières difficultés dans l'appréhension des situations de maltraitance infantile vient avec le choix des mots qu'on utilise pour en parler, et de l'acception commune de leur sens. Il y a aussi la variabilité des personnes touchées et de leurs histoires de vie.

Un effort d'harmonisation a été réalisé par une démarche de consensus récente. (6) On y trouve une précision concernant la notion de vulnérabilité : « Premièrement, la vulnérabilité est entendue non pas comme un état de fait irréversible mais comme une situation appelée à évoluer : elle relève donc, dans bien des cas, d'une éventualité et non d'une nature de la personne qu'elle concerne, elle peut être aussi ponctuelle et réversible. En effet, elle est soumise à des facteurs individuels mais aussi à des facteurs environnementaux et relationnels. » (6)

Ainsi, ces travaux statuent sur la définition suivante : « Une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté voire dans l'impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise. » (6)

La maltraitance y est conçue comme un processus dynamique : puisqu'une situation de maltraitance peut résulter de différents mécanismes, elle peut revêtir des formes diverses (physiques, psychiques...) qui se cumulent et/ou s'associent. Elle peut s'installer dans le temps, s'intensifier. La maltraitance, comme processus évolutif, est donc soumise à de nombreux facteurs personnels mais aussi environnementaux et sociétaux. Elle n'est pas toujours perçue de la même manière par les victimes.

Par ailleurs, une « maltraitance expose la victime à une vulnérabilité accrue la présentant à la répétition de sévices ou crée les conditions la conduisant à devenir à son tour auteur de maltraitance ». (6)

Nous livrons ici la définition consensuelle de ces travaux qui s'attachent ensuite à préciser chacun des termes : « Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement ».

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non, et leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. (6)

Parmi les définitions existantes, nous avons aussi retenu celle établie par l'Organisation mondiale de la santé : « La maltraitance infantile désigne les violences et les négligences envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques, affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » (7)

L'article 375 du Code civil considère qu'un enfant est en situation de danger quand « 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 ». (8)

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a introduit une distinction entre l'enfant en danger et celui en risque de danger :

- L'enfant en danger est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- L'enfant en risque de danger est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation, sans qu'il soit pour autant maltraité. (9,10)

1.1.2. Typologie des violences

Au delà de cette distinction, la maltraitance se divise en quatre grandes entités (11) :

- Les violences physiques, incluant les ecchymoses, les hématomes, les plaies, les brûlures, les fractures...
- Les violences sexuelles, incluant l'abus sexuel, le viol, l'inceste, la pédopornographie...
- Les violences psychologiques, incluant le dénigrement, la menace, l'intimidation, les humiliations verbales ou non verbales, la marginalisation, les exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, les injonctions éducatives contradictoires...
- Les négligences lourdes, incluant l'omission ou la privation de réponse aux besoins de la vie quotidienne : physique (alimentation, hygiène, environnement), éducative (scolarisation, stimulation inadaptée...), médicale, affective.

Peuvent être ajoutées deux autres entités, qui exposent les enfants à des situations de violences :

- Le syndrome de Münchhausen par procuration : il s'agit d'une pathologie psychiatrique au cours de laquelle un parent (habituellement la mère) simule des symptômes inexistantes à son enfant, conduisant à de multiples examens ou interventions. Le médecin est alors utilisé comme promoteur de sévices.
- L'exposition aux violences conjugales : elles sont préjudiciables pour l'enfant à différents points de vue. D'une part, certains se retrouvent orphelins (111 enfants en 2019), et d'autre part, tous grandissent dans un climat de peur, d'insécurité et d'anxiété. Les conséquences sont lourdes pour le développement de l'enfant, il peut avoir des difficultés dans le rapport à la loi, à l'égalité des sexes et dans ses relations aux autres. L'exposition aux violences conjugales est responsable de multiples conséquences psycho-comportementales, au même titre que les autres formes de maltraitance. (12)

Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs de ces formes de maltraitance.

1.1.3. Besoins fondamentaux de l'enfant

Tous les enfants ont des besoins communs et universels : répondre à ces besoins fondamentaux, c'est « bien traiter » un enfant et ne pas le faire, c'est « mal le traiter ». L'importance accordée par les professionnels de santé aux besoins fondamentaux de l'enfant et aux interactions précoces entre le nourrisson et ses parents est essentielle et passe, entre autres, par le dépistage le plus précoce possible des facteurs de risque de maltraitance, et ce dès la grossesse. (14)

Ces besoins fondamentaux sont répartis en quatre catégories :

- les besoins *universels*, dont la satisfaction permet le bon développement de l'enfant et son bien-être ;
- les besoins *particuliers*, concernant les mineurs porteurs de handicap ;
- les besoins *spécifiques en protection de l'enfance*, engendrés par l'exposition aux violences et/ou négligences ;
- les besoins *liés aux effets iatrogènes de la prise charge* (ou de la non prise en charge) pour les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Concernant les besoins fondamentaux *universels*, il en existe huit, non hiérarchisés (figure 1) :

- Le besoin affectif et relationnel (faisant référence à la théorie de l'attachement de John Bowlby) ;
- Le besoin de protection ;
- Les besoins physiologiques et de santé (alimentation, hygiène, sommeil, sexualité, besoins matériels type vêtements...) ;
- Le besoin d'expériences et d'exploration du monde (explorations corporelles et physiques, créatives, expressives et langagières, cognitives...) ;
- Le besoin d'un cadre de règles et de limites (ensemble de codes et de valeurs sociales au service de son adaptation et de son insertion sociale) ;
- Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi (construction d'une image positive de soi, capacité d'empathie et de tissage de relations stables...) ;
- Le besoin d'identité (sexuelle, nationale, religieuse, culturelle...). (15)

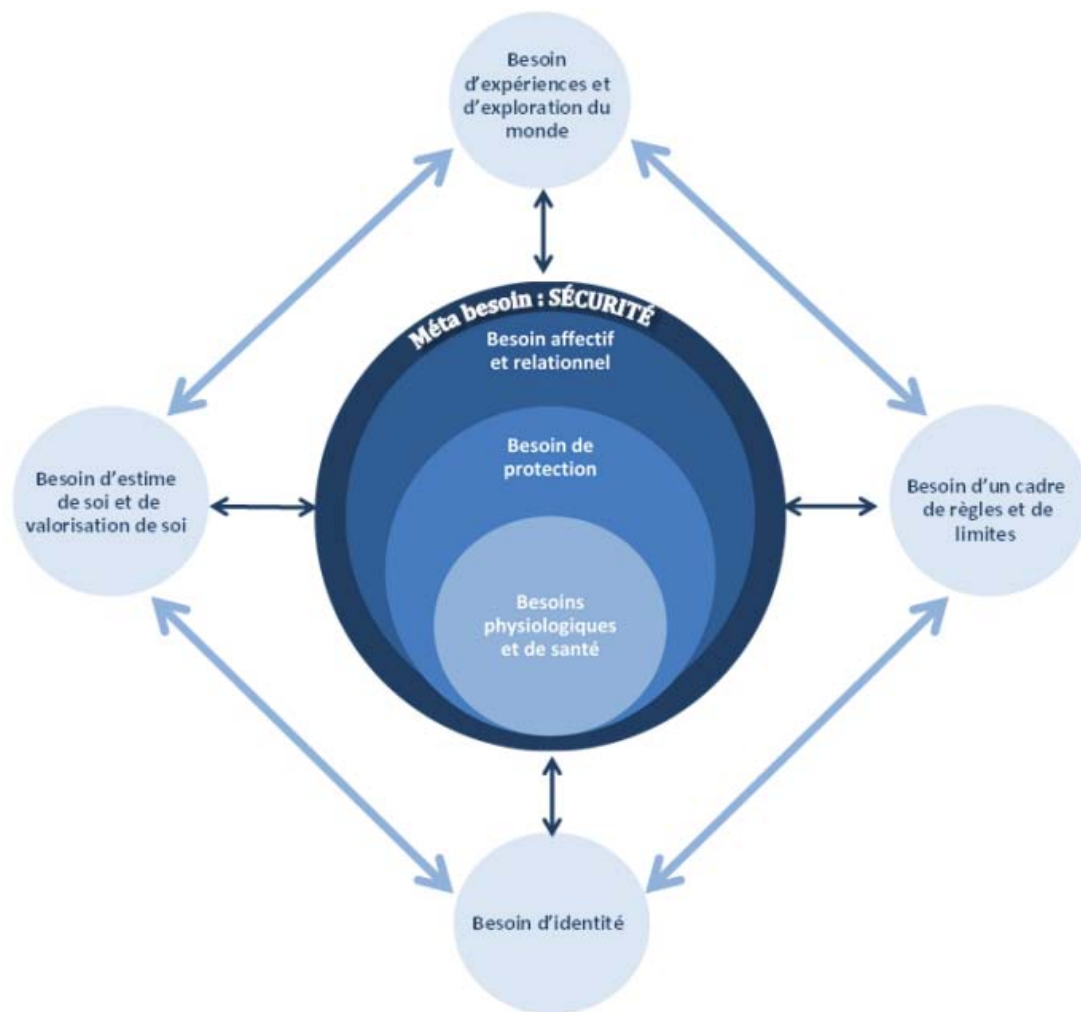


Figure 1 : La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant [Dr Martin-Blachais, 28 février 2017] (15)

En France, une démarche de consensus sur les besoins spécifiques en protection de l'enfance est rédigée dans le cadre de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. (15)

Ces besoins spécifiques existent car les besoins fondamentaux de ces mineurs en danger sont peu, mal ou non satisfaits, à cause de plusieurs éléments :

- des difficultés parentales les rendant vulnérables face à leur parentalité (addictions, violences conjugales, pathologies psychiatriques, fragilité socio-économique...);
- une incompréhension parentale des besoins de l'enfant, perçu comme une charge excessive ;
- des situations de stress et de violences répétées.

Quand ces éléments sont présents, le développement de l'enfant est donc compromis : soit par commission de violences (physiques, psychologiques, sexuelles), soit par omission, dans les situations de négligences.

Le méta-besoin de sécurité de ces enfants est alors défaillant, créant des discordances dans leur processus de développement. Les stratégies de compensation qui s'installent sont dysfonctionnelles et se manifestent par exemple par des troubles de l'attachement ou du comportement.

Face à l'absence de réponse parentale satisfaisante aux besoins fondamentaux des enfants confiés à la protection de l'enfance, celle-ci doit fournir une prise en charge multidimensionnelle efficiente afin de préserver leur santé, leur sécurité, leur moralité et leur éducation, tout cela dans le respect de leurs droits.

Les facteurs familiaux, sociaux et environnementaux susceptibles d'influer sur la réponse à ces besoins doivent être pris en compte, ainsi que la capacité des figures parentales à y répondre. (16)

1.1.4. **Épidémiologie**

Pour connaître l'ampleur de la problématique des violences faites aux enfants, des études statistiques sont indispensables. En France, elles sont publiées chaque année par l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) et par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE). Il existe d'autres données résultant de bases administratives d'enregistrement hospitalières ou policières, ou encore celles du Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED). Enfin, d'autres chiffres sont issus d'enquêtes de victimation réalisées par des organismes publiques ou associatifs.

La difficulté d'obtenir des chiffres comparables selon les sources s'explique par de nombreux facteurs, comme l'hétérogénéité des définitions choisies (danger ou maltraitance par exemple), les tranches d'âge différentes ou encore l'unité d'observation variable selon la source (l'enfant pour l'Éducation nationale, la plainte pour la Police, l'appel téléphonique pour le SNATED, le signalement pour l'ODAS). (17–19)

D'autres arguments étayent la sous-estimation des chiffres de maltraitance, comme les multiples biais de sélection des études, le caractère occulte de certains types de maltraitance (violences psychologiques, négligences) ou encore la limite floue entre les violences éducatives ordinaires et la maltraitance.

Par ailleurs, si les données existantes donnent des précisions sur les caractéristiques des violences, des situations ou des victimes, elles comportent un biais déclaratif sur la fréquence de ce problème puisque seules les victimes ayant accepté de révéler les maltraitances qu'elles ont subies sont comptabilisées. Or, il est bien identifié que l'établissement d'une relation sécurisante est souvent nécessaire pour que les sujets révèlent la maltraitance subie et que cette étape est souvent longue. De plus, la révélation, lorsqu'elle a lieu, n'est pas toujours entendue et accueillie. Ces données impliquent donc une sous-estimation des chiffres dont nous disposons aujourd'hui.

Depuis sa création en 2004, l'ONED (Observatoire national de l'enfance en danger, devenu en 2011 l'ONPE) contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la maltraitance et à la mise en cohérence des différentes sources (les CRIP, cellules de recueil des informations

préoccupantes, le secteur judiciaire, le secteur sanitaire...). Mais la situation en 2022 est sans équivoque : peu de chiffres officiels sont publiés.

Concernant les facteurs de risque de maltraitance et les conséquences à long terme, il existe par contre une importante littérature scientifique internationale.

Données chiffrées existantes

Si l'on se concentre sur les données chiffrées, dans les pays à revenu élevé, la maltraitance concernerait 10 % des enfants et des adolescents, soit environ 150 000 victimes par an en France. (1)

En population générale adulte, un enfant sur quatre a subi des violences physiques, un sur trois des violences psychologiques. (20)

Chaque année en France, près de 150 000 enfants sont exposés à des violences conjugales et 42 % d'entre eux ont moins de 6 ans. Par ailleurs, 25 enfants ont été tués en 2019 dans un contexte de violences au sein du couple. (13)

Un enfant décéderait tous les cinq jours des suites de sévices infligés. (21)

Par ailleurs, un enfant porteur de handicap aurait un risque de sévices multiplié par quatre. (22)

Concernant les violences sexuelles, une étude de grande ampleur en population générale a été réalisée en 2020 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Dans cette étude, 14,5 % des femmes et 6,4 % des hommes déclarent avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans, soit environ un adulte sur dix. On retrouve aussi cette donnée : la famille est la sphère de socialisation où se produisent le plus de violences sexuelles sur mineurs.

Parmi les personnes déclarant avoir subi des violences sexuelles en étant mineures, au cours de cette enquête anonyme, une victime sur deux a parlé des abus, 13 % des victimes ont porté plainte, un tiers des auteurs a été condamné.

Le taux de violences s'élève à 3,7 % de la population générale. (23)

Ceci corrobore les chiffres énoncés dans une enquête de victimation de grande ampleur, l'enquête Virage (Violences et rapports de genre), publiée en 2017 par l'Institut national des études démographiques (INED). (24) Elle évalue, en population mineure, que chaque année 130 000 filles et 35 000 garçons ont subi des viols et tentatives de viols ; soit une fille sur cinq et un garçon sur treize.

Dans une autre enquête réalisée auprès des victimes et publiée en 2015 par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, les chiffres énoncent que 81 % de l'ensemble des violences sexuelles débutent avant 18 ans, 51 % avant 11 ans, 21 % avant 6 ans. (25)

Les auteurs des violences se trouvent dans l'entourage proche de l'enfant dans 90 % des cas (la mère dans 50 %, le père dans 37 % des cas, un beau-parent, un membre de la fratrie, un grand-parent...). Concernant spécifiquement les violences sexuelles, l'auteur est majoritairement un homme, connu de la victime, souvent un proche. (26)

En 2020, l'ONPE recense 315 000 mineurs confiés à la protection de l'enfance soit 2,2% des mineurs français. Parmi eux, 102 678 situations ont fait l'objet de la saisine d'un juge des enfants. Les dépenses départementales en protection de l'enfance s'élèvent à 8,9 milliards d'euros. (21)

À l'échelle internationale, près d'un milliard d'enfants (de 2 à 17 ans) auraient subi des violences au cours de l'année écoulée. (27,28) Par ailleurs, 88 % des pays du monde possèdent des lois de protection de l'enfance, mais 47 % les appliquent fermement. (28,29)

1.1.5. **Signes d'alerte et conséquences**

L'exposition à des violences et/ou des négligences constitue un stress chronique et un facteur de risque majeur d'atteinte développementale.

En effet, la construction cérébrale se fait majoritairement dans la petite enfance : les traumatismes précoces peuvent donc avoir des conséquences durables sur le fonctionnement du cerveau des jeunes enfants, via notamment l'activation excessive du système hormonal de gestion du stress. Cela motive l'évaluation attentive et répétée du développement psychomoteur et psycho-comportemental des enfants en consultation.

Les soins sont possibles : proposer une psychothérapie précoce permet des remaniements psychiques positifs grâce à la plasticité cérébrale. (30)

1.1.5.1. **À court terme : les signes d'alerte**

Les violences faites aux enfants sont responsables de multiples conséquences physiques et psychologiques à court terme. Plusieurs signes doivent alerter le professionnel.

Lors de l'examen physique, on peut constater un retard de croissance staturale-pondérale, un retard de développement psychomoteur (retard de langage, des interactions sociales, des habiletés motrices fines et globale...) ou encore des signes évocateurs d'une carence de soins (état bucco-dentaire négligé, déficit visuel ou auditif non corrigé, tenue vestimentaire inadaptée...).

Des stigmates de traumatismes infligés peuvent plus rarement être dépistés : dermabrasions, ecchymoses, hématomes, brûlures, lésions viscérales, fractures suspectes (multiples, d'âges différents ou avec certains critères radiologiques). Les lésions nombreuses, d'âges différents, a fortiori présentes dans des localisations suspectes, incohérentes avec le niveau de développement de l'enfant ou avec le mécanisme invoqué, pour lesquelles l'explication donnée varie ou bien est peu plausible, sont particulièrement alarmantes.

De même, les plaintes récurrentes sans cause organique évidente, l'absence de douleur reconnue par l'entourage dans une circonstance habituellement douloureuse, les antécédents d'accidents domestiques répétés ou encore le retard de recours aux soins doivent intégrer le faisceau d'arguments inquiétants pouvant étayer une suspicion de maltraitance. (31)

D'un point de vue psychologique, plusieurs signes sont à repérer lors de l'anamnèse des enfants et adolescents victimes : troubles psycho-comportementaux (tristesse, pleurs inexplicables, colère, agressivité, comportement d'opposition, isolement, repli sur soi, détachement, labilité émotionnelle...), troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes, énurésie, tendance à se barricader la nuit...) ou encore difficultés scolaires et de concentration (retard des apprentissages, absentéisme répété, infléchissement des résultats, éviction des cours de sport...). La victime peut également multiplier les conduites à risques (consommation de toxiques, conduites sexuelles à risque, tentatives de suicide, automutilation...). (32)

Chez le nourrisson, on peut noter des troubles des interactions précoces et des troubles du comportement liés à un défaut d'attachement. (33–35)

1.1.5.2. **À long terme**

Les manifestations psycho-somatiques peuvent se chroniciser et persister à long terme, surtout si la maltraitance n'est ni dépistée, ni soignée.

La maltraitance infantile est associée à la survenue de violences dans les relations interpersonnelles (conjugales ou parentales par exemple), à l'abus de substances, aux troubles psychiatriques (anxiété, dépression, troubles alimentaires, idées suicidaires...). (36)

Elle est également associée à la survenue ou l'aggravation de maladies chroniques telles que l'atopie, le diabète, les maladies cardio-respiratoires, les maladies génito-urinaires ou encore les syndromes douloureux chroniques qui perdurent à l'âge adulte. Des conséquences neurobiologiques et cognitives sont également décrites : des troubles des fonctions exécutives et des habiletés cognitives réduites ainsi que des troubles socio-affectifs et comportementaux. (37–39)

En outre, les neurosciences ont démontré la présence chez les victimes de violences d'altérations épigénétiques proportionnelles à la gravité des violences et transmissibles aux générations suivantes, entraînant une plus grande vulnérabilité au stress. (40)

Des travaux ont étudié par imagerie l'impact cérébral du stress précoce chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance et le rôle de l'hippocampe dans la survenue d'un psychotraumatisme. Les résultats retrouvent des modifications structurelles cérébrales avec notamment une diminution de l'activation et du volume hippocampique en cas de maltraitance. Ces modifications sont d'autant plus marquées que la victime est atteinte de psychotraumatisme.

Les aires corticales des zones somatosensorielles atteintes lors des violences sont diminuées également et de façon proportionnelle à la gravité des violences (viols, multiplicité des agresseurs...).

Ces modifications permettent, entre autres, de mieux comprendre les dysfonctionnements sexuels fréquents présentés par les victimes comme l'hypo-sexualisation (dyspareunies, vaginisme, évitement du contact sexuel...) ou l'hyper-sexualisation (partenaires multiples, conduites sexuelles compulsives, conduites à risque, situation prostitutionnelle...).

L'impact des violences sexuelles chez les victimes est ainsi à la fois psychologique (avec des troubles psychotraumatiques très fréquents) et neuro-biologique (avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress). (41)

Une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2011 résume les signes d'alerte (généraux, génito-anaux et comportementaux) et la conduite à tenir de manière synthétique. Notons que l'examen clinique génital n'est pas indispensable et peut être délétère si le médecin n'y est pas spécifiquement formé. Il relève du rôle de l'expert, parfois en urgence en cas d'agression sexuelle de moins de cinq jours (prélèvements, contraception). L'absence de signe clinique n'élimine pas les violences sexuelles. (42)

1.1.5.3. Le psychotraumatisme

Le psychotraumatisme se définit comme un ensemble de mécanismes de sauvegarde d'ordre psychologique, neurobiologique et physiologique qui peuvent se mettre en place à la suite d'un ou de plusieurs événements générant une charge émotionnelle non contrôlée et dépassant les ressources du sujet. Le référentiel américain de psychiatrie, le DSM-V, propose en 2013 cette définition du psychotraumatisme : « événement de vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité d'y répondre correctement, le bouleversement qu'il génère et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Le sujet exposé à ce traumatisme peut être lui-même la victime, l'acteur ou même le témoin. »

Huit critères complètent cette définition :

- A - Exposition à un événement traumatique
- B - Symptômes de reviviscence de l'événement
- C - Évitement des stimuli évocateurs de l'événement
- D - Altération des cognitions et de l'humeur
- E - Altération de la vigilance et hyperréactivité
- F - Durée des symptômes supérieure à un mois
- G - Détresse psychologique significative ou altération du fonctionnement social
- H - Symptômes non attribuables à une substance (alcool, drogues...) ou une autre pathologie

La prévalence vie-entière du psychotraumatisme est de 5 à 6 % pour les hommes, et de 10 à 14 % pour les femmes. (43) Il concerne plus de 80 % des victimes en cas de violences sexuelles dans l'enfance. (44)

Près de 80 % des professionnels de santé ne font pas le lien entre l'état de santé d'un patient et les violences subies dans l'enfance. La littérature retrouve comme principales difficultés pointées dans ces prises en charge la durée de consultation, la gestion de la charge émotionnelle et les possibilités d'orientation secondaire. (43)

Concernant les implications neurobiologiques du psychotraumatisme, plusieurs théories sont proposées. Celle décrite par le Dr Muriel Salmona présente les troubles psychotraumatiques comme conséquences d'une dissociation, occasionnant une anesthésie émotionnelle et des troubles de la conscience, puis la création d'une mémoire traumatique (réminiscences intrusives,

hypervigilance...). Ces phénomènes induisent ensuite des conduites d'évitements à risque, mises en place pour échapper à la mémoire traumatique qui impose à la victime de revivre l'événement avec la même détresse. (45)

Les symptômes de psychotraumatisme aigu peuvent devenir chroniques et altérer plusieurs domaines du fonctionnement de la victime : « les modes relationnels tels que la capacité d'attachement, le niveau des hormones de stress dans le sang, la régulation des émotions, la dissociation, la gestion des comportements, les cognitions et fonctions exécutives, ainsi que l'identité ». (36) Le traumatisme complexe entraîne des altérations persistantes du fonctionnement affectif. (35)

Les impacts à court et long terme sont d'autant plus importants et irréversibles que la maltraitance associe plusieurs formes de violences, survient tôt dans la vie et se répète. (38)

Le psychotraumatisme est responsable de nombreux dégâts psychiques (anxiété chronique, irritabilité, syndrome dépressif, hypervigilance, culpabilité, honte, faible estime de soi, dévalorisation, repli sur soi, troubles de l'attachement, angoisses de séparation, phobies, troubles du sommeil, troubles de la concentration, addictions, trouble du comportement alimentaire, mise en danger, scarifications, troubles de la mémoire, retrait social...) et somatiques. Les patients ayant subi des violences dans l'enfance ont davantage recours aux soins et se disent en moins bonne santé par rapport à la population générale sans antécédent de violence dans l'enfance. Ils rapportent une diminution des activités (scolaires, domestiques, professionnelles...), une augmentation du nombre de jours passés au lit et une plus forte prévalence d'incapacité physique. (46)

Toutes ces conséquences ne sont pas irrémédiables, des soins adaptés permettent de les traiter. Une prise en charge la plus précoce possible est souhaitable afin de limiter les impacts (psychiques, physiques, sociaux, familiaux...) à long terme, réparant l'effraction psychique initiale par le rétablissement de connexions neuronales saines.

1.1.6. Impact de la pandémie de COVID-19 sur la protection de l'enfance

L'année 2020 a été marquée par une hausse manifeste des violences faites aux enfants et une hausse des signalements émis par l'ensemble des professionnels de l'enfance.

La pandémie de COVID-19 a eu de nombreux impacts sur la société, tant au niveau national qu'international. Parmi les répercussions négatives, elle a notamment fait augmenter de manière significative toutes les statistiques en matière de violences, particulièrement au sein des familles déjà vulnérables. (47)

Pendant le premier confinement (de mars à mai 2020), les statistiques de la SNATED révèlent une hausse de 56 % du nombre d'appels, et 80 % de hausse des appels émis par les enfants en danger eux-mêmes. Les chiffres rapportent également une augmentation de 46 % des interventions policières au domicile ainsi qu'une augmentation de 35 % des signalements par les professionnels.

55 % des appels au 119 ont abouti à la rédaction d'une information préoccupante, versus 49 % en 2019 sur la même période. (26,48)

Par ailleurs, des études révèlent une augmentation de 50 % des hospitalisations des 0-5 ans pour maltraitances graves (notamment le syndrome du bébé secoué), ainsi qu'une hausse des violences sexuelles et psychologiques. (49)

Parmi les facteurs expliquant cette augmentation des violences faites aux enfants, on retrouve :

- le confinement de l'enfant avec son agresseur ;
- la suspension de l'action des secteurs associatifs de la protection de l'enfance ;
- la fermeture des lieux d'accueil extérieurs habituels pouvant repérer les situations à risque (crèches, écoles, activités extérieures...) ;
- l'absence d'accès téléphonique ou internet, l'absence de contact avec les tiers de confiance pour signaler leur détresse (isolement avec les parents) ;
- la promiscuité dans le domicile ;
- l'épuisement parental (inquiétudes financières, de santé, travail et école à la maison...), parfois la perte d'un emploi ;
- la dégradation de la santé psychique des adultes. (50,51)

Enfin, concernant la typologie des violences recensées par le dispositif 119, les violences psychologiques sont les plus fréquentes, devant les violences physiques et les négligences.

Quant à la typologie des auteurs présumés, les parents restent, de loin, les principaux agresseurs. (26)

1.2. Moyens d'action, dispositifs existants

1.2.1. Qualification pénale

Plusieurs textes de loi issus du Code pénal, du Code de la santé publique et du Code de déontologie médicale régissent la protection de l'enfance.

Au travers de ces textes de loi, cinq grands principes se dessinent. Leur connaissance est indispensable à l'exercice du métier de médecin généraliste; et l'on sait pourtant que les aspects législatifs entourant les actions médicales leurs sont mal connus. (52)

1. Le médecin est le défenseur de la santé de l'enfant.

Le médecin doit avant tout le protéger face à une situation de violence : soit en signalant, sous peine de poursuite pour non-assistance à personne en péril, soit en demandant une hospitalisation (ce qui permet un temps de mise à l'abri et d'observation) et en s'assurant de l'effectivité de ces mesures par ses confrères.

Ainsi on note :

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

Article R4127-43 du Code de la santé publique (53)

Dans certains cas, le diagnostic de maltraitance peut être plus difficile. Le médecin doit donc effectuer des examens complémentaires ou faire appel à des confrères spécialistes en protection de l'enfance. Dans tous les cas, il doit agir. L'absence d'intervention est répréhensible : il a en effet obligation de porter assistance à un mineur s'il l'estime en danger. « Le médecin encourt un risque de poursuites pour omission de porter secours s'il est démontré qu'il n'a entrepris aucune démarche efficace pour protéger le mineur. »

Article 223-6 du Code pénal (54)

Un signalement basé sur des doutes et non des certitudes n'engage pas les responsabilités pénale et disciplinaire du médecin le rédigeant. Il n'est pas demandé au médecin d'apporter des preuves de ce qu'il signale, il doit s'en tenir aux faits strictement constatés et qui lui sont rapportés. Le médecin doit signaler en faisant acte « de bonne foi ». « Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Article 226-14 du Code pénal (55)

2. Le médecin peut déroger au secret professionnel pour signaler ou alerter.

La procédure d'alerte peut consister par exemple en la rédaction d'une information préoccupante. Les informations transmises sont strictement limitées à celles nécessaires à l'évaluation qui permettra de mettre en œuvre une protection.

Elle se justifie devant toute situation perçue comme à risque pour un mineur par le professionnel. Par « situation à risque », la loi comprend : privations ou sévices y compris atteintes ou mutilations sexuelles infligées à un mineur, constatées par le médecin ou tout autre professionnel de santé dans l'exercice de sa fonction et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

« Le médecin peut déroger au secret professionnel dans les situations concernant :

- Les mineurs ou personnes hors d'état de se protéger (en raison de leur âge, de leur incapacité physique ou psychique, à l'appréciation du praticien) : l'information de l'autorité judiciaire, administrative ou médicale lors de violences peut se faire sans l'accord de la victime.
- Les personnes majeures : le signalement de violences au Procureur de la République doit se faire avec l'accord de celles-ci. »

Article 226-14 du Code pénal (55)

Les informations à caractère médical restent soumises au secret professionnel mais peuvent être transmises à un médecin (par exemple le médecin référent de la protection de l'enfance) dans le but de protéger le mineur. « Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. »

Article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles (56)

On parle alors d'un partage entre professionnels d'informations à caractère secret strictement nécessaires pour évaluer, déterminer et mettre en œuvre des actions de protection, après information aux parents (sauf intérêt contraire de l'enfant).

3. *Le médecin peut opposer le secret professionnel aux titulaires de l'autorité parentale.*

Les informations concernant la santé d'un mineur doivent être partagées avec les titulaires de l'autorité parentale puisque ceux-ci consentent aux soins. Le secret professionnel ne peut donc pas être opposé à ces titulaires.

Il existe trois exceptions applicables à la demande du mineur : prescription d'un contraceptif, réalisation d'une interruption volontaire de grossesse et prise en charge dans le cadre « d'un acte nécessaire à la sauvegarde de la santé d'un mineur ».

Dans ces situations, le mineur peut également demander à ce que les titulaires de l'autorité parentale n'aient pas accès à son dossier médical ou sous conditions (le mineur peut par exemple demander à ce que la consultation du dossier médical se fasse en présence d'un médecin). (55)

4. *Le médecin doit s'enquérir de l'accord des titulaires de l'autorité parentale avant de pratiquer un soin chez un mineur.*

D'après l'article L.226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles, la loi oblige les professionnels à informer les parents avant toute transmission d'éléments d'inquiétude, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. (57)

Le droit des mineurs est exercé par les titulaires de l'autorité parentale. La loi n'exige pas le consentement écrit lors d'un soin ; il est donné de manière tacite lorsqu'un des titulaires de l'autorité parentale amène l'enfant à l'hôpital (sauf placement à l'ASE ou délégation judiciaire de l'autorité parentale). Néanmoins, le médecin peut également passer outre le refus des parents s'il estime que les soins sont nécessaires et que ce refus fait courir un risque grave pour le mineur. Attention, ce refus de soins peut révéler une négligence ou une maltraitance. Dans ce cas, le médecin doit protéger l'enfant.

5. *Le médecin doit au maximum associer le mineur à la décision médicale.*

Selon son âge et son niveau de compréhension laissé à l'appréciation du soignant, il faut informer le mineur qui doit participer à la décision.

Cette démarche a pour but de renforcer l'adhésion aux soins proposés et de vérifier que ces derniers ne constituent pas un vécu maltraitant supplémentaire.

1.2.2. Cadre légal

L'État s'implique dans la protection de l'enfance notamment par les lois votées en 1989 (avec la création de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant), en 2007, en 2016 et en 2022.

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 a créé les Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance (ODPE), à visée essentiellement épidémiologique, ainsi que les Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), afin d'établir des lieux uniques de recueil des alertes émises par tous les professionnels de l'enfance et ainsi améliorer le dispositif d'alerte et de signalement. Elle introduit donc la notion nouvelle d'information préoccupante (IP), définie comme « tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner ». (10)

Par la suite est publiée la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, complétant celle de 2007, après qu'une mission d'information créée en 2013 par la Commission des affaires sociales du Sénat ait estimé que la loi de 2007 était une loi mal connue et mal appliquée. Cette nouvelle loi a donc particulièrement mis l'accent sur deux dimensions essentielles : la prévention et le rôle des professions de santé (médicales principalement).

Le texte prévoit par exemple la désignation dans chaque service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) d'un médecin référent pour la protection de l'enfance afin de développer des collaborations avec le secteur libéral, l'attribution aux ODPE d'une mission supplémentaire pour la formation continue des professionnels ou encore l'ajout dans les missions de l'ASE de veiller à la stabilité du parcours de l'enfant. La loi du 14 mars 2016 renforce l'action des CRIP en élargissant leur champ d'action. (58)

Enfin, d'un point de vue législatif, on peut citer la loi n° 2022-40 du 7 février 2022 qui a pour ambitions :

- d'améliorer la situation des enfants placés et avant placement ;
- de mieux protéger les enfants contre les violences ;
- de valoriser le métier d'assistant familial ;
- de mieux piloter la politique de protection de l'enfance ;
- de revoir les critères de répartition des mineurs non accompagnés.

Pour exemple, la loi du 7 février 2022 dite Taquet a proposé de nouveaux encadrements au système de protection des enfants comme l'obligation de ne pas séparer les fratries (sauf intérêt contraire pour l'enfant), la proposition d'un accompagnement du mineur jusqu'à 21 ans au lieu de 18 ans auparavant, la recherche systématique de la possibilité de confier l'enfant à une personne de son entourage (famille, voisins, amis) avant d'envisager un placement à l'ASE. (59)

1.2.3. **Alerter, l'affaire de tous : l'information préoccupante et le signalement**

1.2.3.1. **Les circuits d'alerte**

Il existe deux circuits d'alerte principaux aujourd'hui en France.

Pour les particuliers, y compris les mineurs, il s'agit d'un numéro vert : le 119 « Allô enfance en danger ». C'est un service téléphonique national gratuit et anonyme qui reçoit les appels de particuliers ou d'enfants eux-mêmes préoccupés par la situation d'un enfant en danger. Ce service transmet immédiatement à la CRIP du département concerné les situations qui lui ont été signalées. Il fonctionne 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. La plateforme du 119 possède également un tchat, accessible aux moins de 21 ans, ainsi qu'un formulaire en ligne de recueil des situations préoccupantes.

Au total, en 2021, sur près de 40 000 alertes reçues, plus de 22 000 informations préoccupantes ont été transmises aux CRIP départementales. (60)

Pour les professionnels, un circuit départemental d'alerte et de transmission des éléments d'inquiétude existe : la CRIP.

Elle dispose d'une permanence téléphonique qui répond aux appels des professionnels de l'enfance afin de les aider face à une question ou une conduite à tenir. Un service de secrétariat lit chaque jour les IP qui lui sont adressées.

1.2.3.2. **L'information préoccupante**

L'information préoccupante est une information transmise à la CRIP pour alerter le président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou d'un risque de danger concernant un mineur.

L'IP ne définit pas la maltraitance ou le danger mais constitue un outil professionnel d'évaluation de la gravité d'une situation.

Les professionnels de l'enfance ont pour obligation légale de transmettre au département toute information concernant une situation de danger ou à risque de l'être pour un mineur : le médecin généraliste doit donc alerter la CRIP chaque fois qu'il estime nécessaire de déclencher une évaluation sociale pour aider un enfant s'il existe autour de lui un entourage défaillant.

Dans le cadre de cette transmission d'informations, le médecin n'est pas enquêteur.

Il porte ses doutes à la connaissance de la cellule.

L'IP a pour but de déclencher des mesures d'aide pour l'enfant et ses parents.

Les missions de la CRIP sont donc multiples :

- Conseiller les professionnels inquiets concernant la situation d'un mineur (c'est le rôle de la permanence téléphonique) ;

- Recueillir, analyser et qualifier des éléments d'inquiétudes par la lecture des IP puis décider :
 - soit d'un classement sans suite ;
 - soit d'une orientation vers d'autres services en l'absence d'élément de danger caractérisé (les centres médico-psychologiques (CMP), le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) les services médico-sociaux, le juge des affaires familiales...) ;
 - soit du déclenchement d'une évaluation pluriprofessionnelle par un travailleur social de l'ASE ;
 - soit de la saisine en urgence du parquet pour mise à l'abri immédiate du mineur via une ordonnance de placement provisoire (OPP).

Si une évaluation pluriprofessionnelle est demandée par la CRIP auprès du service d'aide sociale à l'enfance du département, celle-ci dure trois mois. Elle doit apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, de développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur.

Le but est de comprendre pourquoi un climat maltraitant s'est installé et de proposer les réponses de protection les mieux adaptées en tenant compte des capacités et des possibilités des titulaires de l'autorité parentale.

Le travailleur social rencontre à plusieurs reprises les parents, l'enfant seul, sa fratrie, y compris au domicile. Il met aussi en lien le médecin traitant, l'école, les professionnels au sens large intervenant autour de l'enfant afin de croiser les regards sur la situation familiale.

À l'issue de l'évaluation, les orientations possibles sont multiples :

- 1) Le département peut faire des propositions d'accompagnement et de soutien à la parentalité (par la PMI, le CMP ou le CMPP).

- 2) Il peut proposer une aide administrative (via un contrat établi entre le département et les parents), qui se décline sous différentes formes :
 - des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAESF) ;
 - l'intervention d'un technicien en intervention socio-familiale (TISF) ou d'une auxiliaire de vie sociale ;
 - l'instauration d'une aide éducative à domicile (AED) ;
 - l'accueil provisoire en accueil familial ou en établissement (AP) ;
 - le versement de prestations d'accompagnement (logement, budget...) ;
 - des aides financières diverses.

- 3) Il peut également imposer une mesure judiciaire. Dans ce cas, l'ASE saisit un juge des enfants qui décide et assure le suivi des mesures éducatives judiciaires. Ces mesures sont là encore multiples :
 - mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) ;
 - mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF) ;
 - aide éducative en milieu ouvert (AEMO) ;
 - aide éducative intensive en milieu familial (AEIMF) ;

- placement chez un tiers digne de confiance (TDC) ;
- mesure de placement par le juge des enfants ;
- expertises psychiatriques ou psychologiques ;
- ordonnance de placement provisoire (OPP).

4) Enfin, le département peut clôturer l'intervention sans donner de suite.

Le choix de la mesure (accompagnement administratif ou judiciaire) dépend non seulement de la gravité de la situation mais aussi du positionnement parental. Si les parents sont prêts à collaborer, l'aide administrative est privilégiée (des mesures d'aide éducative jusqu'au placement). S'ils refusent l'aide éducative ou si les mesures administratives ne suffisent pas, l'ASE peut saisir le juge des enfants : une mesure judiciaire est alors déclenchée. Au contraire, si la situation parentale s'est stabilisée, comme par exemple lorsqu'une démarche de soins a été effectuée, un retour en milieu ouvert, c'est-à-dire dans le lieu de vie habituel, est possible.

Les mesures d'aide sociale à l'enfance ont concerné 350 000 enfants en France en 2017. (61)

1.2.3.3. **Le signalement**

Le signalement constitue un deuxième mode de transmission des éléments d'inquiétude aux autorités compétentes ; c'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.

Le signalement concerne ainsi :

- des situations de péril imminent ;
- des situations d'atteinte grave à l'intégrité physique et/ou psychique de l'enfant ;
- des faits représentant une infraction pénale caractérisée comme les violences et agressions sexuelles ainsi que les négligences lourdes ;
- les situations d'opposition des parents à une prise en charge thérapeutique indispensable pour leur enfant.

Trois procédures existent lorsque le médecin considère des faits comme relevant d'un signalement :

- 1) Adresser l'enfant aux urgences pédiatriques les plus proches, en prévenant par téléphone le médecin senior présent ;
- 2) Rédiger le signalement et l'envoyer au parquet des mineurs (joignable 24h/24) ;
- 3) Dans les cas de doute sur la gravité des faits : rédiger une information préoccupante et l'adresser à la CRIP qui transmettra directement, dans un délai maximal de 24h, les éléments au parquet en cas de danger immédiat.

Le procureur, destinataire du signalement, pourra ensuite le renvoyer, soit au président du Conseil départemental si les éléments sont insuffisants, soit au juge des enfants pour décider des suites à donner dans un délai de huit jours. Il peut également délivrer une ordonnance de placement provisoire (OPP) qui confiera en urgence l'enfant soit à l'hôpital, soit à l'aide sociale à l'enfance.

L'OPP est une mesure judiciaire d'assistance éducative permettant de placer un mineur dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement (un centre d'accueil, un foyer, un établissement d'aide à l'enfance, un service hospitalier). La mesure de placement d'un enfant peut être prise simultanément pour plusieurs enfants d'une même famille.

L'OPP est valable 2 ans, et est renouvelable après réévaluation.

La figure 2 reprend les différentes procédures de protection d'un enfant en danger.

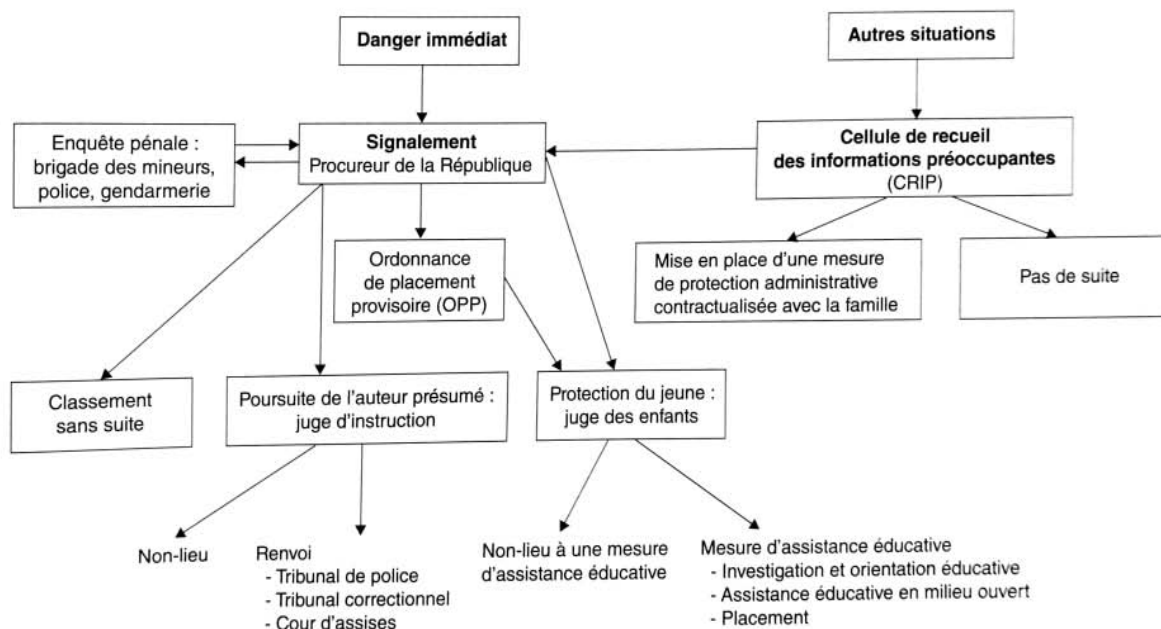


Figure 2 : Procédure en cas de suspicion de mauvais traitements [C. Adamsbaum et C. Rey-Salmon, 2012] (34)

1.3. La formation médicale

1.3.1. Généralités en pédagogie

La pédagogie est un concept essentiel dans l'éducation où deux approches coexistent : l'étude de l'enseignement et celle de l'apprentissage.

Dans l'historique *paradigme d'enseignement*, les savoirs sont transmis aux apprenants par les professeurs, l'information est donc reçue passivement et les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de mise en œuvre. Les objectifs sont l'acquisition de connaissances, le développement d'automatismes et la mémorisation. Le professeur se positionne comme le référent qui sait et qui transmet. Il endosse les rôles de formateur et d'examineur. L'évaluation des connaissances utilisée est alors sommative : elle a pour objectif d'attester les acquisitions de façon quantitative à la fin d'une période d'apprentissage, avec notamment un système de notation.

Dans le *paradigme d'apprentissage*, les apprenants construisent leurs connaissances à partir de questions qu'ils se posent et qu'ils traitent lors d'activités de recherche et de résolution de problèmes. Les connaissances sont construites prioritairement à partir de situations authentiques ou semi-authentiques. L'évaluation des connaissances est alors formative. Elle se définit comme une pratique d'évaluation continue qui entend contribuer à améliorer les apprentissages en cours (62) en se préoccupant autant du processus que du résultat et en exploitant les erreurs pour favoriser le développement des connaissances.

L'apprenant devient acteur de son processus d'apprentissage en réalisant une auto-analyse de l'évolution de ses connaissances et de sa capacité à les mobiliser pour faire face à des situations réelles attendues ou inattendues.

Dans cette approche, il n'y a pas de critère qualitatif de performance ni de critère quantitatif d'obtention de connaissances. L'erreur devient donc une opportunité de progression et d'évolution et non plus une sanction.

C'est une approche pédagogique privilégiée pour acquérir des compétences professionnelles complètes, complexes et signifiantes.

Le paradigme choisi par l'enseignant dépend des objectifs pédagogiques qu'il a établis initialement. Pendant le deuxième cycle des études médicales, les deux paradigmes se complètent avec d'une part des acquisitions théoriques, et d'autre part des mises en pratique concrètes. Durant le troisième cycle, le paradigme d'apprentissage est privilégié pour favoriser l'acquisition des compétences de médecine générale attendues par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE). En effet, l'objectif premier des départements de médecine générale (DMG) est de former des professionnels de santé « compétents, autonomes et réflexifs » pour répondre aux besoins de santé en soins primaires. (63)

Le DES de médecine générale a vu le jour en 2004, consacrant l'officialisation de cette spécialité à part entière. La création en 2014 d'une sous-section autonome de médecine générale au sein du Conseil national des Universités (CNU) a finalisé l'autonomisation de la discipline. L'internat de médecine générale s'étend désormais sur trois années pendant lesquelles les étudiants réalisent six stages de six mois, dont un est consacré à la formation pédiatrique, et au moins deux autres réalisés en médecine générale ambulatoire.

Les principaux objectifs de la formation universitaire de médecine générale sont harmonisés et élaborés par le CNGE :

« Pour assurer ses fonctions, le médecin généraliste doit acquérir et mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales adaptées à l'exercice de ces missions. Ces compétences lui permettent d'assurer les rôles et les tâches qui lui incombent face aux situations auxquelles il est confronté, à savoir :

- résoudre un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires ;
- prendre une décision adaptée en contexte d'urgence ou en situation d'incertitude ;
- communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage ;
- prendre en charge le patient dans sa globalité ;
- assurer le suivi et la continuité des soins ;
- entreprendre des actions de santé communautaire ;
- travailler en équipe et/ou en réseau ;
- appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques. » (64)

L'ensemble de ces finalités est réparti sous la forme de six types de compétences :

- premier recours, incertitude, soins non programmés et urgences ;
- relation, communication, approche centrée patient ;
- continuité, suivi et coordination des soins autour du patient ;
- vision globale, complexité ;
- éducation en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire ;
- professionnalisme. (64)

C'est dans ce contexte qu'apparaît la réforme du deuxième cycle avec pour objectif de transformer l'enseignement avec une approche par compétences, d'apporter un enseignement centré sur l'apprentissage de l'étudiant, de développer sa réflexivité et son raisonnement clinique.

1.3.2. **Maltraitance infantile et formation initiale**

1.3.2.1. **Pendant le deuxième cycle : l'externat**

Parmi les 335 sujets, répartis en 11 modules, abordés aux Épreuves Classantes Nationales (ECN), un seul aborde la maltraitance infantile. Le référentiel de pédiatrie utilisé par les étudiants de deuxième cycle inclut donc ce chapitre nommé « Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile ». Il aborde les définitions, les signes d'alerte, les tableaux cliniques, et les examens complémentaires. Il reprend les principaux éléments de la démarche médicale et administrative. Ce module est traité en une heure dans la plupart des facultés.

Les objectifs sont :

- « repérer un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent ;

- argumenter la démarche médicale et administrative nécessaire à la protection de l'enfant ». (65)

Concernant la formation pratique, le stage de pédiatrie n'est pas obligatoire dans le cursus de deuxième cycle de toutes les facultés et l'expérience des étudiants face aux situations de maltraitance infantile reste aléatoire. Par ailleurs, comme le souligne un rapport ministériel (61), le doublement du numerus clausus en quinze ans s'est répercuté sur le deuxième cycle, le nombre d'étudiants étant passé de 13 400 en 2002 à 25 600 en 2014). Cette évolution peut entraîner des tensions dans les possibilités d'encadrement des stages cliniques. (66)

1.3.2.2. **Le troisième cycle de médecine générale**

À l'échelle nationale

L'enseignement traitant de la maltraitance infantile qui est dispensé au sein des trente-sept départements de médecine générale du territoire est variable et mal identifié. En effet, il existe peu de données publiques concernant les modalités d'apprentissage et les contenus.

En 2014, le travail de thèse de Benjamin Porte Cazeaux évaluait les acquis d'apprentissage des étudiants de médecine générale au cours d'un stage de pédiatrie libérale. (67) L'auto-évaluation par les étudiants sur la progression de leurs acquisitions (théoriques, pratiques et relationnelles) montrait que l'item « gérer une situation de maltraitance suspectée » n'avait pas été évoqué au cours du stage dans 10 % des cas. C'est également celui qui retrouvait la plus faible progression des participants au cours du semestre. Cela suggère que faire face à la maltraitance exige des capacités professionnelles difficiles à acquérir.

En 2018, le travail de thèse de Morgane de Oliviera rapporte que trois heures de formation sont obligatoires pendant l'internat en Guyane-Antilles, mais leur contenu n'est pas détaillé. (68) Ce travail évaluait, entre autres, les difficultés ressenties en consultation par les étudiants en dernière année d'études ayant réalisé un semestre de pédiatrie. Parmi les thèmes considérés comme difficiles, la maltraitance arrivait en deuxième position, après la gestion des troubles mère-enfant. Le manque de formation théorique et pratique était à l'origine des difficultés ressenties pour la moitié d'entre eux.

D'autre part, les étudiants de médecine générale, qui sont en première ligne pour voir les enfants, sont affectés tous les six mois dans des hôpitaux et parfois des départements différents. De ce fait, ils sont confrontés à une diversité de protocoles services-dépendants, de carnets d'adresse, d'interlocuteurs et de façons de faire face à une situation potentielle de maltraitance différentes. Cela place l'interne dans une situation de doute, d'errance et majore la difficulté du signalement.

Enfin, il existe une différence manifeste de formation et donc d'approche de l'enfance en danger entre les internes de pédiatrie et ceux de médecine générale.

Les démarches d'IP et de signalement ainsi que la collaboration interprofessionnelle leurs sont plus simples car mieux enseignées.

À l'échelle locale

À Nantes, certains étudiants doivent choisir entre un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie, faute de places disponibles suffisantes sur les deux terrains pour chacun d'entre eux. Pour combler ce manque, un nouveau type de stage est proposé : le stage ambulatoire « femme-enfant » (SAFE), qui permet de coupler les deux disciplines ; mais son accessibilité est encore limitée. Finalement, trois types de stages de pédiatrie sont possibles : le SAFE, le stage hospitalier, et le stage en PMI. Le reste de la formation pratique dépend des stages ambulatoires de médecine générale.

Ainsi, une partie des étudiants ne réalise pas de stage de pédiatrie ; il en résulte une disparité de formation pratique parmi les étudiants inscrits au DMG nantais.

Actuellement, des enseignements concernant les violences faites aux enfants sont réalisés dans certains terrains de stage, mais il n'existait pas jusqu'ici de cours dédiés au sein du DMG. Un cours en présentiel abordant les principaux axes de suivi et de dépistage chez l'enfant de 0 à 24 mois est proposé par les équipes de PMI du département. La détection de la maltraitance y est succinctement abordée à l'occasion des examens systématiques de l'enfant. Il existe également, depuis peu, un enseignement abordant la santé sexuelle qui aborde brièvement les violences sexuelles en général.

Du fait d'un ratio étudiants/enseignants défavorable, la création et la dispense de cours est un défi. De plus, l'enseignement pédiatrique s'inscrit dans un besoin de formation des étudiants beaucoup plus large au vu des multiples champs de compétences requis par la médecine générale.

1.3.3. Maltraitance infantile et formation continue

En 2020, la maltraitance est encore sous-évaluée par les professionnels de santé (hospitaliers et ambulatoires confondus), bien qu'ils soient à l'origine de 22 % des informations préoccupantes (IP) (figure 3), et que ce chiffre soit en constante augmentation (+ 15 % par an en moyenne entre 2015 et 2020). (69)

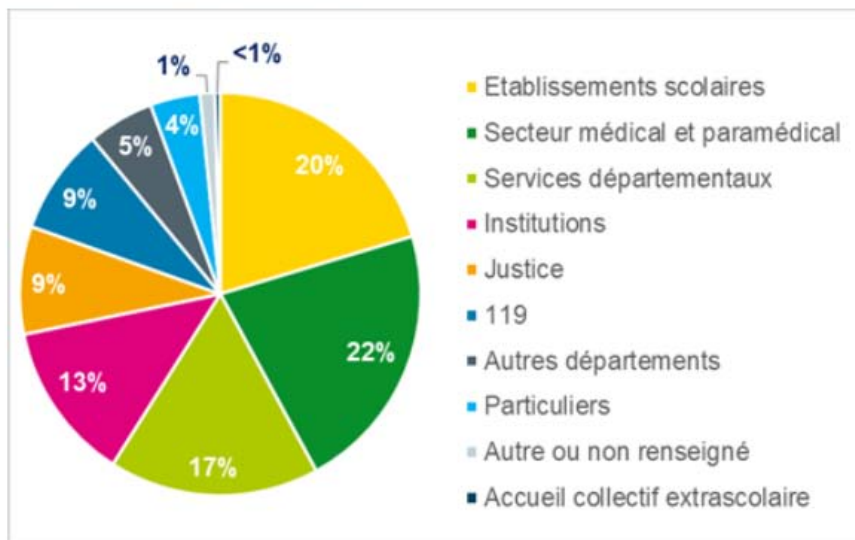


Figure 3 : L'origine des informations préoccupantes en 2020 [Observatoire départemental de la protection de l'enfance de Loire-Atlantique, 2021] (69)

À l'échelle locale, en Loire-Atlantique, le nombre d'informations préoccupantes progresse de plus de 5 % par an depuis 2009. L'année 2019 rapporte même une augmentation de 9 % par rapport à l'année précédente. (69)

Cette augmentation est en partie liée à une meilleure identification de la CRIP par les professionnels ainsi qu'au développement de partenariats avec l'Éducation nationale, le secteur de la santé et le secteur associatif. (70)

L'amélioration du repérage et l'augmentation du nombre de signalements en cas de suspicion de maltraitance intra-familiale dépendent beaucoup du niveau de connaissances acquis par le médecin ou professionnel de l'enfance sur cette problématique.

Les médecins en exercice disent se sentir peu compétents dans le repérage des enfants en danger. (71) En 2016, le travail de thèse de Céline Bausière a permis d'identifier les différents freins à la transmission des IP : le manque de connaissances, le caractère chronophage et le sentiment de solitude étaient les plus importants. Dans les résultats de l'étude, les principales attentes des médecins généralistes pour faciliter la transmission d'IP étaient : l'identification d'un référent unique (63 %), des formations médicales continues (56 %), et un guide des structures de la protection de l'enfance avec leurs coordonnées (55 %). Les notions qu'ils voulaient surtout aborder étaient des connaissances sur la procédure, les signes d'alerte, les mesures mises en place et la prise en charge de la cellule familiale. (3) Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres études. (72,73)

Pour répondre à ces attentes, un livret à destination des médecins généralistes de Loire-Atlantique portant sur l'information préoccupante a été distribué et évalué. Les résultats de cette évaluation montraient une amélioration globale des connaissances des médecins après lecture de l'outil, notamment concernant les points suivants : l'absence d'obligation de certitude diagnostique pour réaliser une IP, l'obligation d'information de la famille et les différences entre l'IP et le signalement. Ils connaissaient également mieux les différents acteurs et ressources, ainsi que les conséquences de la réalisation d'une IP. (74)

1.4. L'enseignement hybride

1.4.1. Définitions

D'un point de vue didactique, il est possible de former un groupe d'apprenants de multiples façons, en s'adaptant aux enjeux croissants de flexibilité qu'ils attendent et en conservant une qualité pédagogique.

Parmi toutes ces options, voici les principales, définies par le bureau de soutien à l'enseignement de l'Université Laval au Canada, experte sur les questions de pédagogie universitaire (75) :

- 1) La *formation en présentiel*, qui propose « des activités de formation vécues en présence physique des apprenants et de l'enseignant pour la totalité de la durée de l'activité ». (75)
- 2) La *formation en distanciel*, ou e-learning, qui se définit comme « un système de formation permettant à un étudiant d'apprendre seul ou en situation de collaboration, à l'aide de matériel didactique approprié, par différents moyens de communication et avec le soutien à distance de l'enseignant et de personnes-ressources. Cette formation offre une flexibilité d'horaires à l'intérieur du calendrier universitaire et n'exige aucun déplacement, à l'exception de ceux requis pour les évaluations sommatives des apprentissages ». (75)
- 3) La *formation hybride*, ou blended learning, qui se définit, elle, comme « un système de formation comprenant, en proportion variable, des activités proposées en présence physique des apprenants et de l'enseignant ainsi que des activités de formation à distance, synchrones ou asynchrones ». Un enseignement hybride peut, par exemple, se composer d'un forum numérique, défini comme « un espace virtuel où les participants et l'enseignant peuvent afficher un message ou échanger, discuter et partager sur des sujets divers en temps différé. » (75)

Les apprentissages en ligne peuvent être asynchrones, se définissant par « des activités qui se déroulent en des temps différents, au choix de chaque personne (étudiant ou enseignant) » ou synchrones, permettant, via un outil de communication en temps réel, la présence simultanée et l'interaction virtuelle entre les personnes concernées. (76)

L'apprentissage en ligne ou e-learning est utilisé pour la formation en distanciel. Il se définit par « l'utilisation de technologies permettant l'accès à des activités de formation diffusées par l'intermédiaire de médias numériques (ordinateur, tablette, smartphone) ». (75)

Le terme e-learning désigne donc un mode d'apprentissage utilisant les technologies de l'information et de la communication pour l'éducation (TICE) sous de multiples formes : vidéo interactive, classe virtuelle, plateforme d'apprentissage, etc. Ce format d'apprentissage bouleverse les codes classiques du schéma plus linéaire d'apprentissage entre apprenant et enseignant. Plusieurs acteurs pédagogiques participent au projet de e-learning : ingénieurs et concepteurs pédagogiques, web-designers, experts des sujets à traiter. (75)

L'encadrement pédagogique lors des formations distancielles en e-learning peut prendre différentes formes, dont le choix dépend des objectifs pédagogiques visés. Au total, quatre grands formats de e-learning existent :

- Les « formations en ligne » entièrement à distance. Le SPOC (Small Private Online Course) en est un exemple ; c'est un cours en ligne privé restreint à un petit groupe ;
- Les « formations hybrides » associant enseignement distanciel et présentiel ;
- Les « formations informelles » en situation de travail pour répondre aux besoins du professionnel de santé en direct ;
- Les « cours en ligne ouverts à tous » ; les MOOC (Massive Open Online Course) définis comme des formations en ligne ouvertes à tous, centrées sur la transmission de savoirs au plus grand nombre, gratuitement et librement, quel que soit le profil, l'âge, l'origine sociale de l'apprenant. Il bénéficie de contenus numérisés souvent sous forme de vidéos en ligne et d'activités collaboratives, ainsi que de conseils et de consignes variables. (77)

1.4.2. Une formation flexible et accessible

Les formations distancielles existent déjà depuis plusieurs décennies. D'ailleurs, la part du e-learning dans la formation initiale et la formation médicale continue (FMC) s'accroît chaque année. (78)

L'enseignement hybride permet une flexibilité pédagogique, géographique et temporelle. L'apprenant peut gérer son temps, orienter sa formation en fonction des compétences souhaitées et reprendre les activités à son rythme d'apprentissage, selon ses disponibilités. (78)

Certains étudiants en médecine travaillant dans les centres hospitaliers périphériques, parfois à près de 100 km de la Faculté, éprouvent des difficultés pour se rendre à certains enseignements présentiels. La formation en distanciel améliore la conciliation entre le travail en stage, le travail d'études et la vie personnelle. Elle permet également de consacrer davantage de temps en présentiel pour l'apprentissage clinique pratique et offre un accès à un plus grand nombre de participants en s'affranchissant des contraintes d'espace et d'horaires, tout en mobilisant moins d'enseignants.

La pandémie de COVID-19 a été l'occasion de repenser les enseignements pour les rendre accessibles malgré les contraintes du confinement. La formation médicale théorique et pratique en a donc été fortement impactée.

Le virage numérique dans les pratiques pédagogiques, déjà en marche depuis quelques années, s'est donc accéléré avec le contexte sanitaire des dernières années.

1.4.3. Répondre aux besoins technologiques croissants des apprenants

Les outils pédagogiques numériques sont de plus en plus nombreux et intuitifs ; ils facilitent l'accès à l'information et au savoir et sont plébiscités par les étudiants, bercés dans une société où le numérique est omniprésent.

Différentes plateformes et logiciels proposent des activités pédagogiques pour amener de l'interactivité dans les formations distancielles. Se démocratisent ainsi les formations sur des plateformes de visioconférence, se posant en alternatives aux traditionnels documents de lecture au format PDF.

1.4.4. Réinventer les modalités d'apprentissage

Pour répondre à ces enjeux numériques nouveaux, le corps enseignant et l'ensemble des intervenants dans la formation initiale et continue doivent se réinventer pour s'adapter à cette nouvelle vision de l'enseignement. Il s'agit de créer des alternatives aux cours où le savoir est délivré en parlant à une assemblée qui prend des notes pour mieux le mémoriser. Les formations hybrides fonctionnent de façon différente : les cours créés par l'enseignant sont diffusés sur une plateforme internet sous forme de SPOC ou de MOOC interactifs, tout en donnant lieu à des échanges avec les apprenants via des forums numériques ou lors de séances d'échanges présentiels.

Ce nouvel environnement d'apprentissage est un défi pour les enseignants : ils doivent acquérir de nouvelles compétences pédagogiques, développer des outils afin que la formation soit basée sur les compétences tout en préservant l'authenticité clinique.

L'apprentissage doit être actif et contextualisé afin que l'étudiant soit engagé dans une formation autonome. (79)

D'ailleurs, cet apprentissage autonome fait écho aux objectifs fixés par le CNGE : « l'autonomisation permet à l'interne d'identifier ses besoins de formation, de planifier ses activités d'apprentissage à partir des tâches professionnelles authentiques auxquelles il est exposé et à s'auto-évaluer, dans une démarche de pratique réflexive ». (63)

Afin que l'enseignement reste authentique et pratique, plusieurs auteurs proposent de contextualiser l'enseignement avec des vignettes cliniques ou des scénarios enregistrés avec des patients standardisés. Nous ne disposons pas actuellement d'étude d'impact mais les premiers résultats suggèrent une satisfaction globale des participants. (79–82)

1.4.5. L'hybridation, un format pédagogique innovant au coeur des nouveaux enjeux universitaires

Le gouvernement, au travers de la loi n° 2018-166 publiée le 8 mars 2018 et relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (ORE) soutient la création des dispositifs pédagogiques innovants. Cette loi vise par ailleurs à réformer l'accès au premier cycle de l'enseignement supérieur et ainsi favoriser la réussite des étudiants. (83)

L'application de la loi ORE au sein de l'Université de Nantes s'est traduite, entre autres, par un programme appelé NeptUNE (pour Nouvelles études pour tous à l'Université), lauréat de l'appel à projet national « Nouveaux cursus à l'Université ». (84) Dans ce cadre, l'Université a obtenu une dotation permettant de proposer un modèle de refonte du cursus universitaire. Concrètement, cela implique de nouvelles formations modulaires qui permettent aux étudiants de personnaliser leur parcours ainsi qu'un accompagnement à la construction de leur projet de formation. Une partie du budget NeptUNE a financé (sous les statuts de l'Université de Nantes) le projet HybridUNE qui promeut l'hybridation des enseignements universitaires. (84)

D'un point de vue plus global, l'Université de Nantes, en partenariat avec le CHU de Nantes, la région des Pays de la Loire, l'École Centrale de Nantes et les instituts nationaux de recherche comme l'INSERM, ont développé le projet NExT (pour Nantes Excellence Trajectory), qui a obtenu le label I-site (le label Initiatives - Science - Innovation - Territoires - Économie succède en 2013 à l>IDEX, le label « Initiatives d'excellence », tous deux destinés à créer et soutenir des ensembles pluridisciplinaires d'enseignement supérieur et de recherche qui soient de rang mondial). Ce label soutient, au travers de subventions, des projets dans le domaine de la santé et de l'industrie du futur, incluant recherche, innovation, formation, pédagogie et partenariats internationaux. (85)

Ainsi, pour préparer les étudiants aux futures exigences de carrière, l'Université investit via l'initiative NExT dans la pédagogie pour soutenir par exemple des programmes de formation individualisées (projet NeptUne) ou des formations par la recherche en santé et industrie (projet TRITON, pour Training by Research in Industry and healTh fOr Nantes University). L'objectif est l'affirmation du site nantais dans un parcours innovant en recherche, formation et transformations technologiques afin d'accroître son attractivité nationale et internationale.

1.4.6. Usages et pratiques des dispositifs hybrides

Ces usages et pratiques multiples font l'objet de nombreux travaux de recherche universitaire. Parmi ces travaux, le modèle Hy-sup est le fruit d'une recherche en enseignement supérieur francophone (français, suisse et belge) qui vise à mieux comprendre les dispositifs hybrides et leurs effets sur l'apprentissage et l'enseignement. Son objectif est de faciliter l'appropriation de ses résultats par les formateurs, les conseillers pédagogiques et les enseignants. (86) Selon une revue de littérature publiée en 2020 par Claire Peltier et Catherine Séguin à propos des dispositifs hybrides de formation dans l'enseignement supérieur, c'est le modèle le plus solide et abouti existant dans le paysage francophone des dispositifs hybrides. (87)

De ce modèle Hy-Sup, découle un site internet : CARENN (CARtographie des ENseignements Numériques) proposant différentes ressources d'aide à l'hybridation ainsi qu'un outil d'autodiagnostic de l'enseignement. Cet outil basé sur les résultats de la recherche Hy-Sup propose une classification des dispositifs hybrides à travers quatorze composantes, réparties selon cinq dimensions :

- l'ouverture de la formation ;
- la médiatisation (type de ressources utilisées et accessibilité, adéquation avec les objectifs d'apprentissage) ;
- l'accompagnement proposé aux apprenants pour soutenir leur motivation ;
- la médiation (effet des médias utilisé sur les apprenants) ;
- la répartition du travail en présentiel ou distanciel.

Il permet à l'enseignant de mieux définir son projet, d'adapter le type d'hybridation choisi aux objectifs pédagogiques et de comparer aux autres travaux. (88)

Ainsi, se dégagent six typologies de dispositifs hybrides :

- « le gîte » : intégrant des ressources d'intervenants extérieurs (hors monde académique) avec un objectif de transmission de contenu
- « l'écran » : mettant à disposition des ressources pédagogiques multimédia dans l'environnement technopédagogique
- « la scène » : permettant le dépôt de documents en ligne lors d'enseignement en présentiel
- « l'équipage » : mettant à disposition des outils d'aide à l'apprentissage, outils de communication synchrones et collaboratifs
- « le métro » : soutenant l'accompagnement des apprenants pour une entraide étudiante
- « l'écosystème » : exploitant toutes les dimensions (participation active, outils technologiques, mise à disposition et production de ressources multimédias, interaction entre pairs, ouverture à des ressources et acteurs extérieurs). (88)

1.4.7. **Méthodologie de l'Université Laval de Québec**

L'université de recherche publique Laval au Québec a publié un guide permettant d'accompagner les enseignants dans leur projet pédagogique, le guide méthodologique « Concevoir et produire un cours à distance » (89). Il détaille toutes les étapes nécessaires à l'élaboration d'une formation distancielle, de la conception à la production, en apportant de nombreuses pistes de réflexion. D'ailleurs, l'université de Nantes travaille en partenariat étroit avec cette université québécoise sur les questions de pédagogie numérique en santé.

Plusieurs études ont élaboré des critères de qualité et des « bonnes pratiques » permettant de guider les enseignants dans la conception d'enseignements en ligne. (78,90–93)

Nous allons détailler les critères de qualité d'élaboration d'un dispositif hybride proposé par l'Université Laval. (89, 91) Ces critères qualité regroupent différentes exigences :

- Aperçu et présentation du cours : les rubriques et le plan du cours sont clairs ;

- Objectifs généraux et spécifiques : ils doivent être définis, et cohérents ;
- Évaluation des apprentissages : les évaluations sont cohérentes avec les objectifs, les consignes sont claires, des évaluations formatives avec rétroaction sont proposées ;
- Activités d'enseignement et d'apprentissage : elles soutiennent un apprentissage actif, sont variées et cohérentes avec les objectifs généraux et spécifiques et aident ainsi les apprenants à progresser dans leur apprentissage ;
- Interactions entre étudiants et modalités d'encadrement ;
- Utilisation des technologies et ressources pédagogiques : les liens et ressources proposés sont d'actualité et identifiés en distinguant les contenus obligatoires des contenus facultatifs.

1.4.8. **Autres modèles méthodologiques**

D'autres modèles méthodologiques existent et se complètent. Nous allons en présenter quelques-uns.

L'HAS promeut un modèle d'élaboration d'un programme de e-learning désigné par l'acronyme ADDIE, pour Analyse (des besoins et des participants), Design (et story-board), Développement (technique), Implantation et Évaluation. C'est une méthodologie américaine, leader dans les modèles d'ingénierie pédagogique.

Si l'on détaille succinctement les étapes du modèle ADDIE, il se compose de cinq phases (figure 4).

- *Analyse* : définition des besoins de formation et des caractéristiques de la population cible, des objectifs pédagogiques à remplir, des connaissances à transmettre, des ressources pédagogiques numériques existantes ou encore des contraintes matérielles, financières et temporelles. Cette étape définit des « indicateurs de performance » qui permettront d'évaluer la formation lorsqu'elle sera achevée.
- *Design* : définition en détail des modalités du dispositif pour répondre aux objectifs d'apprentissage fixés et choix des stratégies pédagogiques de formation retenues (sélection des supports multimédias, découpage des activités pédagogiques...).
- *Développement* : transposition pédagogique d'un contenu théorique en dispositif numérique, création des activités pédagogiques, réalisation des activités inhérentes au montage audio-visuel et de navigation numérique au sein de la formation.
- *Implantation* : mise en place du dispositif pédagogique sur une plateforme pédagogique en ligne et ouverture aux apprenants.
- *Évaluation* : évaluation de la satisfaction des apprenants et de l'acquisition des connaissances conformément aux objectifs pédagogiques de départ. (92)

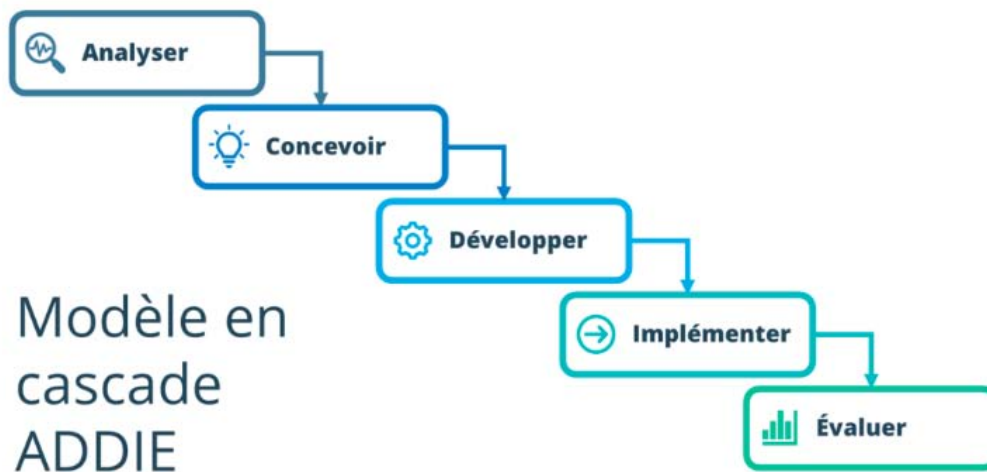


Figure 4 : Méthodologie ADDIE de conception pédagogique [Allison LaMotte ; 11/08/2022] (94)

Un autre modèle de conception pédagogique américain est fréquemment utilisé pour la conception d'un programme de e-learning : le modèle SAM pour Successive Approximation Model, ou modèle d'itérations successives (figure 5). Le principe du modèle SAM est de proposer peu d'étapes différentes (huit au total) mais répétées afin d'obtenir des expériences d'apprentissages motivantes et aux performances décuplées. Ce modèle permet de livrer rapidement un enseignement en e-learning et facilite les changements d'orientation de celui-ci si les objectifs changent en cours de route.

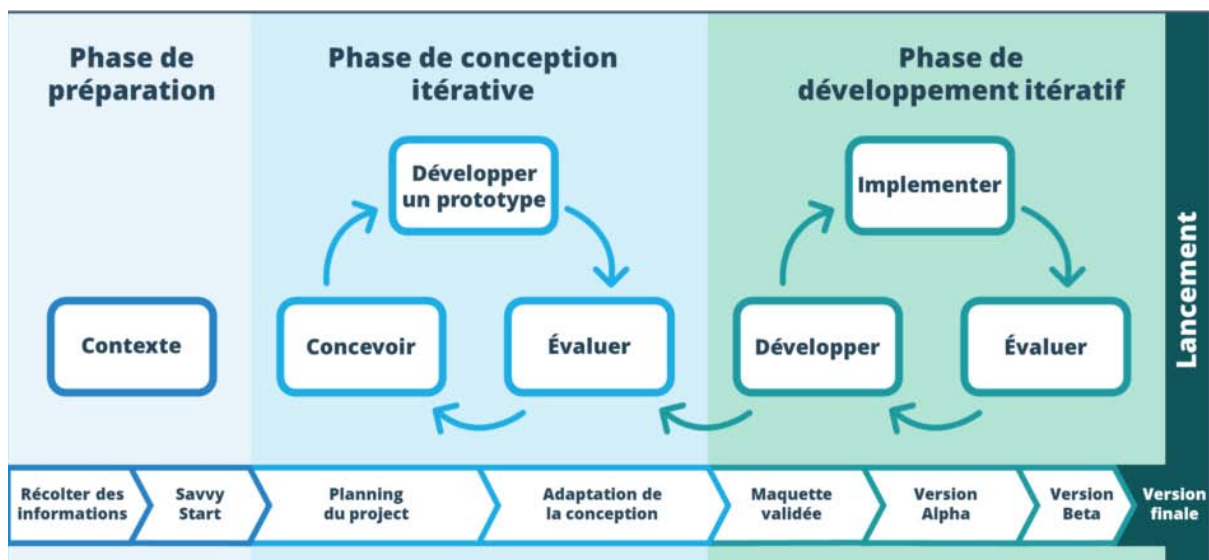


Figure 5 : Méthodologie SAM de conception pédagogique [Allison LaMotte ; 11/08/2022] (94)

En France, l'HAS propose un guide de conception d'une formation ouverte à distance (FOAD) dans le monde de la santé, publié en 2015 et qui détaille plusieurs processus d'élaboration d'un programme de e-learning ; notamment les méthodes ADDIE et SAM. Ce guide de l'HAS propose des référentiels de conception, une boîte à outils méthodologique, des études comparatives portant sur une profession spécifique, des outils d'évaluation ainsi que des ressources juridiques. (77)

D'autres guides d'aide à la conception de programmes de e-learning en santé se trouvent dans la littérature. On peut citer le référentiel de l'Association française de normalisation (AFNOR) (95), le guide de L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO, pour Food and Agriculture Organization) développé par Ghirardini (93) ou encore le guide pratique pour les professionnels de santé proposé par Cook et Dupras. (96)

En Belgique, l'Université catholique de Louvain (UCL), référence en innovation pédagogique, propose également un ouvrage faisant la promotion d'une pédagogie universitaire active, dans laquelle l'étudiant s'engage cognitivement dans ses activités d'apprentissage pour un encodage de l'information en mémoire à long terme (97). La pédagogie active s'y définit comme « un ensemble dynamique de pratiques pédagogiques centrées sur l'étudiant, lui permettant de faire évoluer ses connaissances et ses compétences existantes en interagissant (avec l'enseignant et ses pairs) sur une matière contextualisée, tout en posant un regard analytique, réflexif et critique ».

Elle propose quatre clés d'activation pédagogique que sont l'implication (motivation, sens, sentiment d'efficacité personnelle), les interactions constructives, la réflexion et l'apprentissage profonds (activation cognitive) et la contextualisation.

L'Université de Louvain a également défini les critères qualité d'un dispositif de formation hybride dans l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC), développés selon trois axes :

- une centration des dispositifs pédagogiques sur l'apprentissage ;
- une prise en compte de l'évolution du contexte de l'enseignement supérieur et des besoins des apprenants ;
- une stimulation du développement professionnel des enseignants.

Ces axes comportent différents critères : ressources et informations, motivation de l'étudiant, activités proposées, interaction, production, flexibilité. (78)

1.5. Objectif du travail

L'objectif principal de ce travail est la création d'une formation hybride à destination des étudiants en cours de validation du DES de médecine générale au sein de la faculté de Nantes. Le but de cette formation est d'améliorer les connaissances et le sentiment d'efficacité personnelle pour le dépistage, l'orientation et le suivi des enfants victimes de violences.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE : CONCEPTION ET PRODUCTION D'UN ENSEIGNEMENT HYBRIDE

2.1. L'hybridation, un format pédagogique personnalisé

Lors de la réflexion de notre projet universitaire, l'étude de la faisabilité du projet nous a fait choisir un format hybride associant un SPOC, un forum en ligne et une séance d'échanges en direct avec des experts.

Pour mettre en pratique ce projet interactif et pédagogique, nous avons demandé un accompagnement pour l'hybridation d'un projet auprès de l'Université, dans le cadre du dispositif HybridUNE, évoqué en introduction. Ce dispositif nous a permis de bénéficier de l'accompagnement du service SPIN Santé (Service de production et d'innovation numérique) ayant mis à notre disposition des moyens pédagogiques, techniques (studio d'enregistrement, logiciels spécifiques) et humains (ingénieurs pédagogiques, graphistes, chargés d'enseignement au département de médecine générale).

2.2. Le procédé de construction

Le développement de ce cours à distance a nécessité une démarche en plusieurs phases inhérentes à l'ingénierie pédagogique de la formation distancielle : analyse, réflexion, conception, production, test, diffusion et évaluation.

Nous avons suivi le guide « Concevoir et produire un cours à distance » du bureau de soutien à l'enseignement de l'Université Laval, présenté en introduction.

De l'élaboration initiale du projet à sa réalisation, la description de ce processus vise aussi à faciliter l'élaboration de formations hybrides dans d'autres thématiques, y compris dans d'autres universités.

Le tableau suivant (figure 6) résume les différentes étapes de développement du cours décrites par ce guide de l'Université Laval en précisant nos choix relatifs au SPOC « Enfance et violences ».

	Étape de développement	Choix pour notre formation
Phase de conception	Former une équipe de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Deux étudiantes en cours de validation de DES de médecine générale - Deux enseignants du DMG - Quatre professionnels du SPIN Santé de l'Université de Nantes - Un groupe d'experts (composé d'un groupe de praticiens de l'UAPED regroupant pédiatres et médecins-légistes, et de deux psychiatres)
	Identifier les caractéristiques du cours et le situer dans le programme	Formation hybride facultative, proposée par le DMG de l'Université de Nantes, d'une durée approximative de deux journées universitaires, associée aux cours dédiés à la famille de situation consacrée à « la santé de l'enfant »
	Analyser le public cible	Les étudiants inscrits au DES de médecine générale à Nantes
	Définir le but et les objectifs généraux du cours	Améliorer le sentiment d'efficacité de l'étudiant pour : <ul style="list-style-type: none"> - repérer - savoir alerter et référer - connaître les formes cliniques et les conséquences des violences - assurer la prise en charge et le suivi des enfants en danger ou en risque de l'être
	Structurer le contenu	Neuf modules de contenu et de ressources
	Définir les objectifs spécifiques de chaque unité d'apprentissage	Annoncés en début de module, répertoriés dans le tableur de travail ; ils sont rapportés dans la partie « Résultats »
	Prévoir l'évaluation des apprentissages	Évaluation formative des apprentissages
	Élaborer les stratégies pédagogiques	Répertoriées dans le tableur de travail ; ils sont rapportés dans la partie « Résultats »
	S'assurer du respect des droits d'auteur, de la personne et de la vie privée	Travail réalisé par l'équipe du SPIN

	Choisir la formule d'encadrement	<ul style="list-style-type: none"> - Asynchrone, via le SPOC et le forum - Puis synchrone, via un temps d'échanges avec les experts
	Dresser la liste du matériel didactique à produire	Contenu à élaborer listé dans un tableur de travail partagé
	Établir l'échéancier de réalisation	Frise chronologique (figure 7)
Phase de production	Réaliser le matériel didactique	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des fiches de support de cours et de synthèse - Enregistrement des capsules narrées et des vidéos dans un studio de tournage vidéomaton, Rapidmooc - Production des activités pédagogiques
	Réviser le matériel didactique	Corrections après relectures, répertoriées via tableur puis intégrées par le SPIN
	Mise à l'essai	Test prévu auprès d'un panel de relecteurs

Figure 6 : Tableau réalisé à partir du guide de l'équipe des conseillers en formation à distance du bureau de soutien à l'enseignement de l'Université Laval, reprenant les étapes de développement nécessaires, de la conception à la production d'un cours à distance.

Nous allons maintenant détailler selon ce modèle la méthodologie de chacune de ces étapes.

2.3. La phase de conception

2.3.1. Former une équipe de travail

Notre équipe de travail est composée de nous, investigatrices principales (deux étudiantes en cours de validation d'un DES de médecine générale), de deux enseignants du DMG, de professionnels du SPIN Santé de l'université de Nantes et d'un groupe d'experts en protection de l'enfance, réunissant pédiatres, médecins-légistes, psychiatres et médecins référents en protection de l'enfance des départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

L'équipe du SPIN est composée d'ingénieurs pédagogiques, de designers numériques et de techniciens audiovisuels. Leur rôle est de nous accompagner dans la transposition pédagogique du contenu au format distanciel : enregistrements audio et vidéo, infographies, activités interactives. Les enregistrements et le montage des présentations du cours ont nécessité la participation du pôle audiovisuel et multimédia (PAM) de l'Université.

2.3.2. **Identifier les caractéristiques du cours**

Le SPOC est porté par le département de médecine générale de l'Université de Nantes.

Nous avons décidé d'ouvrir le cours chaque année sur une période fixée de quelques mois, à tous les étudiants du DES sur inscription volontaire.

Nous avons initialement prévu un temps maximum de formation de deux jours. Le SPOC peut être suivi sans nombre maximal de connexions.

La formation est valorisée pédagogiquement par l'attribution de crédits d'enseignement. Ceux-ci participent à la validation du cursus global de formation en médecine générale.

Nous n'avons pas fourni de documentation à lire préalablement à la réalisation du SPOC par l'apprenant, mais il aura une fiche de synthèse disponible par module achevé.

2.3.3. **Analyser le public cible**

Notre population cible comprend les étudiants des trois années de DES de médecine générale de l'Université de Nantes. À l'intérieur de cette population cible, aucun critère d'exclusion n'a été défini.

2.3.4. **Définir le but et les objectifs généraux du cours**

À la fin du SPOC, les apprenants doivent se sentir plus compétents pour la maîtrise des objectifs suivants :

- comprendre les définitions, les concepts clés autour des besoins de l'enfant, le cadre légal de la protection de l'enfance ;
- repérer une situation de danger pour un mineur, au travers de l'apprentissage d'une sémiologie dense et de descriptions médico-légales de violences physiques ;
- alerter face à une situation perçue comme à risque par le médecin généraliste ;
- mobiliser des ressources et coordonnées utiles afin d'optimiser la prise en charge et le parcours de soins de la victime.

Les objectifs sont clarifiés au début de chaque module et de chaque fiche de synthèse.

2.3.5. **Structurer le contenu**

Les choix du contenu de ce SPOC sont issus d'un travail éditorial, avec pour priorités d'apprentissage nos besoins ressentis en tant qu'étudiantes en médecine générale.

Ces choix sont aussi le fruit des lectures bibliographiques qui ont dessiné un certain nombre de thématiques indispensables à la compréhension globale des violences faites aux enfants.

Nous avons réfléchi à la méthodologie d'élaboration du SPOC au fur et à mesure de ces lectures. Certains chapitres ont semblé indispensables d'emblée, d'autres sont apparus plus tard, au cours de notre recherche documentaire.

Par ailleurs, nous nous sommes rapidement rendu compte que de nombreuses ressources de qualité existaient déjà. Au travers de ce SPOC, notre idée était d'en sélectionner certaines et de les intégrer à de nouveaux contenus afin de donner aux étudiants une vision globale du sujet.

Ainsi, des apports théoriques ont été conçus – ou partagés lorsqu'ils étaient existants – sous différents formats (textes, vidéos, podcasts, infographies). Des apports pratiques ont également été pensés en enrichissant chaque notion clé de ressources complémentaires et d'activités pédagogiques interactives.

La structuration du contenu s'est faite selon neuf modules, c'est-à-dire des chapitres traitant d'un thème ou d'un aspect du sujet et répondant à plusieurs objectifs de formation. Leur ordre a été établi afin de répondre aux quatre objectifs principaux énoncés ci-dessus.

2.3.6. Définir les objectifs spécifiques de chaque unité d'apprentissage

Nous avons établi des objectifs pour chacun des modules. Ils sont présentés dans la partie « Résultats ».

2.3.7. Prévoir l'évaluation des apprentissages

L'évaluation de cet enseignement est envisagée, à ce jour, selon un mode formatif. Il s'agira dans un premier temps d'évaluer la satisfaction de l'apprenant vis-à-vis du dispositif hybride et de son contenu. Cette étape permettra l'appréciation de différents paramètres, comme la pertinence des cas cliniques, la facilité des activités pédagogiques ou encore la fluidité de la navigation de la plateforme pédagogique en ligne.

Dans un deuxième temps, une auto-évaluation du sentiment de maîtrise des nouvelles connaissances et du sentiment d'efficacité sera réalisée. Chaque étudiant sera son propre témoin dans le cadre de cette auto-évaluation.

Par ailleurs, dans le cadre du dispositif HybridUNE, une évaluation sera réalisée par un membre de l'équipe du SPIN Santé de l'Université de Nantes, chargée d'études et d'évaluation de l'Observatoire de la réussite universitaire, afin de rechercher l'intérêt pédagogique de ce SPOC. Il s'agira d'un questionnaire de satisfaction à destination des apprenants, et d'un autre pour les investigatrices du projet.

2.3.8. **Élaborer les stratégies pédagogiques**

Cet enseignement intègre des activités pédagogiques qui se présentent sous diverses formes :

- Quiz avec rétroaction ;
- Activités zones cliquables et carte de jeux cliquables ;
- Cas cliniques semi-authentiques ;
- Rédaction d'une information préoccupante selon une trame à trous.

De plus, chaque notion clé est accompagnée de documentations supplémentaires permettant aux étudiants d'approfondir leurs connaissances s'ils le souhaitent. Elles sont disponibles en annexe de chaque module.

Enfin, un module est dédié aux ressources et se divise en deux parties :

- Ressources audiovisuelles multiples à destination des professionnels et des patients (brochures, flyers, sites internet, vidéos, podcasts, livres)
- Carnet d'adresses à destination des victimes (coordonnées nationales et locales (départements 44 et 85) regroupant numéros verts, sites professionnels d'aide aux victimes, associations, structures de soins...

2.3.9. **S'assurer du respect des droits d'auteur, de la personne et de la vie privée**

Nous avons recueilli les autorisations d'utilisation du contenu numérique et audiovisuel intégré aux modules et obtenu les droits d'auteur.

2.3.10. **Choisir la formule d'encadrement**

Nous avons opté pour un format hybride associant un SPOC, un forum en ligne et une séance d'échanges en direct avec des experts. L'encadrement est donc d'un part asynchrone, avec un temps où l'étudiant est en autonomie et peut poser des questions dont les réponses seront restituées dans un second temps, et d'autre part synchrone lors de la séance d'échanges en présentiel.

2.3.11. **Dresser la liste du matériel didactique à produire**

Le travail de conception des modules a été fait sur un même serveur en ligne partagé avec l'équipe de travail présentée ci-dessus. À la fin de la rédaction des sous-parties, une relecture de l'ensemble a été effectuée par chacun des membres pour y réaliser les corrections et homogénéiser le contenu.

Au sein de cet outil de travail connecté et partagé, deux fichiers de travail commun ont été créés sur un tableur générique pour partager nos remarques, nos avancements respectifs et nos suggestions de modifications. Un premier document général nous a permis de lister et d'organiser en détail les différentes parties du SPOC et les missions de chacun des intervenants. Un deuxième fichier a été conçu pour lister par module les corrections à apporter au SPOC.

2.3.12. **Établir l'échéancier de réalisation**

La réflexion autour du projet a débuté en décembre 2020 (figure 6). Après huit mois d'étude de faisabilité, nous avons commencé à définir les axes de chaque module et à rédiger les contenus sous forme de fiches appelées « support de cours ».

La rédaction des fiches de contenus a été réalisée progressivement, par module, tout au long de la conception. Nous avons chacune lu et commenté les parties dont nous n'étions pas l'auteurice.

Puis, notre travail a été relu par différents experts en protection de l'enfance que nous avons rencontrés sur leurs lieux de travail, et avec qui nous avons pu échanger dans le cadre de cette thèse. Au cours de ces deux années, nous avons pu passer deux à trois journées chacune en immersion à l'UAPED (Unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger) du CHU de Nantes et au CAVVIM (Centre d'accueil vendéen des victimes mineures) de l'hôpital de La Roche-sur-Yon. Nous avons également participé à une formation sur le psychotraumatisme organisée par le Centre régional du psychotraumatisme des Pays de la Loire afin d'enrichir nos connaissances sur le sujet. Ces temps ont été primordiaux dans le travail de réflexion et ont nourri notre contenu.

Enfin, nous avons enregistré les contenus audio et vidéo, et l'équipe du SPIN a progressivement transposé et mis en ligne le contenu sur une plateforme. Le travail global avec le SPIN s'est étendu sur près de douze mois entre la présentation du projet et la finalisation de la transposition. Une fois par mois environ, nous nous sommes rencontrés afin de mettre en commun nos avancées respectives, d'effectuer les enregistrements et de suggérer des corrections. Au cours des trois derniers mois, plusieurs relectures du SPOC ont été réalisées afin d'apporter nos propositions de corrections au SPIN.

Une fois en ligne, le SPOC sera ouvert à un panel de relecteurs afin de le tester avant son ouverture aux étudiants. Le SPIN sera ensuite chargé d'apporter les modifications suggérées par les relecteurs, si nous validons leur pertinence et leur mise en pratique technique.

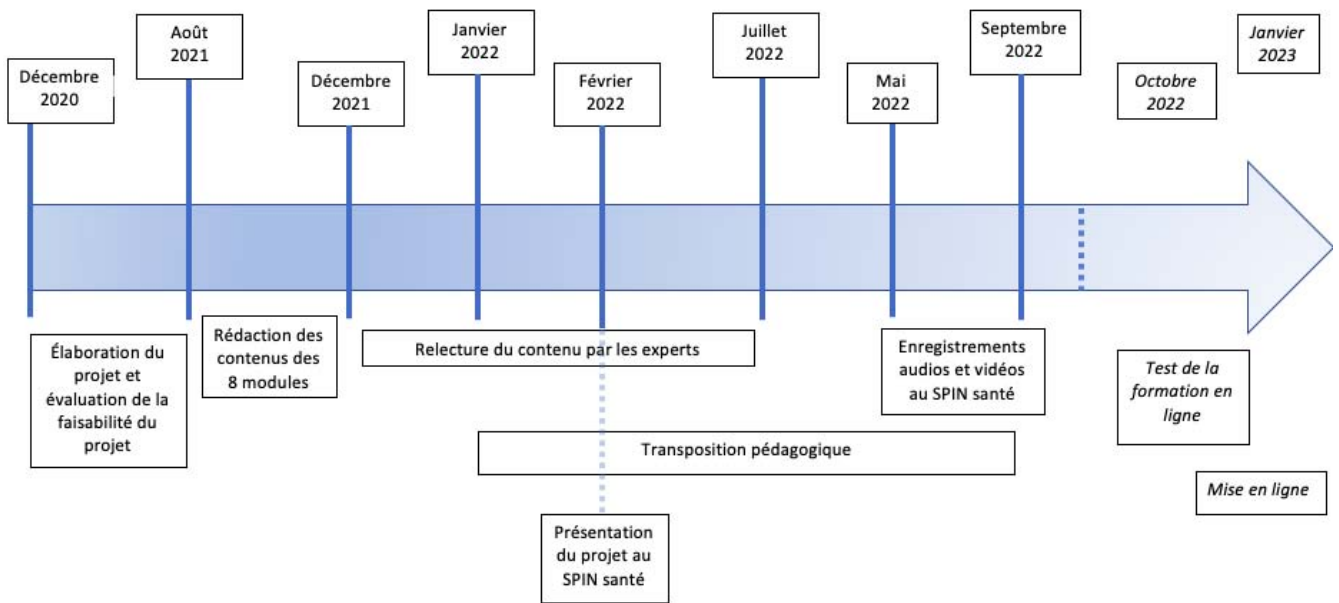


Figure 7 : Frise chronologique relatant la durée de construction du SPOC, de la conception à la mise en ligne.

2.4. La phase de production

2.4.1. Réaliser le matériel didactique

Une fois la rédaction des contenus faite et la sollicitation des experts pour leur relecture, nous avons commencé à réfléchir à la transposition pédagogique : comment faire de cette base théorique un enseignement dynamique et attractif ?

Nous avons élaboré une structuration commune à chaque module :

- 1) Justification du choix du module
- 2) Objectifs pédagogiques
- 3) Axes principaux du module
- 4) Activités pédagogiques
- 5) Témoignages
- 6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Cette structuration nous a servi de plan de travail pour la transposition pédagogique via notre tableur partagé.

Nous avons bénéficié de l'aide du SPIN de l'université de Nantes pour les phases de production et de post-production visuelle des vidéos, les enregistrements audio et vidéo en studio, la réalisation des vidéos d'animation ainsi que l'intégration des diaporamas.

Nous avons mis notre contenu sur des diaporamas mis en forme par le SPIN selon la charte graphique définie ensemble (figure 8).

Définition du DSM-V (2013) schéma visuel type facilitation à faire

- A - Exposition à un événement traumatique
- B - Symptômes de reviviscence
- C - Evitement des stimuli évocateurs
- D - Altération des cognitions et de l'humeur
- E - Altération de la vigilance et hyper-réactivité
- F - Durée > 1 mois.
- G - Le trouble cause une détresse significative ou une altération du fonctionnement social
- H - Il n'est pas attribuable à une substance (alcool) ou une autre pathologie

Définition du DSM-V(2013)



Figure 8 : Exemple de transposition pédagogique : à gauche la diapositive telle que nous l'avons écrite, à droite la diapositive finale présentée dans le SPOC, accompagnée d'un contenu audio que nous avons vocalisé.

Nous avons réalisé les enregistrements audio et vidéo de ce contenu avec un ingénieur technique de l'Université dans un vidéomaton, un studio de tournage avec fond vert qui permet d'incruster des images et des powerpoint afin de créer des capsules vidéos.

Le studio d'enregistrement Rapidmooc est utilisé par l'Université comme solution mobile et accessible pour la captation vidéo à destination pédagogique. L'équipe du SPIN a également permis la réalisation d'activités pédagogiques interactives intégrées tout au long du SPOC.

L'ensemble du contenu a été mis en ligne sur la plateforme pédagogique de cours en ligne de l'université de Nantes, Extradoc. Nous avons essayé de créer une interface fluide afin de guider et structurer l'apprentissage des étudiants (figure 9). Extradoc fait partie des LMS (Learning Management Systems). Ce sont des plateformes de gestion de programmes d'apprentissage en ligne qui permettent de créer et diffuser des contenus de e-learning. Elles permettent de stocker, organiser et distribuer des cours au public visé par les concepteurs du contenu. Ces plateformes permettent également aux administrateurs d'en extraire des données statistiques afin de suivre la progression des apprenants et d'en faire des analyses évaluatives.

PROGRAMME DU SPOC

MODULE 1 : COMPRENDRE

- 1.1 Présentation du sujet
- 1.2 Droit médical et rappels législatifs

MODULE 2 : REPERER

- 2.1 Sémiologie des violences
- 2.2 Accueillir la parole de l'enfant
- 2.3 Le psychotraumatisme
- 2.4 Violences sexuelles et inceste
- 2.5 Violences dans le couple

MODULE 3 : ALERTER

- 3. Information préoccupante et signalement

MODULE 4 : RESSOURCES

- 4.1 Ressources patients
- 4.2 Ressources médecins
- 4.3 Carnet d'adresse



Figure 9 : Sommaire général du SPOC sur la plateforme Extradoc

2.4.2. Réviser le matériel didactique

Nous avons procédé nous-mêmes aux deux étapes de révisions du matériel didactique : les révisions pédagogique et linguistique.

Une fois les contenus audio et vidéo mis en ligne par le SPIN progressivement sur la plateforme Extradoc, un travail de relecture et de corrections a pu être initié.

Afin de communiquer à distance avec les équipes du SPIN sur ces corrections, nous avons travaillé sur un deuxième tableur, où nous avons notifié le détail des modifications que nous souhaitons apporter. Cette étape est délicate, longue et nécessite plusieurs relectures attentives pour déceler toutes les erreurs et les défauts de mise en page.

2.4.3. Mise à l'essai

Nous avons fait une mise à l'essai du SPOC auprès d'un petit groupe d'étudiants et de trois enseignants du DMG.

Les corrections nécessaires suite à leurs suggestions et remarques diverses seront intégrées avant la mise en ligne définitive.

3. RÉSULTATS

Pour répondre à nos objectifs, nous avons construit un enseignement pédagogique sous forme d'un SPOC, un cours distanciel privé avec accès restreint. Cette formation apporte un contenu théorique varié, présenté sous différents formats numériques (textes, présentations vocalisées, vidéos d'experts et témoignages, podcasts, infographies) et des exercices pratiques réguliers.

C'est ainsi une initiation qui aborde l'ensemble du parcours des mineurs en danger ou en risque de l'être, de manière simple et flexible. L'accès au contenu se veut possible au moment où l'étudiant s'interroge sur une connaissance. Pour cela, nous avons pensé une navigation fluide au sein même de la formation.

Le temps approximatif pour réaliser le SPOC par l'étudiant est estimé à dix heures. Nous avons précisé dans chaque module une estimation du temps nécessaire à sa lecture, qui sera confirmée après la mise à l'essai.

3.1. La phase de conception

3.1.1. Organisation du travail

Ce travail a été mené au cours de nos deux années de phase d'approfondissement puis durant quelques mois au terme de nos trois années d'internat. Nous avons travaillé chacune de notre côté, mettant notre travail en commun tous les mois en moyenne, puis selon une régularité plus soutenue les derniers mois. Nous avons maintenu un rythme d'environ une à deux rencontres ou réunions par mois pendant ces deux ans, afin de co-construire le projet ensemble, partager nos avancées, redéfinir les objectifs et les échéances futures. Suivant la situation sanitaire, les réunions avaient lieu en distanciel, via une plateforme de visioconférence, ou en présentiel. En dehors de ces temps de réunion, le travail informel de communication et d'organisation (gestion des mails, des réunions...) a été mené conjointement, tout au long des différentes étapes.

L'estimation du temps passé en équipe, réparti par étapes de conception, est proposée en figure 10. En moyenne, cela correspond à une à deux demi-journées par mois pendant deux ans. C'est l'étape de la transposition qui domine cette répartition, avec environ trois heures de réunion mensuelle avec le SPIN et des temps de réunions uniquement entre les concepteurs.

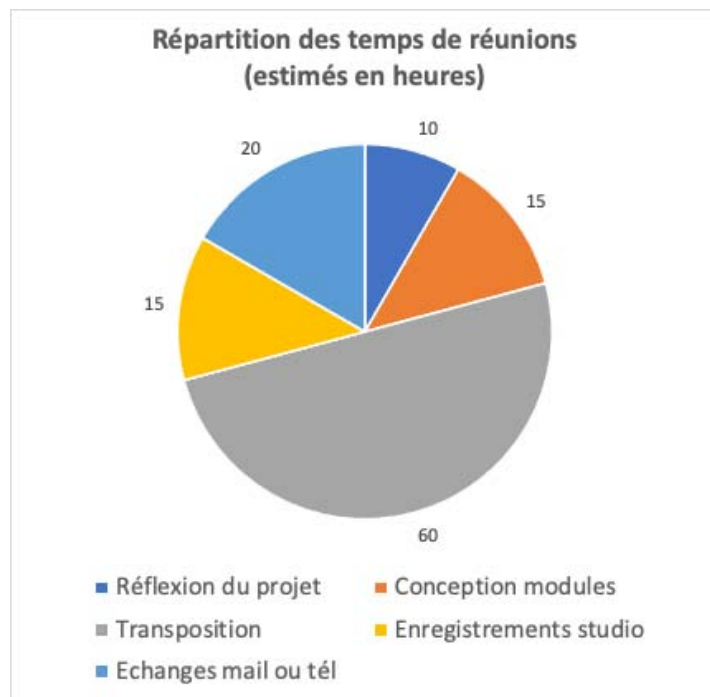


Figure 10 : Répartition des temps de réunions (estimés en heures).

Nous avons également estimé le temps de travail individuel, comprenant la recherche bibliographique, la conception et correction des modules, la transposition pédagogique et les temps de formation.

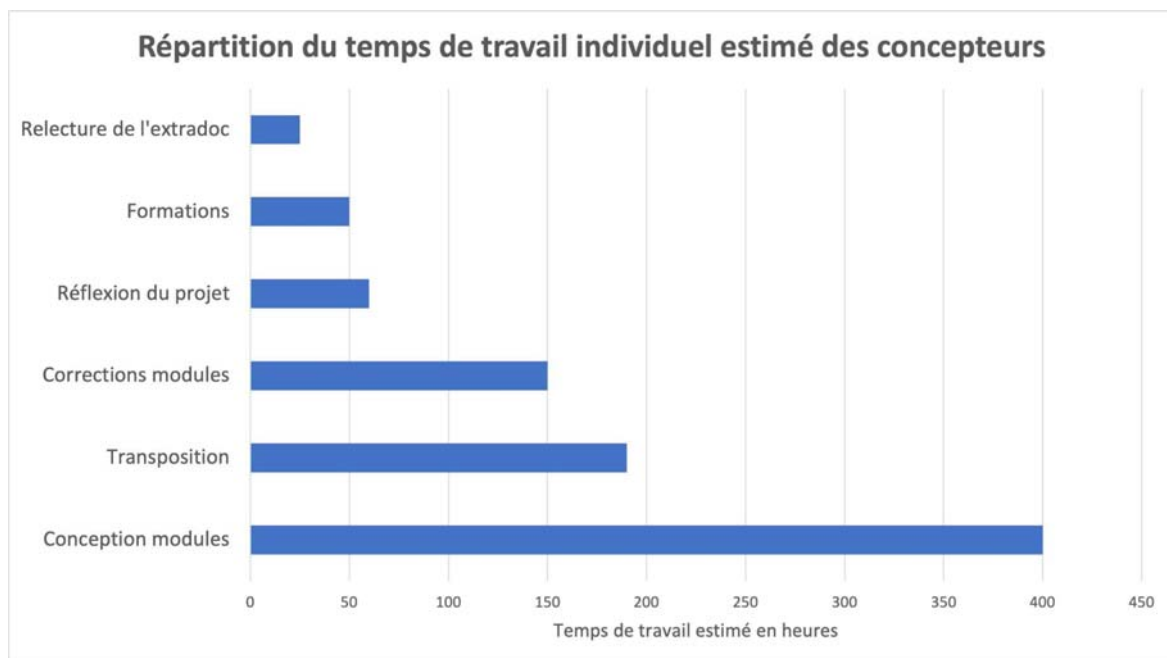


Figure 11 : Répartition du temps de travail individuel estimé des concepteurs.

Enfin, le temps de travail estimé par l'équipe du SPIN est d'environ 850 heures. Il est estimé à environ 700 heures pour les enregistrements studios, la transposition pédagogique et la construction de l'Extradoc. Les 150 heures restantes concernent le montage audio-visuel par les techniciens.

3.1.2. Typologie du dispositif

Au cours de la conception du projet, nous avons défini le type de dispositif hybride choisi grâce à la simulation sur le site CARENN. Comme présenté en introduction, ce service propose un autodiagnostic pour qualifier et catégoriser un dispositif hybride parmi différentes typologies. Après avoir complété la simulation pour obtenir le diagnostic, nous parvenons à la définition de notre dispositif selon deux typologies d'apprentissage :

- Une composante de typologie « le gîte » à 80 %, qui sous-entend que le SPOC est centré sur l'enseignement, intégrant des ressources d'intervenants extérieurs avec un objectif de transmission de contenu.



Figure 12 : Infographie extraite du site CARENN montrant le dispositif « le gîte ».

- Une composante de typologie « l'écran », à 20 %, démontrant que le SPOC est également centré sur l'enseignement orienté sur le contenu, en laissant de la flexibilité aux apprenants dans la navigation dans les ressources multimédia.

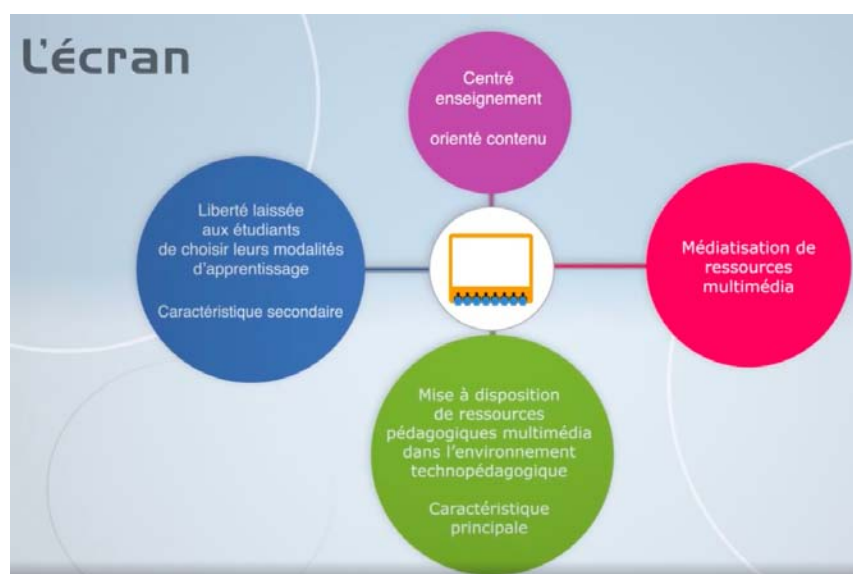


Figure 13 : Infographie extraite du site CARENN montrant le dispositif « l'écran ».

3.2. La phase de production des modules

Tous les modules, excepté celui traitant de l'impact des violences conjugales et le module ressources, sont conçus sous forme de diaporamas vocalisés avec certaines parties filmées pour impliquer davantage l'étudiant. Les différentes ressources et activités interactives sont directement intégrées sur le support diaporama. La navigation, fluide, permet à l'étudiant d'avancer à son rythme. Lorsque l'étudiant achève le module, il accède à la fiche de synthèse reprenant les éléments clés, les différentes ressources intégrées et les contenus proposés pour aller plus loin.

Nous vous présentons maintenant notre production finale, module par module. Les éléments ci-dessous justifiant les choix de modules ont été abordés en détail en introduction.

Introduction, généralités, définitions (module 1.1)

1) Justification du choix du module

Afin de permettre à l'apprenant de saisir l'ampleur du sujet, le SPOC commence par des notions épidémiologiques. Ensuite, la présentation des besoins de l'enfant permet de définir en miroir la maltraitance infantile.

Après ces définitions, nous souhaitons faire un point sur les violences éducatives ordinaires (VEO) qui alimentent le cycle de la violence et constituent la porte d'entrée de la maltraitance. Nous avons dû être synthétiques sur ce sujet, avec l'idée qu'il mérite d'être développé dans une version ultérieure du SPOC. La place des médecins généralistes dans le suivi des familles et leur rôle de soutien à la parentalité justifient une formation médicale spécifique plus approfondie et le développement d'outils de prévention adaptés pour répondre à ces enjeux.

Pour clôturer ce premier module, nous avons réalisé un focus sur l'impact de la crise sanitaire sur les violences infantiles. En 2020, on a en effet relevé une augmentation significative des signalements de violences intra-familiales émis par l'ensemble des professionnels de santé. Les enfants victimes ont traversé des difficultés accrues et leur vulnérabilité a été renforcée.

2) Objectifs pédagogiques

Ce premier module permet à l'étudiant de comprendre les bases du sujet et son ampleur par le rappel des définitions et de l'épidémiologie de la maltraitance en France. Il permet d'appréhender des concepts clés indispensables à la prise en charge d'une population pédiatrique.

3) Axes principaux du module

Après une brève présentation du sujet des violences faites aux enfants ainsi que des principaux chiffres, les besoins fondamentaux de l'enfant et les violences éducatives ordinaires sont abordés pour mieux comprendre la maltraitance et ses définitions. Le module se termine par le focus sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les violences intra-familiales. Le sommaire est présenté en figure 14, ainsi que des exemples de diapositives en figures 15 et 16.

Sommaire

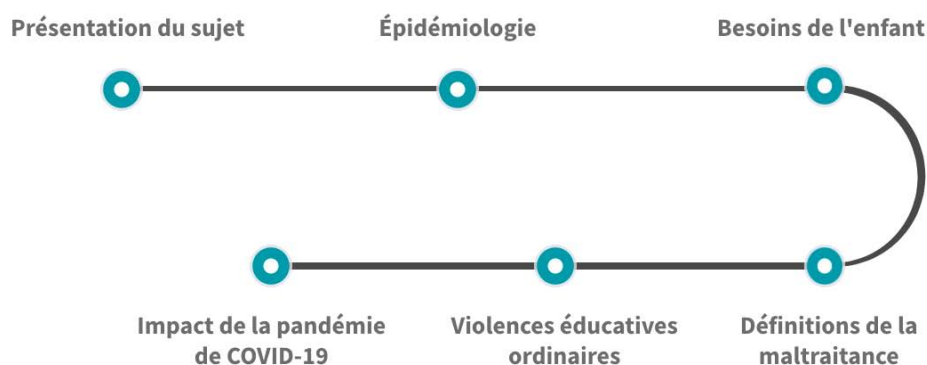


Figure 14 : Sommaire du module 1.1 « Introduction, généralités, définitions ».

Présentation du sujet | Le dépistage

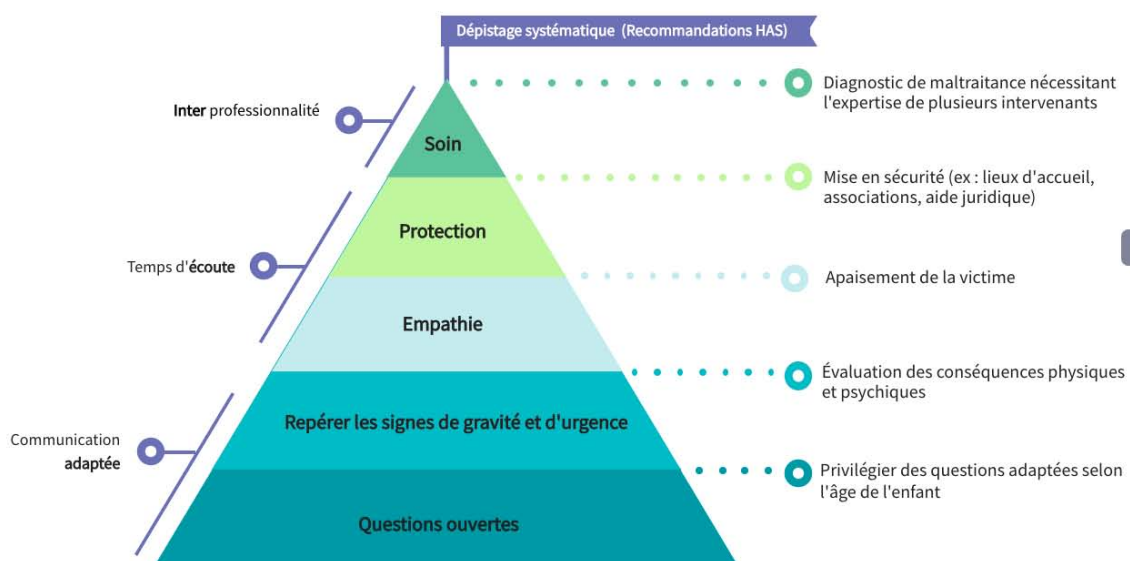


Figure 15 : Exemple de diapositive du module 1.1 « Introduction, généralités, définitions ».

Définitions de la maltraitance | Schéma

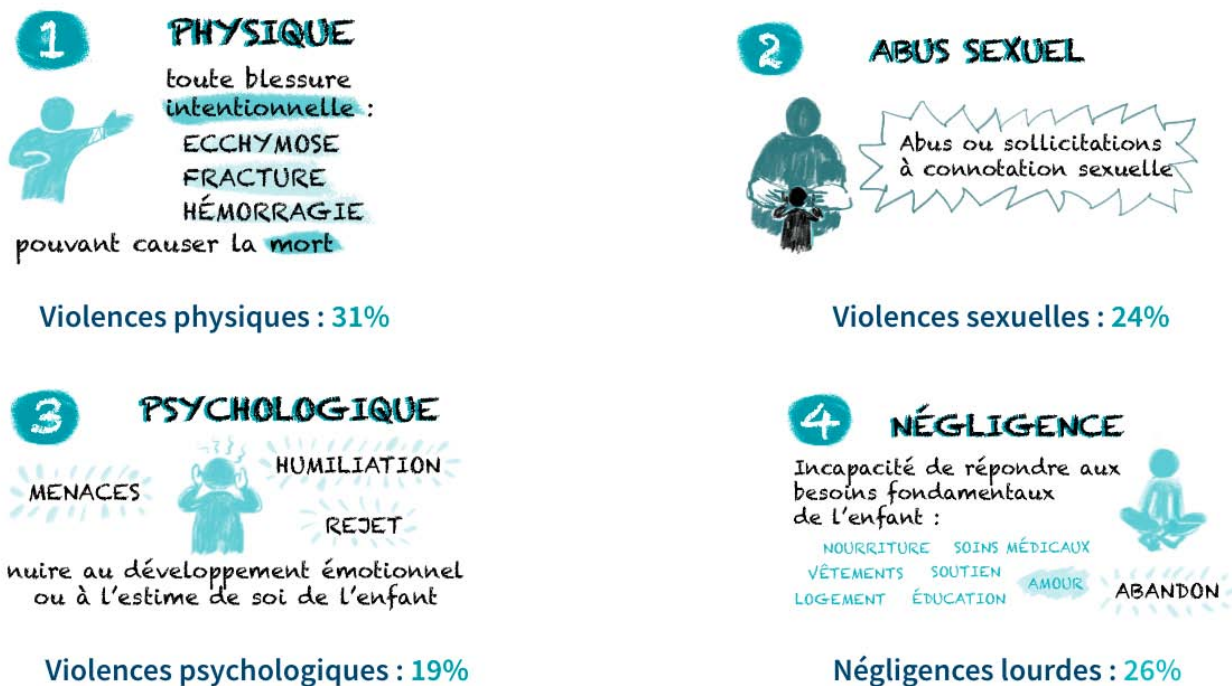


Figure 16 : Exemple de diapositive du module 1.1 « Introduction, généralités, définitions ».

4) Activités pédagogiques

Dans ce module d'introduction, nous n'avons pas inséré d'activité pédagogique.

5) Témoignages

- Pour clôturer l'introduction, est proposé le visionnage de la vidéo « Ça va ? » extraite de la campagne de sensibilisation aux violences faites aux enfants réalisée par l'association Enfance et Partage en 2019.
- À propos des VEO, un premier lien vidéo vers la conférence d'un expert, Olivier Maurel (président de l'OVEO, l'Observatoire des violences éducatives ordinaires), explique comment se met en place l'engrenage de cette violence, ses conséquences sur la société et sa transmission aux générations à venir.
Puis un second lien est proposé vers une vidéo extraite d'une campagne de sensibilisation à l'impact des violences physiques sur les enfants, réalisée par la Fondation pour l'enfance en 2013.
- Concernant la notion de besoins fondamentaux de l'enfant, nous avons inséré le lien vers une vidéo présentant le propos d'une sociologue, Nadège Severac, lors de son allocution au colloque de la protection de l'enfance des Yvelines en 2021.

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents comme un article scientifique publié en 2022 par Arnaud Tanti traitant des anomalies cérébrales associées à la maltraitance infantile, des flyers, affiches et guides pédagogiques sur les VEO à destination des parents et des professionnels ou encore une fiche de synthèse proposant quelques clés aux parents pour promouvoir une éducation non violente.

Droit médical : l'encadrement légal de la protection de l'enfance (module 1.2)

1) Justification du choix du module

La méconnaissance des aspects législatifs encadrant les actions des médecins est un des principaux freins à l'initiation de certaines d'entre elles, comme la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement.

Le médecin généraliste est l'un des interlocuteurs privilégiés des enfants et ses compétences médicales doivent lui permettre de déceler une situation à risque. Il peut ainsi exposer ses doutes aux circuits médico-judiciaires compétents, qui organiseront la protection de l'enfant. La protection des victimes d'infractions pénales, dont la maltraitance fait partie, au-delà d'incomber à l'ensemble des citoyens, constitue ainsi un devoir du médecin. Face à une situation de danger pour un mineur, s'abstenir de remplir ce devoir de protection l'expose à des poursuites pénales.

En outre, le parcours médical des mineurs victimes de violences est corrélé au parcours judiciaire et à la structuration des réseaux de soins, qui s'organisent depuis plusieurs années afin de croiser, de façon efficiente, les enjeux sanitaires et juridiques.

2) Objectifs pédagogiques

À l'issue de ce module, l'étudiant doit connaître les contours des droits et des devoirs qui sont les siens, et qui lui permettent de faire face à une situation de maltraitance suspectée ou avérée.

3) Axes pédagogiques

Nous avons sélectionné les principaux textes de loi qui nous semblent nécessaires pour une prise en charge optimale de ces situations à forts enjeux médico-légaux. Ce module, synthétique, devra permettre à l'étudiant de maîtriser l'essentiel au travers de cinq notions pénales clés.

Pour aider la structuration de la pensée de l'étudiant, une infographie interactive et stimulante lui permet de compléter ses connaissances (figures 17 et 18). L'étudiant doit cliquer sur chaque petit

icône « + » afin de pouvoir lire le texte de loi complet ou des explications plus précises relatives à chaque grand point (figure 18).

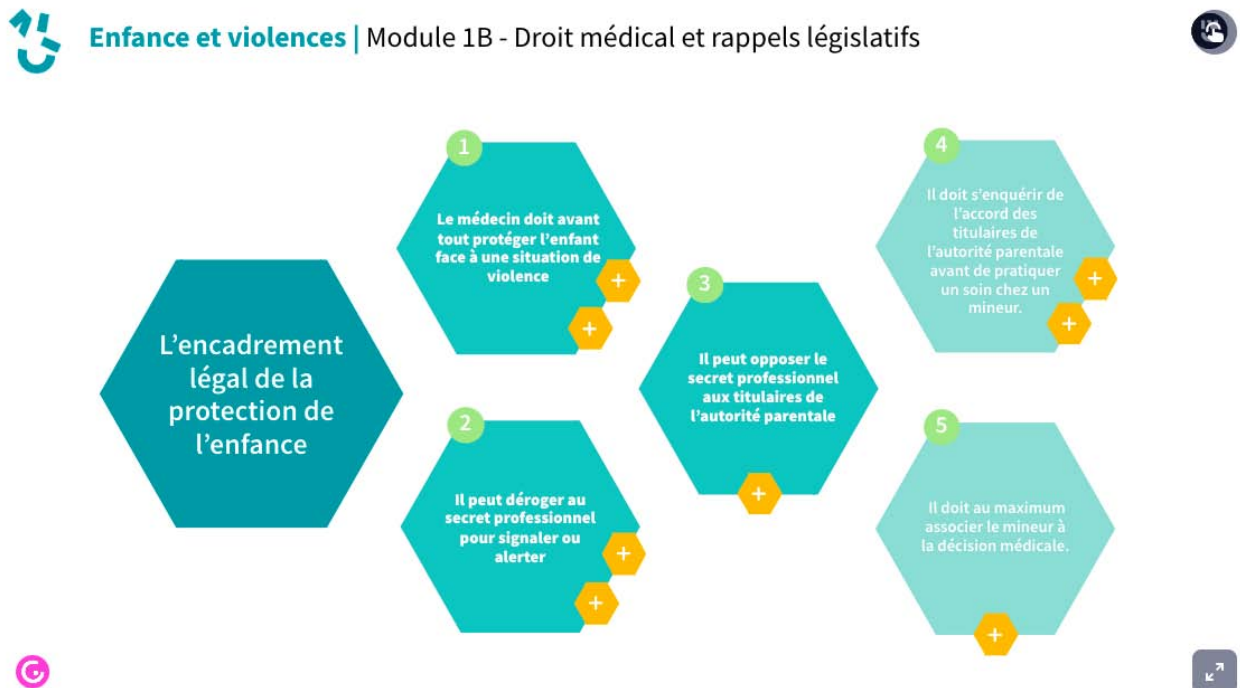


Figure 17 : Exemple de diapositive du module 1.2 « Droit médical » : Infographie interactive présentant cinq grands principes légaux encadrant la protection de l'enfant

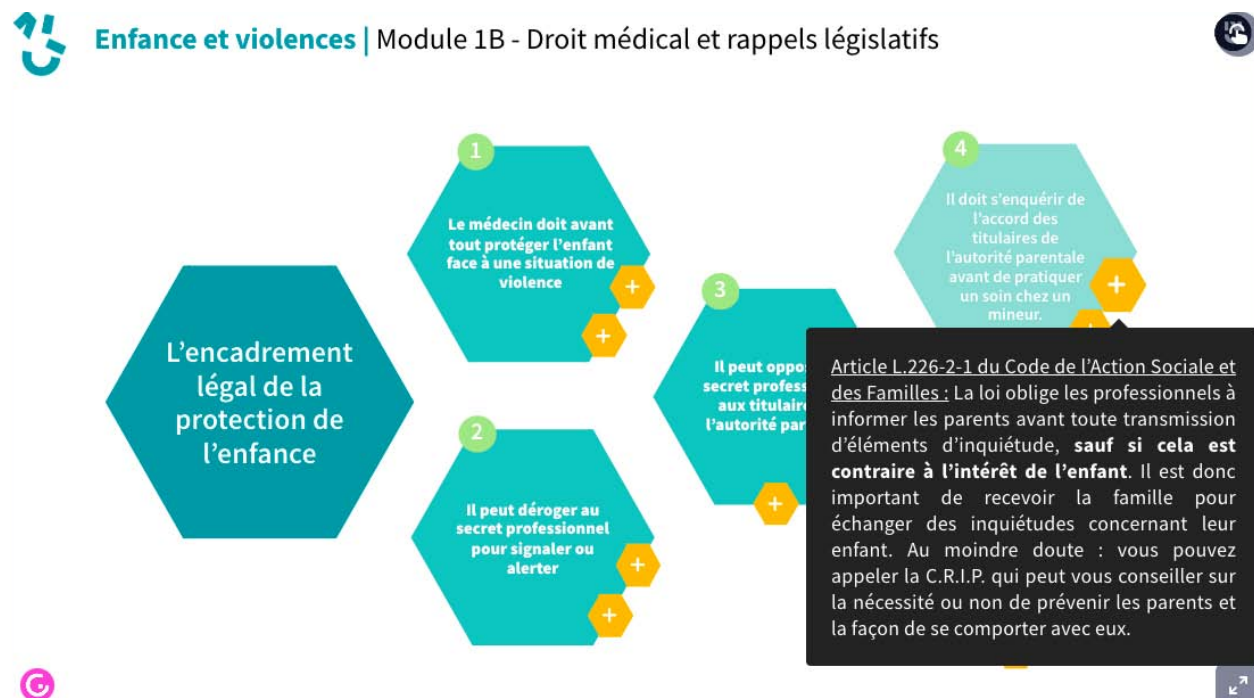


Figure 18 : Exemple de diapositive du module 1.2 « Droit médical » : Infographie interactive : les icônes « + » permettent à l'étudiant d'accéder à un complément d'information

4) Activités pédagogiques

Afin de remobiliser les nouveaux acquis et d'approfondir des notions clés, nous avons créé un quiz où les principaux textes de lois sont reformulés de façon plus adaptée à la pratique. Par exemple : « Un signalement d'une situation perçue à risque pour un mineur constitue une dérogation au secret professionnel du Code Pénal : VRAI ou FAUX ? » (figure 19). Un feedback est proposé après chaque réponse, complétant, avec des informations nouvelles, le propos abordé dans le module.

Question 3/5

Un signalement d'une situation comme perçue à risque pour un mineur constitue une dérogation au secret professionnel du Code Pénal.

Vrai Faux

Question 3/5

Par "situation à risque", la loi inclut : privations ou sévices y compris atteintes ou mutilations sexuelles infligées à un mineur, constatées par le médecin ou tout autre professionnel de santé dans l'exercice de sa fonction et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

En matière de protection de l'enfance, les médecins doivent savoir que la dérogation légale au respect du secret médical les met à l'abri de toute poursuite pour violation du secret, à la condition de **ne dénoncer que les faits et non leurs auteurs présumés**. Aucun jugement de valeur ne doit être porté. Lors du recueillement de la parole de l'enfant, il est important de le rassurer notamment en lui expliquant votre mission et votre responsabilité en tant que soignant pour l'aider ainsi que sa famille.

Les informations sont strictement limitées à celles nécessaires à l'évaluation qui permettra de mettre en œuvre cette protection. Les représentants de l'enfant doivent être avertis de cette transmission, sauf si l'intérêt de l'enfant s'y oppose.

Question suivante →

Vrai

Figure 19 : Exemples de diapositive du module 1.2 « Droit médical » : Activité pédagogique type quiz vrai/faux

5) Témoignages

Nous avons inséré une vidéo éditée en 2013 par la compagnie d'assurance La Médicale qui illustre ces éléments légaux. Il s'agit de l'interview de Maître Agathe Morel, avocate de l'association « Enfance et partage », principale association française de lutte contre les maltraitances infantiles. Elle explique de façon synthétique les textes de lois qui régissent la protection de l'enfance. Le contenu théorique est similaire à celui évoqué dans le module.

Ce support vidéo a été choisi afin de clarifier le sujet du droit, difficile à mémoriser pour les étudiants.

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents comme le détail de la loi Taquet du 7 février 2022, une fiche de synthèse éditée par l'HAS sur les textes de loi relatifs à la protection de l'enfance, ou encore le Code de l'enfant, document ministériel rédigé à destination du public mineur.

Sémiologie des violences et descriptions médico-légales (module 2.1)

1) Justification du choix du module

Tous les enfants bénéficient de vingt examens de santé s'échelonnant jusqu'à l'âge de seize ans, dont onze sont réalisés au cours de la première année. Ces examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement de l'enfant puis de l'adolescent, le dépistage des anomalies ou déficiences, et la pratique des vaccinations. Ces consultations sont également l'occasion de repérer des éléments évocateurs de violences faites aux enfants.

Faire le diagnostic de maltraitance est difficile car il n'y a pas toujours de signe pathognomonique ; c'est souvent un faisceau d'arguments qui est évocateur de traumatismes infligés. Le médecin généraliste est un acteur de première ligne dans ce suivi régulier pédiatrique (on estime que près de 80 % des enfants sont suivis par un médecin généraliste à l'âge de trois ans) et la connaissance de la sémiologie des violences est indispensable. Ce module permet d'appréhender la diversité et l'hétérogénéité des éléments cliniques et de consultation qui doivent interpeller le professionnel de santé.

Les constatations initiales de lésions infligées sont d'ailleurs primordiales dans le parcours médico-judiciaire des victimes.

2) Objectifs pédagogiques


L'objectif du module est la maîtrise de la clinique des violences afin d'améliorer leur repérage et leur dépistage. L'initiation à une description médico-légale plus précise servira de base à la rédaction d'un certificat médical descriptif efficace.

3) Axes principaux du module

Deux parties constituent ce module. D'abord, la sémiologie des violences (partie 1) est développée sous forme de situations cliniques semi-authentiques puis d'un contenu théorique présenté de manière dynamique. Ensuite, une description médico-légale (partie 2) plus précise des violences physiques est proposée sous forme de capsule narrée (figure 22).

Les sommaires sont présentés en figures 20 et 21.

Une note de lecture synthétique sur le syndrome du bébé secoué a également été rédigée.



Sommaire

- **10 situations cliniques**
 - Situation n°1
 - Situation n°2
 - Situation n°3
 - Situation n°4
 - Situation n°5
 - Situation n°6
 - Situation n°7
 - Situation n°8
 - Situation n°9
 - Situation n°10
- **Éléments suspects - Recontextualisation**
- **En résumé**

Figure 20 : Sommaire du module 2.1, partie 1 « Sémiologie des violences ».



Sommaire

Description
systématique et précise



Conclusion



Nature des lésions

- La dermabrasion (ou excoriation)
- L'ecchymose
- L'hématome
- Les plaies
- Les morsures
- Les brûlures
- Les lésions viscérales
- Les fractures
- Les diagnostics différentiels

Figure 21 : Sommaire du module 2.1, partie 2 « Descriptions médico-légales ».

Les brûlures

- **Bords nets** (mécanisme d'immersion)
- Distribution symétrique
- Reproduction de la **forme** (cigarette ...)
- Zones habituellement **couvertes, plis**



Figure 22 : Exemple d'une diapositive extraite du module 2.1, partie 2 « Descriptions médico-légales ».

4) Activités pédagogiques

Ce module débute par une activité pédagogique semi-authentique où il est proposé à l'étudiant de lire dix vignettes cliniques relatant des consultations médicales d'enfants de 0 à 18 ans en cabinet (figure 23). Ces vignettes comprennent différents éléments sémiologiques que l'on souhaite leur faire retenir (éléments d'anamnèse, antécédents personnels ou parentaux, facteurs de risque médical ou social, éléments cliniques). Ensuite, chaque étudiant devra choisir sur une échelle analogique de type échelle de Likert son niveau d'inquiétude face à chaque situation.

L'étudiant fait face à des situations le mettant dans une attitude réflexive large avec une conduite à tenir allant de la surveillance simple à la gestion de l'urgence (syndrome du bébé secoué, tentative de suicide...). Elles donnent des éléments caractéristiques des différents types de maltraitance

(physique, psychologique, sexuelle et négligences).

Il n'y a pas de rétroaction ou de correction immédiate : le message final souhaite souligner la pluralité des situations existantes. Toutes les situations présentées sont inquiétantes ; elles illustrent le fait que ce n'est pas nécessairement un seul élément qui fait douter, mais un ensemble de plusieurs éléments de consultation, le « faisceau d'arguments ».

Situation clinique n°3

Vous recevez en consultation dans votre cabinet Océane, 15 ans, accompagnée par son papa, pour bilan de malaises vagues à répétition. L'ECG et la biologie sont normaux.

La famille est épuisée ; l'interrogatoire vous rapporte un isolement socio-familial croissant, avec deux fugues sur le dernier mois.

Océane a toujours eu jusque-là une santé et une scolarité tout à fait rassurantes. Vous n'avez pas connaissance d'un contexte familial toxique.

Vous notez au décours de votre examen et de l'interrogatoire :

- Des idées noires sont rapportées, non scénarisées.
- Vous remarquez des lésions de scarifications sur les avant-bras, bien cachées sous 3 couches de vêtements.



À quel point cette situation vous inquiète-t-elle?



Figure 23 : Exemple de vignette clinique du module 2.1, partie 1 « Sémiologie des violences ».

L'étudiant doit s'impliquer face à la situation clinique présentée via une échelle analogique du niveau d'inquiétude.

Crédit photo : Rougé-Maillart C, Prével J. *Mémento des urgences médico-légales*. Louvain-la-Neuve [Paris]: De Boeck; 2014.

Après lecture de ces vignettes cliniques, l'étudiant va relire tous les éléments sémiologiques glissés dans les situations au travers d'un « nuage de mots » divisé en trois parties :

- Facteurs de risques (individuels et familiaux) ;
- Éléments d'anamnèse ;
- Éléments cliniques.

L'objectif de ce format est de permettre un apprentissage didactique, plus ludique qu'une liste de mots à retenir.

À la fin du SPOC, après avoir visionné l'ensemble des modules, une dernière activité replonge l'étudiant dans ces dix situations cliniques. Parmi trois propositions de prise en charge, il devra choisir celle qui lui paraît la plus adaptée parmi :

- “ Vous programmez une nouvelle consultation de façon rapprochée et/ou sollicitez un confrère pédiatre pour avis. “ ;
- “ Vous pensez avoir suffisamment d’éléments ce jour pour rédiger une IP que vous adressez ensuite à la CRIP. ” ;
- “ Vous êtes très inquiets : vous appelez le senior des urgences pédiatriques pour annoncer la venue de l’enfant ; pour vous, un signalement est justifié. “

Cette fois-ci, elles sont accompagnées d’une rétroaction vocalisée proposant à l’étudiant des éléments supplémentaires de réponse, lui permettant d’étayer sa réflexion en pratique concrète (figure 24). Cette rétroaction proposée a été élaborée avec un expert de la protection de l’enfance.

Situation clinique n° 3

Proposition de réponse : 1

Dans cette situation, et malgré la présence de nombreux éléments inquiétants, la rédaction d'une IP n'apparaît pas comme la première des options. En effet, vous n'avez pas d'élément concernant le contexte potentiellement maltraitant. Les troubles psycho-comportementaux présentés par cette adolescente peuvent être rattachés à un autre élément déclencheur, non maltraitant (comme une rupture amoureuse, un deuil ...). L'environnement familial peut-être au contraire une ressource pour l'adolescente.

Néanmoins, devant un tel mal-être, un changement récent de comportement et des gestes auto-agressifs, la question se pose même de demander l'avis d'un pédiatre pour discuter là encore d'un temps d'hospitalisation avec évaluation pédopsychiatrique.

L'adolescente doit sinon être adressée au plus vite au CMP ou chez un psychologue libéral.

La maison des adolescents peut également être une bonne piste d'orientation (dans le 44 https://www.loire-atlantique.fr/44/enfance-familles/la-maison-des-adolescent-es-de-loire-atlantique-mda/c_1209253)

Figure 24 : Exemple d’une proposition de réponse à la situation clinique de la figure 23, qui sera présentée sous forme vocalisée lors de la conclusion du SPOC.

Avec cette rétroaction, le message que nous souhaitons transmettre en pointant les éléments d’inquiétude est clair mais la conduite à tenir l’est moins. En dehors de certaines situations d’urgence, le médecin se trouve dans une zone d’incertitude : c’est l’enjeu de cet exercice. Des pistes de réflexion sont proposées, les étudiants sont alors invités à solliciter leur réseau local (CRIP, UAPED, urgences pédiatriques...), le but étant qu’ils ne restent pas seuls face à un doute concernant une maltraitance éventuelle.

Dans la deuxième partie abordant les descriptions médico-légales, une activité « zones cliquables » a été insérée (figure 25) : l’étudiant doit différencier les zones du corps qui lui semblent suspectes de maltraitance de celles qui présentent des lésions cutanées fréquemment retrouvées lors d’un mécanisme accidentel. Une correction est proposée à la suite.

SAVOIR REPÉRER DES LÉSIONS DE VIOLENCES INFLIGÉES

1 Cliquer sur une localisation suspecte de lésion infligée

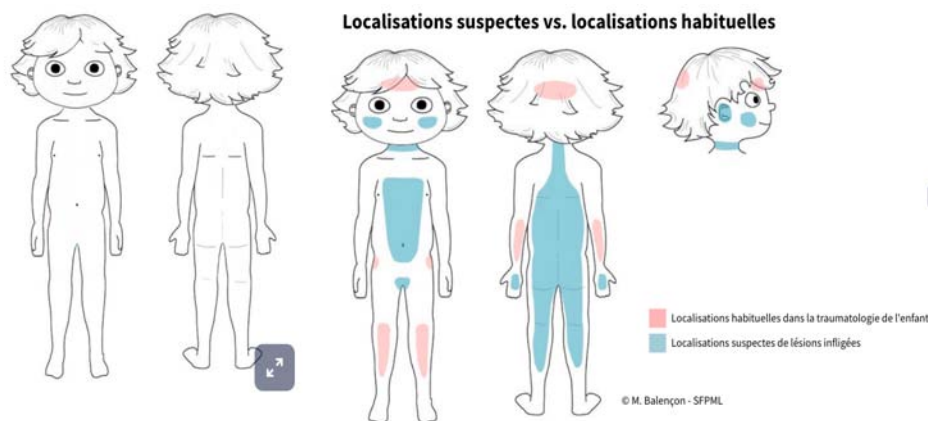


Figure 25 : Activité zones cliquables du module 2.1, partie 2 « Descriptions médico-légales ».

5) Témoignages

À la fin de la première partie sur la sémiologie, une vidéo adressée aux professionnels de l'enfance et de l'adolescence a été intégrée. Son objectif est de leur donner des messages essentiels pour les aider dans le repérage et la prise en charge des enfants victimes de maltraitance supposée ou avérée. Elle a été élaborée par le Centre de victimologie pour mineurs en 2021.

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents comme les protocoles du CHU de Nantes en cas de suspicion de maltraitance aux urgences pédiatriques, des fiches pratiques de repérage de la maltraitance (HAS, Société française de pédiatrie médico-légale, La Revue du praticien, Pas-à-pas de pédiatrie), de la documentation concernant le syndrome du bébé secoué, ou encore un article scientifique traitant de l'imagerie de la maltraitance, publié en 2015 par le Professeur Catherine Adamsbaum.

Comment accueillir la parole de l'enfant ? (module 2.2)

1) Justification du choix du module

Pour dépister la maltraitance, il faut connaître les bases de la communication adaptée à l'enfant. Aborder le sujet avec l'enfant et ses parents peut être un exercice difficile lorsqu'on est peu expérimenté. Cela suppose que le médecin dépasse ses propres appréhensions et accepte de recueillir des propos difficiles pour lesquels il ne se sent pas toujours capable d'apporter une réponse efficiente.

Proposer à l'étudiant un module didactique autour de la parole de l'enfant permet d'envisager un accompagnement de meilleure qualité des victimes, en leur proposant un temps d'écoute empathique.

2) Objectifs pédagogiques

Ce module a été pensé pour aider l'étudiant à structurer son entretien, à trouver ses propres mots et des formulations avec lesquelles il se sent à l'aise. L'objectif est d'améliorer ses compétences en communication et sa confiance en lui.

3) Axes principaux du module

Nous proposons un déroulé d'entretien type articulé autour des étapes et problématiques suivantes (figure 26) :

- Comment accueillir l'enfant au début de la consultation ?
- Comment dépister de manière systématique les violences faites aux enfants ?
- Comment introduire et expliquer l'examen physique à l'enfant ?
- Que lui dire si l'on repère des signes d'alerte ?
- Comment réagir et se positionner face à une révélation de violence par un enfant ?
- Comment conclure la consultation ?

Sommaire

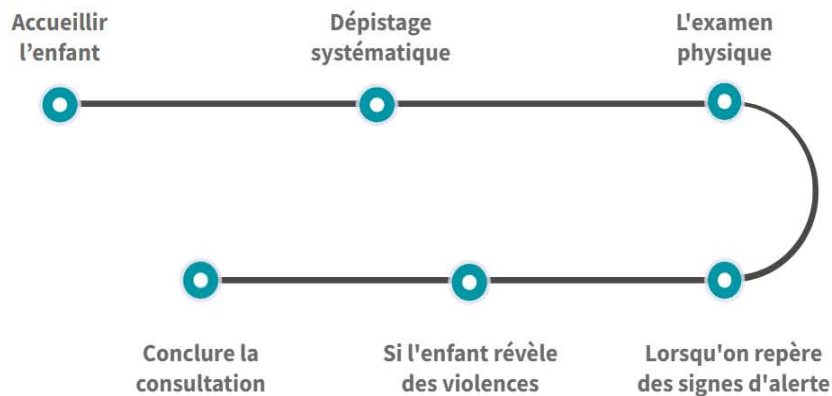


Figure 26 : Sommaire du module 2.2 « Comment accueillir la parole de l'enfant ».

4) Activités pédagogiques

Des cartes cliquables ont été imaginées afin d'inviter l'étudiant à trouver sa formulation pour explorer un thème suggéré sur le recto de la carte (figure 27). Puis, en cliquant pour retourner la carte il peut découvrir nos propositions de réponse. Un complément d'information audio est également à disposition.

Ces cartes ont été déclinées sur différents thèmes dans les parties du module.

Nous avons également intercalé une question à choix multiple intermédiaire pour impliquer davantage l'étudiant dans le contenu proposé.

Enfin, nous avons intégré des vidéos du juge Édouard Durand en y insérant des questions ou remarques. Nous abordons à nouveau les VEO, leurs définitions et leurs risques avec des pistes d'aide éducative. Cette activité permet de donner une illustration à l'étudiant tout en mobilisant ses compétences en communication.

Dépistage systématique

CONSIGNE

Trouvez les mots justes

- lisez le thème de départ
- imaginez votre formulation
- retournez la carte pour découvrir nos suggestions

Explorer l'environnement de l'enfant

Comment ça se passe à la maison ?
Comment ça se passe à l'école ?

Figures 27 : Activité « cartes cliquables » traitant de la formulation des questions du module 2.2 « Comment accueillir la parole de l'enfant ».

5) Témoignages

- Extrait du documentaire « Bouche cousue » réalisé en 2021 par Karine Dusfour, avec le juge Édouard Durand ;
- Extrait du MOOC datant de 2016 « Agir contre les maltraitances vis-à-vis des enfants, l'affaire de tous » avec Gérard Lopez psychiatre et président de l'Institut national de Victimologie : Apprendre à poser des questions ouvertes ;
- Entretien datant de 2019 de Mme Myara, infirmière diplômée d'état en unité médico-judiciaire à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, réalisé par le Centre de victimologie pour mineurs sur le thème : « Comment répondre à un enfant qui nous dit avoir vécu des violences ? »

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre en annexe du module un document de prévention des violences sexuelles rédigé par le Dr Muriel Salmona intitulé « Comment en parler aux enfants ? ».

Le psychotraumatisme (module 2.3)

1) Justification du choix du module

Toute violence faite à un enfant est par définition un traumatisme. Tout enfant victime de maltraitance est donc à risque de développer un psychotraumatisme. Les liens entre violences dans l'enfance et retentissement traumatique à long terme sont très forts.

En tant que médecins généralistes, nous sommes chaque jour face à des patients en souffrance, possiblement dissociés, et pourtant nous ne sommes pas ou peu formés à leur diagnostic et à leur prise en charge. Près de 80 % des professionnels de santé ne feraient pas le lien entre l'état de santé d'un patient et les violences subies dans l'enfance. Ces troubles psychotraumatiques sont donc méconnus, sous-estimés, peu dépistés. La formation à la psychotraumatologie des professionnels de la santé paraît donc essentielle. Sortir du déni pour soigner les enfants victimes est une urgence médicale.

2) Objectifs pédagogiques

L'objectif de ce module est de présenter la définition du psychotraumatisme ainsi que ses lourdes implications cliniques, afin de sensibiliser le médecin généraliste dans son activité médicale quotidienne à la forte prévalence des troubles psychosomatiques des victimes de psychotraumatisme. Le module doit permettre à l'étudiant de mieux comprendre la physiopathologie et les implications neurobiologiques du psychotraumatisme pour mieux dépister, orienter et prendre en charge les patients.

3) Axes principaux du module

Ce module, présenté sous forme d'un diaporama vocalisé, aborde les éléments suivants (figures 28, 29 30, 31) :

- Une définition du psychotraumatisme précise basée sur le référentiel de psychiatrie DSM-V ;
- L'épidémiologie ;
- Les implications neuro-biologiques du psychotraumatisme : sidération, dissociation, mémoire traumatique, évitement ;
- Les signes psychiques et comportementaux des victimes ;

- Les thérapeutiques existantes, les réseaux de soins locaux et nationaux.



Figure 28 : Sommaire du module 2.3 « Le psychotraumatisme ».

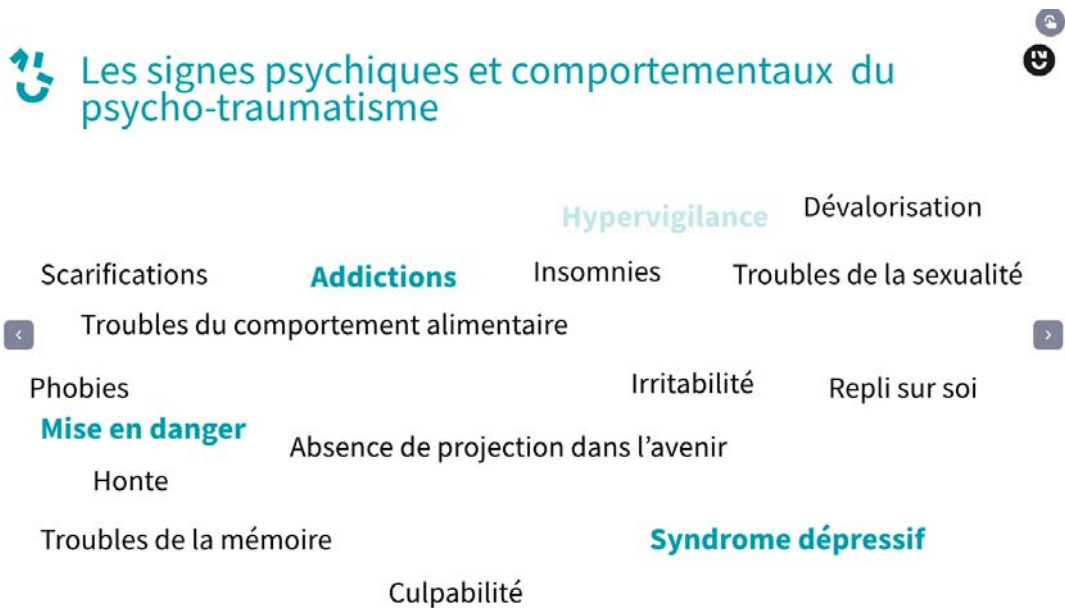


Figure 29 : Exemple de diapositive type « nuage de mots » du module 2.3 « Le psychotraumatisme ».

Thérapeutiques



Thérapies cognitivo-comportementales

EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

Hypnose, sophrologie

Activité physique adaptée



Anti-dépresseurs : PAROXÉTINE et SERTRALINE

Aucun traitement médicamenteux n'est recommandé au cours du premier mois
Limiter le recours aux benzodiazépines++

Figure 30 : Exemple de diapositive traitant de la prise en charge des victimes du module 2.3 « Le psychotraumatisme ».

Conclusion

Est-ce qu'il t'arrive?

D'être triste, de pleurer tout le temps, de te sentir seul?

De ne pas avoir envie de jouer, de ne pas aller voir tes amis?

De ne pas travailler à l'école comme tu voudrais, de mal réfléchir, de mal dormir?

Que font ces souvenirs?

Ces souvenirs mélangés, cachés de la violence sont enfouis n'importe comment et n'importe où dans ta mémoire. Comme une fausse personne de toi, en toi.

Bienveillance

Repérage

Orientation

Écoute

Dépistage

Figure 31 : Exemple de diapositive de conclusion du module 2.3 « Le psychotraumatisme ».
Crédit image : Ponti C, Salmona M, Fall S. « Quand on te fait du mal » Informations sur les violences et leurs conséquences. 2022

4) Activités pédagogiques

Afin de remobiliser le contenu et approfondir des notions clés, différents supports audiovisuels ont été ajoutés dans le module.

D'abord, nous avons choisi une vidéo datant de 2018 et expliquant les mécanismes complexes du psychotraumatisme et ses implications neurobiologiques. Il s'agit d'une interview du Dr Muriel Salmona, psychiatre spécialiste du psychotraumatisme et présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie.

Après cette vidéo, une activité de type « glisser-déposer » (figure 32) reformule le propos simplement et fait réfléchir l'étudiant à cinq notions clés évoquées dans l'explication vidéo du Dr Salmona. L'activité comprend trois propositions de réponse (type QCM) et une correction avec explication plus détaillée.

The image shows a digital learning interface for a quiz. At the top left, there is a 'Quiz' icon and the word 'Quiz'. Below it, a speech bubble contains 'Question 1' and the text: 'Quel mot utilise-t-on pour décrire l'absence de réactions de défense lors de l'agression ?'. To the right of the question, there is a 'La bonne réponse' (The correct answer) section. Below the question, there are three options, each with a right-pointing arrow: 'L'intimidation', 'L'inhibition', and 'La sidération'. The option 'La sidération' is highlighted in blue. To the right of the options, there is a 'La bonne réponse' section with a blue arrow pointing to 'La sidération'. Below the options, there is an 'Explication' (Explanation) section with a speech bubble containing the text: 'La sidération est une réaction de paralysie face à une extrême violence et une incompréhension de la situation. C'est la sidération qui est le point de départ de la chaîne de conséquences du psychotraumatisme.' At the bottom left, there is another 'Quiz' icon and the word 'Quiz'. Below it, a speech bubble contains 'Question 1' and the text: 'Quel mot utilise-t-on pour décrire l'absence de réactions de défense lors de l'agression ?'. To the right of the question, there is a 'Votre réponse' (Your answer) section. Below the question, there are three options, each with a right-pointing arrow: 'L'intimidation', 'L'inhibition', and 'La sidération'. Below the options, there is a 'Votre réponse' section. At the bottom left, there is a small icon and the text: 'Sélectionnez une réponse et faites-la glisser dans la bulle de réponse'. At the bottom center, there is a large blue button with the text: 'Découvrez la bonne réponse en cliquant ici'.

Figure 32 : Activité pédagogique glisser-déposer du module 2.3 « Le psychotraumatisme ».

À la fin du module, une fois l'ensemble des notions abordées, nous proposons pour ancrer les apprentissages une vidéo (résumée en anglais et sous-titrable en français) pour reprendre tous ces concepts. Cette vidéo a été produite en 2016 par OSMOSIS, une plateforme américaine d'apprentissage web et mobile pour l'éducation à la santé et à la médecine à destination des étudiants et des soignants du monde entier. Elle permet un ancrage pédagogique efficace grâce à l'utilisation de la facilitation graphique.

Nous n'avons pas pu produire nous-mêmes un support de ce type au vu de nos contraintes financières, matérielles et temporelles, mais nous avons tenu à insérer cette vidéo afin de promouvoir cette forme d'apprentissage auprès des étudiants.

Enfin, nous avons créé une activité de type quiz Vrai/Faux en six questions (figure 33). Une rétroaction permet d'appuyer des notions clés déjà abordées mais également d'apporter des informations supplémentaires.

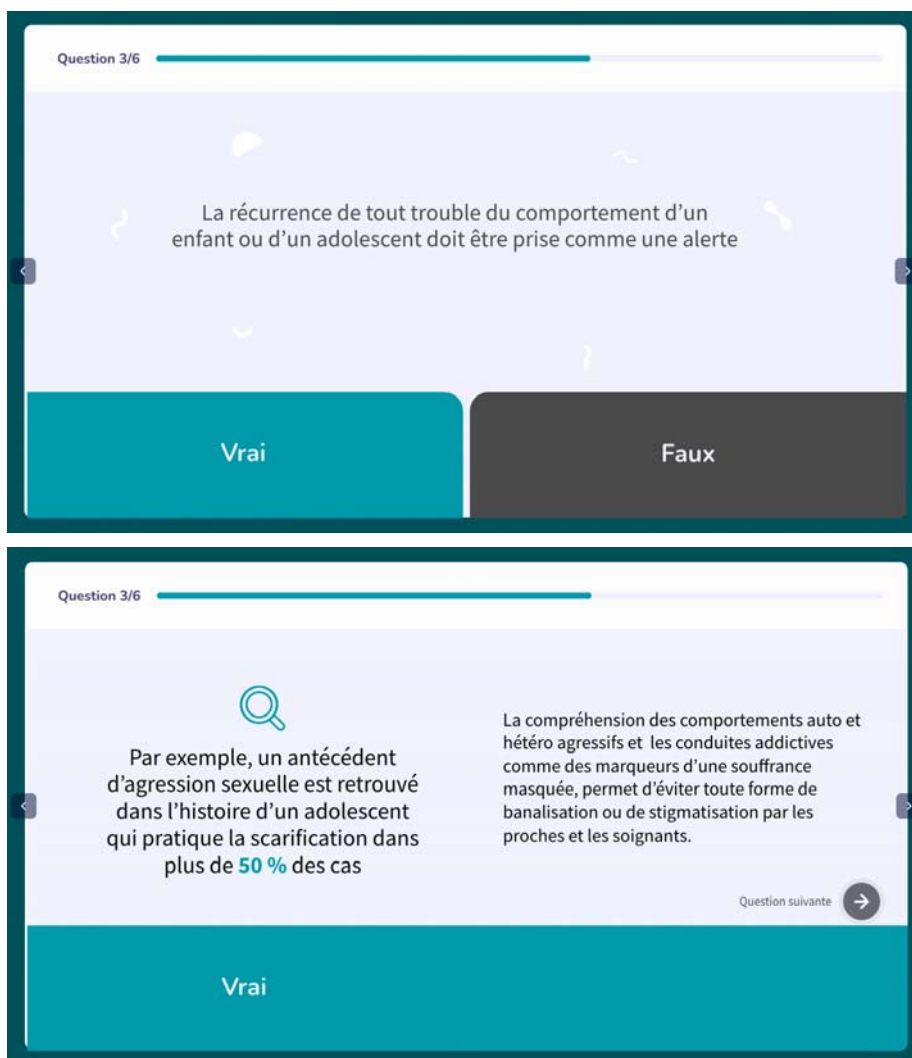


Figure 33 : Activité pédagogique « quiz Vrai/Faux » du module 2.3 « Le psychotraumatisme ».

5) Témoignages

Nous avons accompagné la partie « Thérapeutique » d'un témoignage vidéo d'une victime et présidente de l'association Moi aussi Amnésie, Mie Kohiyama. Cette vidéo datant de 2019 illustre la temporalité du psychotraumatisme et la question de la prescription des faits.

Enfin, nous avons mis à disposition des contenus audiovisuels pour aller plus loin sous forme de témoignages, d'illustrations, de documents pour en parler aux enfants :

Sites internet :

- Liste nationale des centres régionaux du psychotraumatisme en France ;
- Le site de l'association Mémoire traumatique et victimologie, regroupant de nombreux documents de formation, de recherche et d'information sur les violences et leurs conséquences psychotraumatologiques ;
- Le site national de l'Institut de victimologie.

Vidéos :

- Deux vidéos réalisées en 2021 par le Centre national des ressources et des résiliences, permettant de parler du psychotraumatisme aux enfants ;
- Une vidéo publiée en 2017 par le psychiatre Dr Gérard Lopez, qui aborde les conséquences psychologiques de la maltraitance ;
- Une vidéo réalisée en 2017 par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences) où une experte en neurosciences, Dr Carole Azuar est interviewée pour évoquer les mécanismes neurobiologiques impliqués pendant et après les violences ;
- Une conférence TED datant de 2015 où l'on peut écouter la pédiatre américaine Dr Nadine Burke expliquer comment les traumatismes de l'enfance concernent la santé tout au long de la vie ;
- Une vidéo de facilitation graphique résumant l'essentiel du psychotraumatisme en 4 minutes réalisée par Valérie Gall en 2019.

Le module 4, Ressources, présente également du contenu supplémentaire à propos du psychotraumatisme.

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents dont un article scientifique publié en 2019 abordant le psychotraumatisme de l'enfant, des brochures et rapports d'enquête de l'association Mémoire traumatique et victimologie, la plaquette du Centre régional de psychotraumatisme des Pays de la Loire, ou encore un extrait de la BD « Le Trauma : quelle chose étrange », de Steve Haines et Sophie Standing.

Violences sexuelles et inceste (module 2.4)

1) Justification du choix du module

Comme nous l'avons abordé en introduction, les violences sexuelles faites aux mineurs sont fréquentes et lourdes de conséquences. Les victimes restent souvent dans le silence.

Ce silence est multifactoriel (amnésie post-traumatique, culpabilité, menaces de l'agresseur, absence de soutien de l'entourage...). Lorsqu'elles révèlent les faits, leur parole n'est pas toujours accueillie.

Le rôle du médecin est de construire une relation de confiance pour dépister ces violences et accompagner les enfants et adolescents victimes. Aborder ces questions dans ce SPOC répond à la volonté de mieux repérer, prendre en charge et prévenir les violences sexuelles faites aux mineurs.

2) Objectifs pédagogiques

L'objectif de ce module est d'appréhender les éléments cliniques et les enjeux légaux caractéristiques des violences sexuelles. L'étudiant doit s'approprier les outils de communication proposés pour aborder le sujet avec les enfants et adolescents.

3) Axes principaux du module

Après avoir posé le cadre législatif, accompagné des notions d'épidémiologie, nous décrivons les stratégies qui peuvent être mises en place par l'agresseur pour que la victime reste dans le silence. Puis, nous détaillons la sémiologie clinique avec les situations à risque, les signes d'alerte et les conséquences. Enfin, nous partageons différents témoignages, de victimes et de professionnels. Le sommaire est présenté en figure 34.

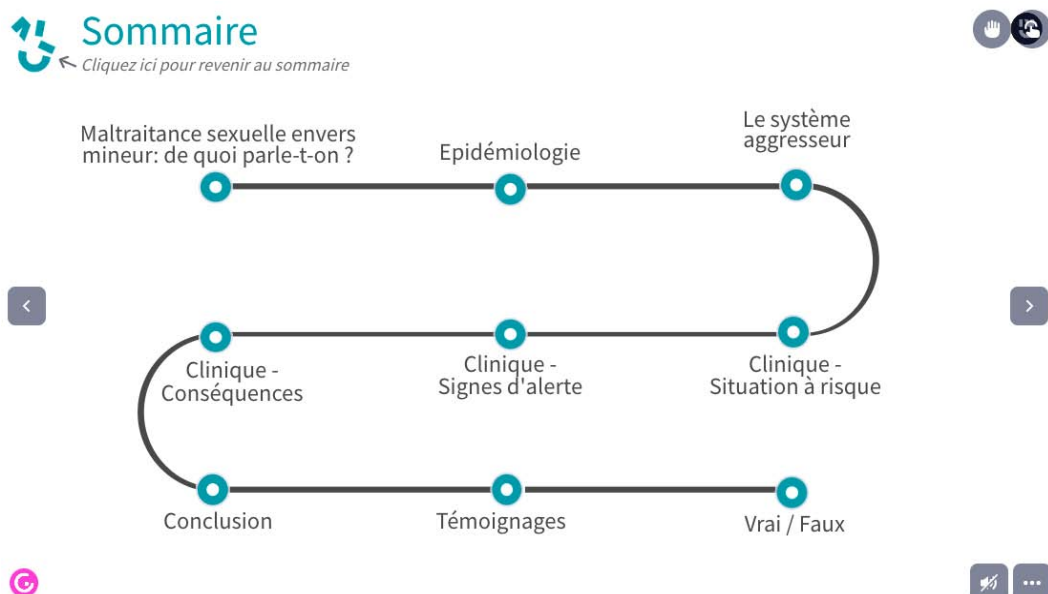


Figure 34 : Sommaire du module 2.4 « Violences sexuelles et inceste ».

4) Activités pédagogiques

Ce module est riche de nombreux contenus extérieurs (cf infra). Un quiz vrai/faux est présenté à la fin (figure 35). Son but est de susciter le questionnement de l'étudiant et de revenir sur certaines notions. Il permet aussi d'identifier des notions sémiologiques clés dans les différents contenus. Lorsque l'étudiant choisit sa réponse, une correction synthétique apparaît accompagnée d'une rétroaction audio.

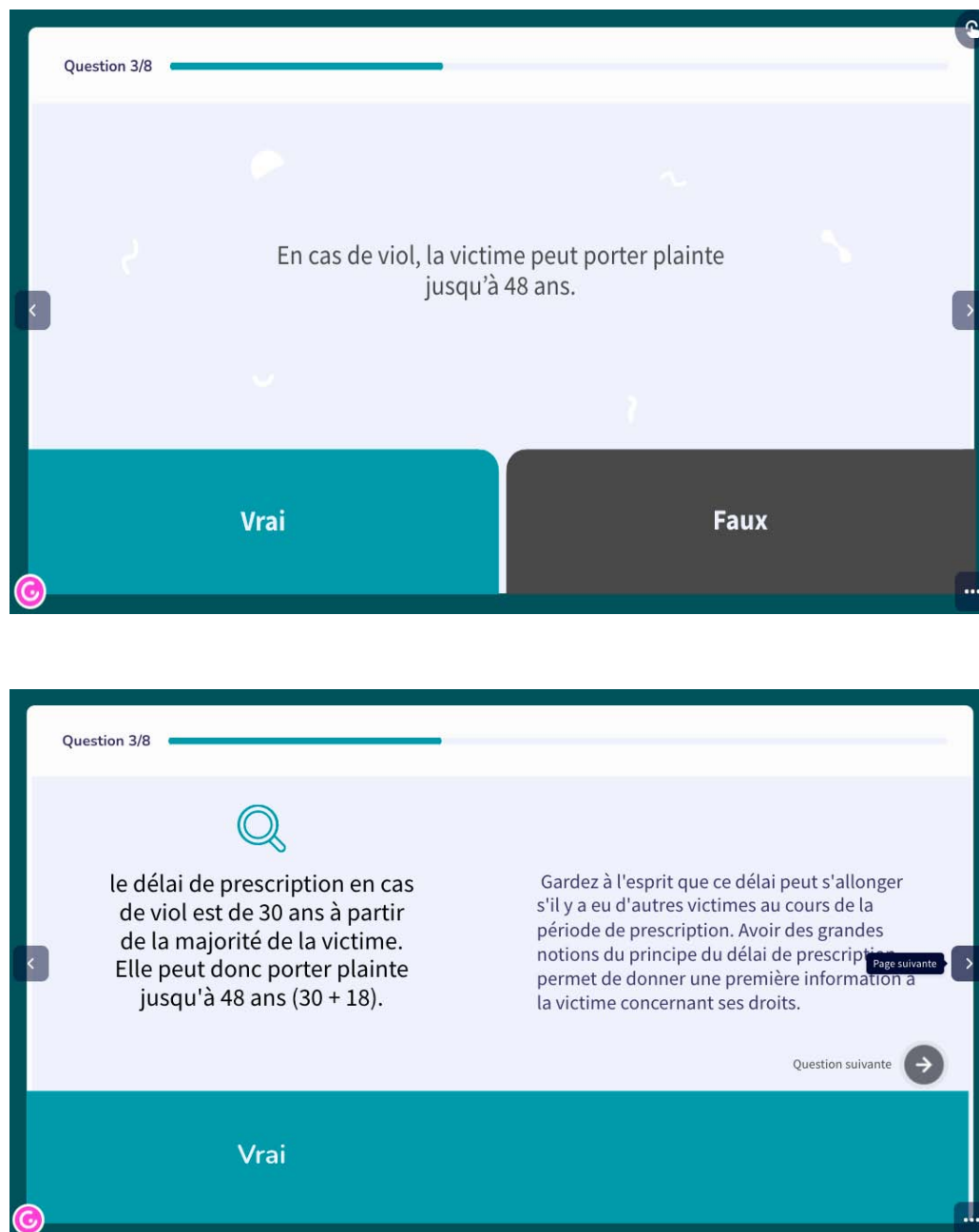


Figure 35 : Activité pédagogique « quiz Vrai/Faux » du module 2.4 « Violences sexuelles et inceste ».

5) Témoignages

- Une vidéo pédagogique sur l'inceste réalisée en 2022 par le Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS) d'Île-de-France réalisée en partenariat avec l'association Une Vie ;
- Le témoignage d'Émeline, une jeune adolescente, pour le documentaire « Inceste, que justice soit faite » (réalisé par Audrey Gloaguen et diffusé en 2019) ;
- Une autre vidéo pédagogique du CRIAIVS d'Île-de-France, présentée par le juriste Benoît Le Dévédec, sur la prescription de l'action publique ;
- La vidéo pédagogique « Le Loup » (créée en 2021 par l'artiste Mai Lan Chapiron avec le soutien du collectif d'associations Prévenir & protéger et l'intervention de la psychologue clinicienne de la protection de l'enfance Coralie Dière), un outil de prévention contre les violences sexuelles destiné aux enfants, à leurs proches ainsi qu'aux professionnels de l'enfance ;
- Un épisode du podcast « Ou peut-être une nuit », créé et présenté en 2020 par Charlotte Pudlowski, traitant les sujets du repérage, de l'intérêt du dépistage universel, des manières d'aborder les violences subies, d'accueillir la parole et de comprendre le système agresseur ;
- Le film « Les Chatouilles », d'Andréa Bescond et d'Eric Metayer, sorti en 2018. Dans cette adaptation de la pièce de théâtre du même nom, l'autrice et actrice rejoue sa propre histoire, celle d'une enfant abusée par un ami de la famille, et celle de sa reconstruction à l'âge adulte.

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents : la synthèse des recommandations HAS concernant le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins, le protocole du CHU de Nantes traitant de la prise en charge des victimes mineures de violences sexuelles, des ressources pédagogiques diverses, et des guidelines à propos des comportements sexuels problématiques chez les mineurs de moins de 12 ans.

Violences dans le couple, impact sur les enfants (module 2.5)

1) Justification du choix du module

Comme abordé en introduction, l'exposition aux violences conjugales est une forme de maltraitance car elle instaure un climat de violence et de peur au sein du foyer. C'est une violence psychologique et parfois physique si l'enfant s'interpose qui occasionne des conséquences psychosomatiques multiples pour l'enfant et l'adulte en devenir. Ce type de maltraitance est fréquent et grave mais parfois mal identifié en tant que tel par les professionnels, c'est pourquoi nous avons choisi d'y consacrer un module dédié.

2) Objectifs pédagogiques

Avec ce module, l'étudiant appréhende les spécificités de la maltraitance liée à l'exposition aux violences dans le couple et les moyens existants afin d'aider le parent victime (élaborer un scénario de protection par exemple). L'objectif vise également une meilleure connaissance du réseau de correspondants locaux et de ressources et supports utiles au patient.

3) Axes principaux du module

Nous proposons à l'étudiant de visualiser une vidéo pédagogique élaborée en 2015 par la MIPROF, le court-métrage « Tom et Léna », qui met en scène un frère et une sœur discutant de leur vécu d'enfants au sein d'un foyer où existe de la violence conjugale et ses conséquences. Cela permet d'aborder les notions sémiologiques clés grâce à un exemple concret et le format vidéo engage la motivation de l'étudiant.

Ce module prend ensuite la forme d'une fiche de synthèse reprenant les éléments clés du livret pédagogique accompagnant la vidéo de la MIPROF ainsi que certains schémas.

Nous abordons les techniques pour mener l'entretien avec l'enfant et avec le parent, aider le parent à percevoir l'impact des violences sur son enfant sans le culpabiliser, ainsi que les conseils pour élaborer un scénario de protection. Ce scénario permet d'établir, avec le parent victime, une stratégie efficace et sécurisée à mettre en place lorsqu'il souhaitera quitter le domicile.

4) Activités pédagogiques

Une série de quatre propositions « Vrai/Faux » portant sur les ressources présentées ainsi que sur la vidéo est exposée (figure 36). Après avoir répondu, l'étudiant a accès à une correction synthétique et à une rétroaction plus détaillée.





Figure 36 : Activité pédagogique « Vrai/Faux » du module 2.5 « Violences dans le couple ».

5) Témoignages

Nous avons intégré, dans ce module, le film pédagogique réalisé par la MIPROF, intitulé « Tom et Léna ».

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents : le document pédagogique « Tom et Léna » (faisant partie du kit de formation gouvernemental « L'impact des violences au sein du couple sur les enfants »), des outils de prévention et de dépistage (notamment le violentomètre, composé de 23 questions qui doivent permettre au public d'identifier ce qui relève d'une violence conjugale et d'y apporter une réponse adaptée, ou le site declicviolence.fr, un outil similaire spécifiquement à destination des médecins généralistes), un modèle de signalement d'une victime majeure de violences conjugales, les critères d'évaluation du degré d'urgence et d'emprise d'une victime de violences conjugales d'après le conseil de l'Ordre ou encore un référentiel de coordonnées des différents acteurs et associations départementales et nationales.

Alerter : l'information préoccupante et le signalement (module 3)

1) Justification du choix du module

La loi du 5 mars 2007 a créé de nouveaux organismes, dont les CRIP constituent les cheffes de file. Ces organisations ont pour but de fluidifier les échanges interprofessionnels entre les différents acteurs de la protection de l'enfance.

Après avoir repéré un enfant en danger, le médecin généraliste doit le protéger. Pour cela, la connaissance des circuits d'alerte existants à ce jour en France est indispensable.

2) Objectifs pédagogiques

Les objectifs de ce module donnent à l'apprenant les clés pour rédiger une information préoccupante, lui permettre de comprendre le circuit de signalement et les modalités de suivi des enfants victimes.

3) Axes principaux du module

Le module présente les trois circuits d'alerte existants lorsqu'un particulier ou un professionnel se trouve face à une situation de danger concernant un mineur :

- la plateforme 119 ;
- l'information préoccupante et les CRIP ;
- le signalement.

Le module s'ouvre sur plusieurs ressources : les coordonnées du réseau local des départements 44 et 85, le rappel des textes de loi référençant ce contenu et enfin une présentation du dispositif Santé protégée, créé par la CRIP 44 et l'UAPED du CHU de Nantes.

Le sommaire est présenté en figure 37.

Sommaire

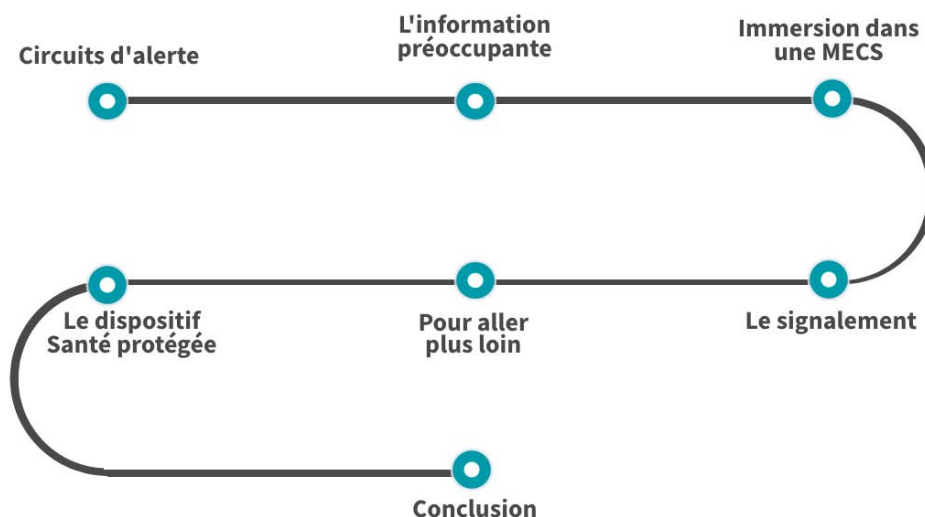


Figure 37 : Sommaire du module 3 « Alerter : l'information préoccupante et le signalement ».

4) Activités pédagogiques

Ce module est accompagné d'une mise en situation concrète semi-authentique, afin d'améliorer le sentiment d'efficacité de l'apprenant, de valoriser ses acquis récents et de contextualiser ses apprentissages.

Avant de débiter, les étudiants peuvent visionner une courte vidéo « Mineur en danger – l'information préoccupante » réalisée en 2022 par Sébastien Brochot, préventeur-formateur au CRIAVS Île-de-France, qui explique, de façon synthétique, le parcours de l'information préoccupante et quelques éléments clés nécessaires à sa rédaction.

Nous proposons ensuite une activité rédactionnelle d'une situation clinique inquiétante adaptée à la médecine générale (figure 38). Les étudiants disposent d'un texte à trous qu'ils doivent compléter en réfléchissant aux concepts clés de la rédaction de l'information préoccupante (utilisation du conditionnel, ne pas nommer l'auteur des faits...).

Après avoir réalisé l'exercice, ils peuvent accéder à un document de règles de rédaction que nous avons nous-même édité. Puis, ils disposent d'une proposition de correction détaillée, rédigée sur le support officiel de la CRIP 44, avec une rétroaction complète leur précisant tous les éléments importants à retenir pour leur future pratique.

1 *

Dr X
Au médecin référent protection de l'enfance
A Nantes, le 31/05/2022
Madame, Monsieur,
Je me permets d'attirer votre attention sur la situation du jeune Victor Durant, né le 12/04/2014, âgé de 8 ans et résidant au 07 rue des Oliviers à Nantes.

Partie 1 : Décrire, dater et contextualiser les faits, les comportements observés et les propos tenus.

Lors d'une visite au domicile familial le 25/05/2022, j'ai constaté plusieurs faits m'ayant alarmé ...

2 *

Partie 2 : Facteurs d'alerte concernant l'enfant (à l'entretien)

Au cours de l'entretien, Victor est ...

3* **Partie 2 : Facteurs d'alerte concernant l'enfant (échange avec les parents)**
 Victor est décrit par sa mère comme un enfant ...

4* **Partie 2 : facteurs d'alerte concernant l'enfant (examen clinique)**
 Mon examen clinique ce jour a retrouvé...

5* **Partie 3 : Facteurs d'alerte concernant les parents**
 Je suis également interpellée par l'attitude des parents et j'ai pu constater ...

6* **Partie 4 : Problématique familiale repérée (éléments antérieurs et actions entreprises), et commentaires**
 De façon plus générale concernant cette fratrie ...

Compte tenu des éléments, j'averti les parents de Victor de la rédaction de cette information préoccupante. Ils ne s'opposent pas à cette démarche.
 Restant à votre disposition pour d'autres informations,
 Cordialement

Figure 38 : Activité texte à trous « Rédiger une information préoccupante » du module 3 « Alerter : l'information préoccupante et le signalement ».

5) Témoignages

Trois vidéos à visionner à la fin du module sont proposées :

- Une courte vidéo réalisée en 2017 par le département de la Loire-Atlantique présentant de façon simple et schématique le parcours de l'enfant au sein du service de l'ASE ;
- Une deuxième vidéo tutorielle, réalisée en 2018 par le Centre de victimologie pour mineurs, conçue pour aider les soignants à communiquer avec les mineurs et à les informer sur ce qui va se passer par la suite, lorsqu'une IP a été rédigée ;
- Une vidéo immersive au sein d'une Maison d'enfants à caractère social (MECS) réalisée par Charlotte Finet pour le magazine La maison des parents en 2021.

6) Documents ressources, carnet d'adresses et boîte à outils

Nous avons choisi de mettre dans les annexes du module différents documents : des flyers du 119, des CRIP 44 et 85, les modèles de rédaction d'une IP et d'un signalement (élaborés par nos soins et combinant les modèles édités par l'HAS, le CHU de Nantes et le Conseil national de l'Ordre des médecins), et un modèle de certificat médical rédigé par nos soins. Les annexes comprennent également de la documentation à destination des parents et des médecins, notamment la fiche mémo rédigée par l'HAS en 2014 et mise à jour en 2017 « Comment repérer et signaler la maltraitance des enfants ? » et le modèle de bilan de santé du dispositif Santé protégée.

Ressources (module 4)

Le SPOC se termine par un module « Ressources » divisé en deux parties :

- Carnet d'adresses à destination des enfants, des adolescents et leurs parents (coordonnées nationales et locales (départements 44 et 85) regroupant numéros verts, sites professionnels d'aide aux victimes, associations, structures de soins...)
- Ressources audiovisuelles multiples à destination des professionnels et des patients (brochures, flyers, sites internet, vidéos, podcasts, livres)

Nous avons regroupé différentes ressources et documents pédagogiques qui nous ont semblé pertinents. Le module propose un contenu varié devant permettre à l'étudiant de poursuivre sa réflexion personnelle et professionnelle, ou se destinant à favoriser son dialogue avec les patients, enfants comme adultes.

L'ensemble constitue une boîte à outils à télécharger comprenant de la documentation à délivrer aux patients ainsi que des propositions audiovisuelles de formation complémentaire.

S'y trouve enfin une bibliographie à destination des enfants, classée par thèmes et par tranches d'âge.

Pour plus de lisibilité, nous avons classé ces ressources en plusieurs parties :

- violences faites aux enfants ;
- violences sexuelles ;
- psychotraumatisme ;
- éducation (prévention sur l'exposition aux écrans ...) ;
- violences éducatives ordinaires ;
- harcèlement scolaire, cyberharcèlement ;
- adolescents.

3.3. **Après la production**

Une fois la mise à l'essai faite par le panel d'enseignants et d'étudiants, nous projetons une mise en ligne ouverte à tous les étudiants début 2023. Nous envisageons ensuite une mise en ligne une fois par an.

Dans le cadre de cette partie en ligne et en autonomie de la formation, nous avons choisi de définir une période limitée d'ouverture de quelques mois afin de motiver les étudiants à achever la formation. Ils devront ainsi planifier leur travail et respecter le calendrier imposé.

Ce rythme d'ouverture complet du SPOC en ligne permettant un maximum d'autonomie pour l'apprenant pourra être modifié pour une ouverture hebdomadaire ou bi-hebdomadaire par modules, comme cela existe dans la plupart des MOOC, selon les résultats de la mise à l'essai et de l'évaluation concernant l'engagement et la motivation de l'apprenant dans le temps. Chaque nouvelle ouverture serait précédée d'un mail d'annonce qui présente les objectifs du module, les activités pédagogiques choisies et rappelle la présence du forum pour les éventuelles questions.

Les apprenants pourront tout au long de la formation poser des questions sur un forum en ligne. La réponse aux questions relatives aux aspects techniques du cours sera faite par les équipes du SPIN Santé pendant une durée impartie.

Concernant les questions suscitées par le contenu ; nous, investigatrices, ferons des propositions de réponses. Nous souhaitons modérer le forum selon le temps imparti d'ouverture de l'Extradoc aux étudiants ; il sera fermé au-delà. Par ailleurs, il sera organisé par thématiques, pour faciliter les réponses.

Certaines questions complexes ou particulièrement pertinentes pour l'ensemble des apprenants seront collectées pour les soumettre aux experts lors d'une rencontre en plénière programmée à l'issue du SPOC. Cette rencontre permettra un temps d'échanges en présentiel pour les apprenants.

L'évaluation des apprentissages par les apprenants ayant effectué ce SPOC est essentielle et sera faite prochainement.

Enfin, la dernière étape sera de pérenniser le SPOC dans le temps.

4. DISCUSSION

4.1. Résultat principal

Ce travail présente la création d'un enseignement hybride portant sur la problématique des violences faites aux enfants, à destination des futurs médecins généralistes. La partie distancielle de cet enseignement, le SPOC, comprend neuf modules mêlant contenu théorique, activités pédagogiques et ressources variées. Après huit mois de conception, quatorze mois de production, trois mois de relecture, la mise à l'essai du SPOC est lancée auprès d'un panel de relecteurs. Par la suite, il sera accessible chaque année à tous les étudiants de médecine générale de l'université de Nantes, sur une période définie de quelques mois.

Il propose d'une part une réponse aux objectifs gouvernementaux de formation des professionnels comme annoncé dans la stratégie nationale de prévention et de prévention de l'enfance pour les années 2020 à 2022 afin de renforcer la cohésion pluridisciplinaire locale et nationale pour une meilleure évolution des pratiques. (98) Cette stratégie nationale évoque notamment l'utilisation de moyens didactiques adaptés aux besoins de formation des professionnels de santé et cite l'utilisation des MOOC comme outil numérique facilitant la diffusion des connaissances au plus grand nombre.

D'autre part, il propose une réponse au besoin de formation largement plébiscité par les médecins généralistes dans la littérature (4,71–73,99). Leur formation initiale et continue est en effet décrite comme insuffisante pour appréhender ces notions. La formation du corps médical aux violences infantiles devrait ainsi reposer sur des enseignements obligatoires et non facultatifs comme c'est le cas dans certaines facultés de médecine, afin de mettre en œuvre efficacement les recommandations de l'HAS sur le repérage et le signalement des violences faites aux enfants. (100)

L'objectif principal est donc la création d'une formation hybride proposant un contenu riche et interactif qui permet à l'étudiant de s'approprier les notions présentées. Nous attendons l'évaluation de cet enseignement, qui sera réalisée après sa première mise en ligne, afin de juger de façon précise et détaillée si le SPOC répond à la volonté d'améliorer les connaissances et le sentiment d'efficacité personnelle pour le dépistage, l'orientation et le suivi des enfants victimes de violences.

L'apprenant, lorsqu'il visionne le SPOC, participe à des activités pédagogiques non sanctionnantes qui ont pour objectifs de le mettre en confiance pour ses futures prises en charge (rédiger une information préoccupante par exemple). Ainsi, le SPOC répond à une expérience active de maîtrise de la tâche à effectuer, dont l'importance est soulignée par Albert Bandura, docteur en psychologie. (101)

4.2. Forces du SPOC Enfance et violences

4.2.1. Le choix du contenu

Le dépistage et la prise en charge des violences faites aux enfants par le médecin généraliste est un sujet déjà exploré dans la littérature. La plupart des travaux s'intéressent aux freins existants

pour répondre à ces enjeux (4,72,73) ; certains d'entre eux proposent des ressources comme dans le travail d'Etienne Michaud qui a créé un outil spécifique sur l'IP. (74) Cependant, nous n'avons pas trouvé de travaux d'élaboration de formation hybride sur ce sujet, spécifiquement proposé aux internes en cours de validation d'un DES de médecine générale.

Le choix de ce sujet relève de notre ressenti en tant qu'interne : chaque situation clinique de violence infantile supposée et avérée nous positionne dans le doute et l'incertitude. Ces difficultés sont partagées par un grand nombre de médecins, comme évoqué plus haut. Par ailleurs, il nous paraît indispensable que les étudiants et jeunes médecins aient à leur disposition des protocoles de conduite à tenir simples et clairs. Des suggestions pragmatiques et simplifiées dans la démarche de signalement sont ainsi souhaitables. (102)

Nous souhaitons donc nous impliquer concrètement dans ce besoin de formation des jeunes médecins généralistes pour une amélioration à terme des pratiques professionnelles.

4.2.2. Le choix du format d'enseignement hybride

Cette formation est hybride, associant au SPOC un forum en ligne et une séance d'échanges en direct avec des experts.

Dans un premier temps, l'utilisation du service CARENN nous a permis de mieux cerner les caractéristiques de la formation. Nous avons pu, après avoir défini nos choix pédagogiques lors de la conception, vérifier que la typologie de la formation répondait aux objectifs définis. Avec les typologies « le gîte » et « l'écran », nous présentons des ressources universitaires et extra-universitaires aux étudiants qui gardent une liberté de navigation au sein des modules. (88)

L'association des modalités synchrones et asynchrones dans cet enseignement est une plus-value permettant à l'étudiant de mieux s'impliquer dans ses apprentissages tout en lui laissant la possibilité d'obtenir des réponses à l'ensemble de ses questions ou réflexions. Plusieurs études et revues de littérature ont trouvé que les formations hybrides étaient plus efficaces que les formations uniquement en présentiel ou distanciel. (77,103–105)

Le choix du forum comme mode d'encadrement comporte plusieurs forces. (77,106–108) Il permet d'une part aux enseignants de donner des réponses accessibles à l'ensemble des étudiants et d'autre part, à ses derniers, de transmettre leurs questions mais aussi leurs commentaires éventuels. Il brise l'isolement lié à la distance et favorise les échanges entre les étudiants.

Ce mode de discussion permet des échanges formels et informels et participe à l'organisation d'une communauté d'apprentissage virtuelle. Ceci se rapproche de l'apprentissage par les pairs.

Par ailleurs, nous pensons que proposer aux étudiants de formuler par écrit leurs questions les incite à structurer leur demande ; ils obtiennent ainsi, par eux-mêmes, un début de réponse.

L'encadrement est donc dynamique, le suivi et le soutien sont pérennes tout au long de la formation. Il peut également être le lieu de partage d'expérience et de pratique entre pairs. (108)

Enfin, un des principaux intérêts de l'enseignement en distanciel est sa pérennité dans le temps. De plus, il permet d'offrir un contenu qui, une fois conçu, nécessite peu de ressources humaines pour sa reproduction auprès des étudiants.

Nous savons néanmoins que pour être pérenne, une formation en ligne doit pouvoir évoluer au fil du temps. Nous avons ainsi gardé à l'esprit lors de la construction et de la transposition de tout le SPOC qu'il fallait faciliter ses modifications ultérieures. Le quiz est par exemple une activité pédagogique aisément modifiable dans le futur. Le contenu vidéo étant plus compliqué à mettre à jour, nous avons choisi d'intégrer des séquences courtes et remplaçables au besoin.

4.2.3. Le choix de la méthodologie de l'Université de Laval

Il existe plusieurs modèles de formation pédagogique en santé (77,89–94,109,110). L'investigateur d'un projet de formation à distance peut choisir le modèle qui lui paraît le plus pertinent pour répondre à ses objectifs pédagogiques et à son cahier des charges.

Lors de la réflexion initiale du SPOC, nous avons parcouru plusieurs alternatives méthodologiques complémentaires et concordantes à celle proposée par l'Université Laval pour laquelle nous avons opté. Les étapes du modèle canadien nous ont paru plus détaillées et structurantes, avec des aspects pratiques, facilitant son adaptation à notre construction.

Ce guide est une référence dans le domaine de la pédagogie universitaire internationale, conçu comme un partage d'idées, de conseils et de suggestions à l'intention des enseignants développant des cours en ligne. Il nous a permis de renforcer la validité scientifique de ce travail.

4.2.4. Une construction engagée et durable

D'abord, la construction du SPOC a été pensée et planifiée selon le principe d'alignement pédagogique, c'est-à-dire, avec des objectifs d'apprentissage précis, clairs et cohérents, des activités pédagogiques variées et une stratégie d'évaluation en adéquation avec les apprentissages. (106) Cet alignement est renforcé par l'utilisation d'outils technologiques pour atteindre les objectifs. Cela rend actif l'étudiant et renforce sa motivation.

Nous pensons avoir répondu à cet impératif. L'évaluation des apprentissages sera pensée dans ce sens. (111,112)

Ensuite, le SPOC a été conçu afin de faciliter la phase d'appropriation des savoirs par l'apprenant, en cherchant à les activer et à les contextualiser pour les ancrer durablement. Nous avons, pour cela, utilisé différentes techniques (106) :

- la référence régulière au cours du SPOC au contenu présent dans les autres modules pour aider l'apprenant à faire les connexions avec les connaissances acquises précédemment dans la formation ;

- la mise à l'initiative de l'apprenant dans la mobilisation de ces connaissances avec les activités pédagogiques, afin de l'accompagner dans une démarche réflexive sur les nouvelles notions qu'il doit acquérir ;
- enfin, la réactivation à plusieurs reprises de ces nouvelles connaissances pour consolider leur mémorisation.

Enfin, la construction du SPOC a été pensée pour mobiliser au mieux l'attention de l'apprenant afin de favoriser la mémorisation du contenu. Dans ses travaux, Nadia Medjad, experte en management du stress et de l'attention à l'ère digitale, définit l'attention comme « un processus cognitif et perceptif par lequel le cerveau traite en priorité certains signaux au détriment des autres. L'attention est un facteur d'efficacité cognitive, qu'il s'agisse de percevoir, mémoriser ou résoudre les problèmes. Le cerveau a des limites et sélectionne les informations qui lui semblent pertinentes à traiter. » (113) La qualité de l'attention est ainsi déterminante dans les processus de compréhension, d'apprentissage puis de mémorisation.

L'apprentissage par modules

Les études cognitives démontrent que l'attention est élevée dans les premières minutes d'un apprentissage puis décroît progressivement. (113) Ainsi, les modules courts répondent à ces enjeux attentionnels prioritaires dans la conception d'un e-learning.

Des supports audiovisuels variés

Un texte illustré permet d'améliorer l'apprentissage car il permet un double encodage de l'information, visuel et verbal. Un des avantages du e-learning, est qu'il permet d'intégrer différents formats de médias, au sens pédagogique du terme. Notre contenu étant numérique et d'une certaine ampleur, on parle d'Application Pédagogique des Technologies de l'Information et de la Communication (APTIC).

La capsule narrée (ou présentation vocalisée) permet d'intégrer des images, du son et de la vidéo et ainsi d'héberger la plupart de notre contenu. Elle contient des enregistrements sonores, qui nécessitent une préparation précise du texte vocalisé et un contrôle de la voix. Elle nécessite l'aide de professionnels du numérique pour la réalisation du montage et du graphisme. (114)

La vidéo permet de rendre la formation visuelle et attractive pour l'étudiant. Elle exige un investissement important du concepteur avec la préparation du scénario, là encore l'aide de professionnels pour le tournage et le montage, ainsi que le contrôle du débit et de la clarté de la voix des orateurs.

Des animations graphiques peuvent être intégrées afin d'expliquer ces procédés.

Le contenu sonore, comme les extraits de podcast ou la lecture par les concepteurs des propositions de corrections des cas cliniques permet également de dynamiser l'apprentissage. Pour toutes les lectures de contenus produites, nous avons tenté d'adopter un ton narratif au plus proche de la réalité.

Ainsi, l'utilisation de nombreux types de supports pédagogiques rend attractif le contenu du cours et mobilise l'attention des apprenants. Une mémorisation visuelle, auditive ou littéraire est adaptée au plus grand nombre d'entre eux.

Des ressources diverses

Dans une formation en présentiel comme en distanciel, proposer des ressources de diverses natures sur un concept théorique donné permet une transmission de savoirs toujours plus efficace. Nous avons ainsi documenté tous les modules du SPOC d'un contenu riche en ressources complémentaires à la fois bibliographiques, pédagogiques et de coordonnées professionnelles qui nous ont semblé pertinentes pour la population cible.

Une interface simple et une trame graphique travaillée

Une autre composante essentielle à la réussite d'une formation en distanciel est le maintien de la motivation de l'apprenant tout au long du travail. (75) Pour cela, différents leviers sont proposés dans la littérature comme la qualité de l'interface de e-learning, la simplicité du visuel, son ergonomie et son design ou encore l'exposé de consignes claires en début d'activité pédagogique, ainsi que des objectifs pour chaque module (75,77,91,93,95,96,110,115) .

La charte graphique du SPOC a été choisie d'un commun accord avec l'ensemble des concepteurs. Le SPIN a répondu à nos attentes de simplicité et de modernité.

Un parcours fluide et flexible

L'apprenant peut choisir de réaliser les modules dans l'ordre qu'il le souhaite en dehors du premier module puisqu'il introduit le sujet traité. Le e-learning permet ainsi une organisation fluide qui s'adapte au rythme de l'apprenant et à ses disponibilités, ce qui le rend plus acteur de sa formation. Le temps imparti pour suivre chaque module et ses sous-parties est affiché pour aider l'apprenant à planifier son activité dans le SPOC.

De plus, nous avons souhaité l'accès complet à toutes les ressources du SPOC dès le début, ce qui élargit les possibilités de gestion autonome pour l'apprenant.

Par ailleurs, du fait de l'absence de relation directe avec l'enseignant, l'étudiant va régulièrement se demander à quoi sert telle ou telle activité et chercher du sens au travail fourni. C'est pourquoi les objectifs ont été explicités clairement au début de chaque module du SPOC et de chaque fiche support de cours afin de guider l'étudiant dans son parcours. (77,91,116,117)

Des activités pédagogiques constructives et authentiques

Comme présenté dans la méthodologie, nous avons élaboré des activités pédagogiques sous forme de quiz et d'exercices « zones cliquables ».

Le quiz est une activité pédagogique qui stimule l'apprenant de façon active puisqu'à chaque question, il doit réfléchir et passer en revue ce qu'il sait sur le sujet. L'intérêt est de valoriser une notion par une bonne ou mauvaise réponse puis de délivrer le feedback. Grâce à ces tests, quiz ou QCM (ou Questions à Choix Multiples), l'apprenant peut juger son niveau de connaissance de manière fiable.

Le fait de devoir « se tester » stimule l'envie d'apprendre et apporte une dimension plus ludique au contenu. (118)

Créer un climat de confiance entre le concepteur et l'apprenant malgré l'absence de communication directe est un enjeu important. Cela permet par exemple de dédramatiser l'erreur dont peut avoir peur l'apprenant. Nous avons ainsi accompagné chaque activité où l'étudiant est questionné d'une rétroaction qui fournit une explication à la correction proposée. Ceci constitue une clé d'apprentissage efficace. (106) De plus, la certification n'est pas conditionnée par les bonnes ou mauvaises réponses, mais seulement par l'achèvement de l'ensemble des activités du SPOC.

Enfin, la proposition d'activités pédagogiques semi-authentiques comme les cas cliniques, donne du sens à la formation et implique davantage encore les participants. (119)

4.2.5. L'apprentissage par les pairs

Un des atouts de cet enseignement à distance réside dans la réalisation d'un apprentissage par les pairs. Les bénéfices en sont nombreux et bien décrits dans la littérature. (120,121)

Cette posture favorise une meilleure collaboration apprenant-enseignant (106) ainsi que l'esprit d'entraide et de collaboration et le sentiment de responsabilité personnelle. L'étudiant qui suit le cours comprendrait alors mieux l'explication donnée par un autre étudiant que celle donnée par un enseignant expert du domaine, parce qu'il va utiliser les mêmes mots et part d'un niveau de compréhension similaire.

L'apprentissage par les pairs renforce le sentiment d'appartenance à une communauté et dans la maîtrise des acquisitions nouvelles. (122)

Pour les enseignants, l'apprentissage par les pairs est également bénéfique et peut les amener à questionner leurs méthodes d'enseignement, les réviser et à les améliorer.

4.2.6. La validation du contenu

Par les références bibliographiques

Le contenu de la formation a été élaboré avec des recherches bibliographiques rigoureuses, regroupant des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, des rapports de consensus, des documents d'instances administratives, politiques et judiciaires. Cette bibliographie est référencée dans chaque fiche synthèse des modules.

Par les experts

La pertinence et la validation scientifique de notre propos ont été permises grâce à la relecture de l'ensemble du contenu par un panel d'experts, médecins référents départementaux, pédiatres, médecins légistes, psychiatres et médecins généralistes enseignants. Pour certains d'entre eux, l'activité clinique traite quotidiennement de la protection de l'enfance. Pour favoriser ces échanges, nous avons correspondu régulièrement par e-mails et échangés lors de rencontres sur leurs lieux de travail respectifs.

L'avis des experts nous a permis également d'affiner certains choix thématiques en priorisant des notions et en nuancant les contenus prévus initialement. Leur expertise a été indispensable pour légitimer la diffusion de nos contenus et en consolider la pertinence.

4.2.7. Le soutien de l'Université de Nantes

La production et la mise en ligne de ce SPOC ont été possibles grâce au soutien pédagogique, matériel et technique de l'université de Nantes.

Celui-ci inclut :

- Le DMG de Nantes pour la création, la supervision et la promotion du SPOC ;
- Le projet HybridUNe pour l'attribution d'un budget ;
- Le Service de production et d'innovation numérique pour l'aide matérielle et humaine indispensable, et avec qui nous avons travaillé sur toutes les étapes de production, de transposition pédagogique et de mise en ligne ;
- Le plateforme Extradoc de l'université qui permet l'hébergement du SPOC ;
- La pérennisation du SPOC dans le temps sous la responsabilité du DMG.

Le soutien universitaire pour la production numérique des formations en ligne nous paraît donc nécessaire à la construction d'un projet pédagogique de ce type. Nous avons bénéficié du soutien du DMG pour accéder à ces subventions.

4.2.8. L'avantage du travail en équipe

Ce travail de thèse a été réalisé en binôme dans son entièreté, ce qui nous a permis de croiser les regards sur l'ensemble du contenu, renforçant, nous l'espérons, l'intelligibilité, la compréhension et la pertinence du contenu. Nous avons réparti la charge de travail équitablement, chacune ayant ses sensibilités et ses préférences dans les différentes étapes du projet. Nous avons pu échanger aussi sur la forme des présentations et activités bénéficiant d'un regard critique constructif. Par ailleurs, au vu de l'étendue du travail global et de sa durée, le soutien motivationnel de l'une pour l'autre a été indispensable.

Enfin, le travail en équipe avec les deux enseignants du DMG qui codirigent le projet et l'équipe du SPIN a été pour nous d'une très grande richesse. Un des enseignants de notre équipe ayant déjà conçu un SPOC sur un autre sujet, a pu nous apporter son expérience, de la conception à la production.

4.3. Limites du SPOC Enfance et violences

4.3.1. Le choix du contenu

Notre contenu n'est pas exhaustif et différentes notions inhérentes aux violences infantiles n'ont pas été abordées. Nos choix éditoriaux ont été difficiles à faire. Néanmoins, nous espérons avoir réalisé un contenu riche et complet qui reste synthétique, pour plus de pertinence. Il se veut adapté à notre public cible d'étudiants en médecine générale.

Ces choix ont été réalisés dans un but pédagogique afin de favoriser la concentration des étudiants sur des notions clés.

4.3.2. Le choix du format d'enseignement hybride

De nombreux freins à l'enseignement en distanciel existent ; nous proposons l'exposé des principaux, ceux concernant plus particulièrement ce SPOC. (82,106,110,123) L'existence de ces freins pourra faire l'objet de l'évaluation à l'issue de la première mise en ligne.

Tout d'abord, la possibilité de suivre en entier une formation en distanciel reposant sur l'implication et la motivation de l'apprenant représente une première limite. L'apprenant doit être acteur de son apprentissage et volontaire pour utiliser les contenus numériques et accéder aux contenus proposés tout au long du SPOC, dont les activités doivent, en retour, stimuler sa motivation. (82,106,110,123)

De plus, l'attention de l'apprenant peut être mise en difficulté si la passivité imposée par l'apprentissage en distanciel est trop marquée et qu'il manque d'interaction avec l'enseignant. (124) Ils ne peuvent pas, par exemple, obtenir de réponses immédiates à leurs questions ; les réponses sont différées et délivrées via le forum ou lors des sessions synchrones. (108)

L'apprentissage peut être entravé par le manque de régularité imposée à l'étudiant, ou de suivi dans la durée. La flexibilité horaire et spatiale inhérente à la formation en ligne peut donc devenir un obstacle et présenter un risque de décrochage. (108) L'isolement des participants à domicile concourt également au risque d'abandon en cours de formation. (77)

De plus, bien que le niveau de connaissances antérieures constitue un paramètre déterminant dans l'efficacité de l'apprentissage, il était impossible à estimer compte tenu du grand nombre d'étudiants appelés à réaliser le SPOC. Cela a naturellement imposé une limite à la prise en compte de ce paramètre pourtant essentiel dans la conception du contenu pédagogique.

Il existe un risque de dysfonctionnement technique de la plateforme et un risque que les conditions de réalisation de la formation ne soient pas satisfaisantes (connexion internet de mauvaise qualité, bruit sur le lieu de travail, horaires tardifs, après une journée de travail...). La fatigue visuelle provoquée par les écrans est un autre élément rapporté dans certaines études. (117,125,126)

En outre, chaque type de média choisi a ses limites. Pour notre travail, malgré une navigation fluide dans la formation (grâce au sommaire par exemple), les contenus vidéos et sonores ne sont pas fractionnables pour l'étudiant et exigent sa disponibilité lorsque le chapitre est lancé.

Le contenu de la formation est parfois transmis de manière descendante, dans un modèle se rapprochant du paradigme d'enseignement. C'est par les activités pédagogiques que nous avons cherché à rester proches du paradigme d'apprentissage. (114,127)

Enfin, comme nous l'avons vu en introduction, l'activité forum, même si elle permet plus d'interactivité, peut être un échec si les étudiants ne s'impliquent pas et si l'enseignant ne joue pas son rôle, n'est pas présent ou, a contrario, est surinvesti. Le forum nécessite une présence durable de l'enseignant qui peut être difficile à maintenir sur la durée et qu'il faut prendre en compte dans la planification de l'enseignement. (108)

Les exigences relatives à l'animation et la modération d'une forum sont listées dans le guide de l'université Laval : « assurer une présence continue sur le forum de discussion ; intervenir lorsque les échanges sont inappropriés ; répondre aux questions des étudiants ; susciter la participation, la réflexion et la collaboration ; appuyer les échanges riches, mais décourager ou rediriger les échanges hors sujet ; gérer les sujets, les thématiques des discussions ». (108)

Ce sera lors de la première année d'implémentation que cette activité sera assurée et que sa pérennité sera estimée par le DMG.

4.3.3. Difficultés rencontrées lors de la phase de conception

La conception d'un SPOC se heurte à différentes difficultés, que nous n'avions pas toutes anticipées initialement.

Tout d'abord, la contrainte de temps a constitué une limite. L'ensemble du projet, de sa réflexion à sa mise en ligne, aura duré environ plus de deux ans. Nous recommandons donc de prendre en compte cette temporalité pour entreprendre la construction d'un cours sous ce type de format.

Le positionnement en tant qu'étudiantes initialement non-expertes dans la production du contenu théorique a été pour nous parfois difficile à appréhender. Au fil du temps, de la recherche documentaire et des temps de formation, l'amélioration de nos connaissances et de nos compétences nous a permis de prendre confiance dans cette nouvelle posture « enseignante ».

Enfin, le sujet étant d'actualité, de nombreuses ressources ont vu le jour au cours du processus de conception. Or, le format choisi ne permet pas une mise à jour immédiate et facile des données bibliographiques.

4.3.4. **Limites au e-learning pour l'amélioration des connaissances**

La plupart des études comparant l'évolution des acquisitions sur une thématique donnée après réalisation d'une formation en distancielle versus l'absence d'intervention montrent des effets positifs importants sur les apprentissages. Néanmoins, d'autres études comparant une formation distancielle à un cours magistral en présentiel ne retrouvent pas de supériorité concernant l'amélioration de connaissances entre ces deux modes d'apprentissages. (128-130)

Nous pensons que d'autres études sont nécessaires pour mieux connaître l'impact du e-learning et du blended learning sur les apprentissages en médecine, et son positionnement en termes d'amélioration des connaissances et des compétences des apprenants, par rapport à une formation présentielle.

4.4. **Comparaison aux autres travaux**

À notre connaissance, il n'existe pas d'enseignement hybride de ce type proposé par un DMG à ses étudiants de médecine générale. Ceci rend notre travail original et nous conforte dans sa pertinence.

Nous avons cependant répertorié deux MOOC traitant de l'enfance en danger, ouverts à une population cible plus large que seuls les médecins. Il s'agit des formations suivantes :

- La « Formation au système de protection de l'enfance français », d'une durée d'environ dix heures, réalisée par le département de la Gironde en 2019 et actualisée régulièrement. Elle s'adresse aux professionnels de l'enfance mais est aussi accessible au grand public. Cette formation est un MOOC donc elle est exclusivement en ligne, et comporte un forum. Elle est complémentaire à notre SPOC car elle balaye plus largement le champ de la protection de l'enfance, mais elle semble moins précise sur le rôle du médecin généraliste et les spécificités sémiologiques du sujet. (131)
- La formation « Agir contre les maltraitances vis-à-vis des enfants », publiée sur la plateforme PNS-MOOC en 2016, est réalisée par une équipe de médecins de différentes spécialités. Leur objectif est de diffuser ce contenu sensibilisant aux violences faites aux enfants au plus grand nombre de professionnels possible ainsi qu'aux anciennes victimes, aux parents et aux enseignants, afin d'optimiser la prévention. Le temps de réalisation de ce MOOC est estimé à une dizaine d'heures. Le cours dispose de capsules narrées enrichies de quiz et de ressources complémentaires. Toutefois, l'interactivité et les stratégies pédagogiques sont moins développées dans ce MOOC que dans le SPOC que nous proposons. (132)

Concernant les formations en e-learning élaborées par des étudiants en cours de validation d'un DES d'une autre spécialité, il existe peu de travaux publiés à ce jour. Le service de dermatologie du CHU d'Aix-Marseille et l'université locale et ont porté un projet de création d'enseignements de ce type au travers de plusieurs projets de thèses pour l'obtention du DES de dermatologie. (133–137) La méthodologie pédagogique choisie pour ces e-learning est le modèle ADDIE. (92)

Ces formations prennent la forme de diaporamas associant un texte de contenu à de nombreuses photographies mais ils ne sont pas vocalisés. Il n'y a donc pas d'interactivité ni d'environnement graphique dédié. Elles s'achèvent par une évaluation sous forme de cas cliniques et de QCM. Un forum a également été mis en place. Cette élaboration de formation a nécessité l'aide d'une ingénieure pédagogique pour apprendre à utiliser la plateforme choisie (Moodle), comme dans notre projet.

Les résultats de l'enquête de satisfaction des étudiants sont similaires entre les différentes formations. Elles ont été appréciées par les étudiants, notamment grâce à l'accessibilité, l'autonomie et la clarté d'accès à l'information.

Les principaux freins retrouvés étaient le manque de temps et d'accompagnement, ainsi que le sentiment de solitude évoqué par les apprenants, ce qui est concordant avec la littérature. (82,106,110,123)

Les étudiants relèvent des pistes d'amélioration comme une évolution vers un dispositif hybride, et l'intégration de vidéos, ce qui est le cas dans notre travail.

4.5. Perspectives

4.5.1. Évolution du SPOC, partie distancielle

Au terme de la première année d'utilisation, une deuxième édition du SPOC sera réalisable après certaines modifications des activités et un enrichissement des contenus.

Nous suggérons plusieurs pistes :

- l'intégration de la facilitation graphique, pour son apport pédagogique innovant ;
- la transposition de la partie traitant de l'exposition des enfants aux violences conjugales ;
- le développement de la partie concernant les violences éducatives ordinaires.

Le développement de formations à destination des professionnels de l'enfance devrait améliorer le repérage et le signalement des violences faites aux enfants. De plus, les médecins généralistes occupent une place de choix dans la promotion de l'éducation bienveillante, il est donc essentiel de renforcer leurs connaissances sur les VEO et sur la guidance parentale.

Par ailleurs, il pourra être envisagé l'élargissement des modalités de parcours du SPOC par l'apprenant, selon ses priorités et besoins théoriques et pratiques. Par exemple, nous pourrions ajouter à cette version globale, un parcours plus court, centré sur des notions clés et un parcours a contrario plus approfondis. Il pourra ainsi chercher l'information qui l'intéresse le plus simplement possible.

4.5.2. Évolution du SPOC, partie présentielle

Faire évoluer l'hybridation

Les perspectives d'évolution de l'hybridation du SPOC nous paraissent nombreuses et dépendront des moyens humains, techniques et financiers qui seront alloués au projet.

Parmi ces perspectives, nous pouvons citer :

- l'évolution du forum, avec l'ajout d'une possibilité d'interaction supplémentaire synchrone par visioconférence, pendant la durée d'ouverture impartie
- la pérennisation annuelle d'une séance en présentiel avec des experts pour répondre aux questionnements des futurs praticiens, en intégrant des outils d'interactivité numérique ;
- la création d'une activité de théâtre-forum ou de consultations simulées afin de favoriser une mise en pratique concrète. Ces activités améliorent le transfert des connaissances et leur mobilisation.

L'hybridation pourrait aussi prendre la forme de la comodalité qui améliore la flexibilité des présentations. Les cours comodaux (ou HyFlex en anglais) se caractérisent par un triple choix laissé à l'apprenant : il a la possibilité de suivre le cours en présentiel, ou à distance synchrone ou à distance asynchrone. (138) En pratique, l'enseignant enregistre son cours avec les étudiants présents dans la salle (présentiel).

Ce cours est retransmis en direct pour les étudiants en classe virtuelle (distanciel synchrone), puis stocké sur une plateforme pédagogique pour que l'étudiant puisse le visionner à distance en différé (distanciel asynchrone).

La liberté de choix qu'offre ce type de cours, centré sur l'étudiant et ses acquisitions, est cependant plus contraignante à concevoir et réaliser pour les enseignants. (87,138)

Elargir la population cible

Par ailleurs, une ouverture des accès au SPOC « Enfance et violences » à une population cible plus large est envisageable dans le futur.

Plusieurs modalités sont possibles :

- l'ouverture aux étudiants de DES de médecine générale des autres universités françaises par la diffusion du contenu aux DMG locaux ;
- l'ouverture aux médecins en exercice, qui souhaitent être mieux formés ; (4,71–73,99)
 - *à l'échelle locale* : proposer l'accès au SPOC aux Maîtres de Stage Universitaires du secteur.
A long terme, ce format pourrait permettre d'ouvrir la formation à tout médecin généraliste du secteur. Le e-learning est en effet une méthode de DPC validée par l'HAS ;
 - *à l'échelle nationale* : transformer le SPOC en MOOC via l'hébergement sur une plateforme nationale et ouvrir ainsi le contenu à des internautes d'horizons professionnels et géographiques variés.

4.5.3. L'évaluation du SPOC

Comme évoqué en introduction, ce type d'enseignement combine les objectifs pédagogiques des deux paradigmes, d'apprentissage et d'enseignement. Nous avons choisi des évaluations formatives des capacités de l'apprenant. A l'avenir, il pourrait exister aussi une évaluation certificative et sanctionnante de l'apprenant, basée sur une épreuve à l'issue du SPOC.

Conformément au procédé de création d'une formation en ligne que nous avons suivi, à savoir les critères de l'Université canadienne Laval, une phase d'évaluation de l'enseignement est ainsi prévue et en cours d'élaboration. Elle portera sur l'évaluation des connaissances des étudiants et sur leur sentiment d'auto-efficacité pour faire face aux maltraitances faites aux enfants, mais aussi sur l'usage de l'outil numérique du SPOC.

Par ailleurs, dans le cadre du dispositif HybridUNe, une évaluation sera réalisée par un membre de l'équipe du SPIN, chargée d'études et d'évaluation de l'Observatoire de la réussite universitaire, afin de rechercher l'intérêt pédagogique de ce SPOC pour les apprenants. Il s'agira d'un questionnaire court qui sera fusionné avec celui établi par l'évaluateur du SPOC. Un questionnaire de satisfaction de l'accompagnement par l'Université sera aussi adressé à l'équipe de conception du projet.

4.6. Un territoire à la pointe des expérimentations dans le parcours de santé de l'enfant victime de violences

En partant du postulat que les mineurs exposés à des violences ont des besoins spécifiques qu'il faut veiller à prendre en charge de façon efficiente, l'amélioration de leur parcours de soins est nécessaire et possible, grâce à l'implication des médecins généralistes installés sur le territoire.

Dans ce cadre, deux expérimentations en lien avec la santé des enfants victimes de violences ont été entreprises à l'échelle locale, en réponse à cet objectif de parcours de soins coordonné, systématisé, harmonieux et visent l'amélioration de la prise en charge de la santé physique et psychique de ces enfants :

- L'expérimentation PÉGASE, portée par le CHU d'Angers et qui s'appuie sur une quinzaine de pouponnières volontaires, basées aux quatre coins du territoire. Il s'agit d'un programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé, appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance) (140)
- Le dispositif Santé protégée, déployé par la CRIP 44 et l'UAPED du CHU de Nantes. Il s'agit d'une expérimentation qui vise à accompagner les enfants et les adolescents (entre 0 et 18 ans, puis par la suite, volonté d'accompagnement jusqu'à 21 ans) suivis en protection de l'enfance (par une mesure administrative ou judiciaire, à domicile ou confiés) en leur assurant une éducation à la santé à long terme. (141)

D'un point de vue global, le décloisonnement entre les institutions et les acteurs constitue un moyen efficace pour renforcer la cohésion dans le parcours de soins des victimes. A l'image de la dynamique territoriale, les structures référentes pluri-institutionnelles comme l'UAPED du CHU de Nantes, l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité (UMPSP) du CHU d'Angers ou encore la Cellule d'accueil spécialisé de l'enfance en danger (CASED) du CHU de Rennes doivent être multipliées à l'échelle nationale.

5. CONCLUSION

La mission du médecin généraliste n'est pas de diagnostiquer toujours avec certitude les situations de maltraitance, mais de savoir les repérer, à travers un faisceau d'arguments. Il peut alors activer le réseau pluridisciplinaire de la protection de l'enfance qui existe autour de lui, lorsqu'il le juge nécessaire. Ce travail de thèse vise à élaborer une formation pour améliorer le sentiment d'efficacité personnelle des futurs médecins généralistes pour un dépistage plus systématique et actif lors des consultations, une meilleure orientation et un suivi médical plus exhaustif des enfants victimes de violences.

Les situations cliniques sont complexes et font appel à une forte implication émotionnelle de la part des soignants. Pourtant, le dépistage des violences et des psychotraumatismes, l'orientation vers des professionnels spécialisés et la réalisation de soins précoces améliorent l'évolution clinique. Ils permettent à la victime de retrouver sa liberté et de s'épanouir dans des relations sécurisantes. Ce processus est favorisé par un entourage socio-familial et une relation médecin-patient de qualité.

La création de cet enseignement hybride répond à des objectifs pédagogiques modernes et pérennes. Les outils numériques font, depuis quelques années, partie intégrante du paysage pédagogique à disposition des étudiants et de tout professionnel en exercice. Ils offrent la possibilité de réduire certains freins à l'apprentissage, comme les difficultés d'accessibilité ou la mobilisation de ressources humaines pour assurer l'enseignement.

La méthodologie que nous avons choisie pour sa construction, basée sur les critères de l'Université Laval, répond à ces objectifs didactiques en proposant un parcours d'apprentissage flexible et dynamique. Les formats des supports audiovisuels variés répondent aux enjeux attentionnels et motivationnels des formations en ligne.

La proposition d'hybridation avec l'association des modalités synchrones et asynchrones est une force supplémentaire, permettant à l'étudiant de s'impliquer davantage dans ses apprentissages tout en lui offrant un espace de dialogue avec des experts. Elle répond aux nouveaux enjeux pédagogiques et numériques en cours de déploiement dans l'enseignement supérieur.

Notre propos est loin d'être exhaustif mais constitue, nous l'espérons, les premières bases nécessaires à l'appréhension de cette thématique dans l'exercice professionnel du médecin généraliste. Les pistes évoquées tout au long des modules ainsi que l'ensemble des annexes et des ressources mises à disposition des étudiants leur permettront, s'ils le souhaitent, d'approfondir ces acquis. Les perspectives d'évolution concernent le développement de contenus complémentaires ainsi que l'élargissement de la population cible. Le développement de la partie synchrone de l'hybridation devrait également, nous semble-t-il, chercher à renforcer l'acquisition des compétences en particulier au travers d'activités de simulations cliniques ou de théâtre-forum.

Cet enseignement hybride « Enfance et violences » tente ainsi de satisfaire les besoins de formation des futurs médecins généralistes sur un sujet primordial de notre activité médicale quotidienne. Promouvoir la bonne santé des enfants et prévenir les violences dont ils peuvent être victimes sont des enjeux qui nous tiennent à cœur et qui nous ont motivés pour réaliser ce projet.

Le développement de la recherche sur cette problématique nous paraît aussi essentiel, tout comme la formation des futurs médecins généralistes. Notre travail est une réponse pour l'adéquation des pratiques professionnelles actuelles avec les objectifs fixés par la loi du 14 mars 2016, qui stipule que « la protection de l'enfance vise à garantir les 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 ».

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet* [Internet]. janv 2009 [cité 25 août 2022];373(9657):68-81. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608617067>
2. Observatoire Départemental de Loire Atlantique. La protection de l'enfance en 2020. 2021. (Regard sur Protection de l'enfance). Report No.: #13.
3. Prévost-Vanpouille E. Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2019.
4. Renzi C. Dépistage des maltraitements infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles. Étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme Ardèche [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Claude Bernard; 2017 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_RENZI_Camille.pdf
5. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse Negl* [Internet]. avr 2005 [cité 4 oct 2022];29(4):307-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213405000621>
6. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité [Internet]. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance; 2021 mars [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: https://www.cnape.fr/documents/demarche-nationale-de-consensus-pour-un-vocabulaire-partage-de-la-maltraitance-des-personnes-en-situation-de-vulnerabilite_-dossier-dappui-et-annexes_-mars-2021/
7. OMS. Maltraitance des enfants [Internet]. 2022 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
8. Code civil - Article 375 [Internet]. Code civil. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207495/
9. Enfance et partage. Agir contre la maltraitance, guide juridique à usage des professionnels [Internet]. 2014 [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014_guide_juridique_agir_contre_la_maltraitance_leger_1_.pdf
10. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007-293 mars 5, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/>
11. Organisation mondiale de la santé. Maltraitance des enfants [Internet]. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
12. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et, la lutte contre la traite des êtres humains, (MIPROF). Livret d'accompagnement du court métrage de formation « Tom et Léna ». L'impact des violences au sein du couple sur les enfants. 2020.
13. MIPROF. Violences faites aux femmes : violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019 [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances; 2020 nov [cité 15 oct 2021] p. 34. (La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes). Report No.: 16. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/Lettre%20n%2016%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202019.pdf>
14. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Périnatalité [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022

[cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>

15. Martin-Blachais MP. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017 févr [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_du_rapport_besoins_fondamentaux_de_l_enfant.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000a6885e5e4a14f8f02a8eed293deca1e8ce4c29ef80b8b044593e48ca5f2cf17f0850facf1d143000a3a1743f91272d60bfe19f27903c0195e3e8b820050a89554eeeb96daceb12171b460b2c60878677afcb28f375a35c4a
16. Sémioscope. La pyramide de Maslow [Internet]. 2005 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8
17. Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger. Nos publications | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.oned.gouv.fr/publications?field_categorie_publication_tid=195
18. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
19. ODAS | Définition de l'enfant en danger [Internet]. 2015 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>
20. Salmona M. Stop aux violences familiales, conjugales et sexuelles: Infographies du manifeste Stop aux violences faites aux enfants: Campagne STOP AU DENI 2017 [Internet]. Stop aux violences. 2017 [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <http://stopauxviolences.blogspot.com/2017/02/infographies-du-manifeste-stop-aux.html>
21. ONPE. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance#Sources>
22. Toubon J, Avenard G. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. In: Jeunes enfants en situation de handicap [Internet]. ERES; 2017 [cité 30 août 2022]. p. 81. Disponible sur: <http://www.cairn.info/jeunes-enfants-en-situation-de-handicap--9782749256184-page-81.htm>
23. Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Eglise. Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Église catholique en France (1950-2020). [Internet]. INSERM. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.; 2021 oct [cité 10 avr 2022] p. 454. Disponible sur: <https://www.ciase.fr/medias/Ciase-Rapport-5-octobre-2021-Annexe-AN27-Rapport-Inserm-EHESS.pdf>
24. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuzy M, Charruault A, et al. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Institut National d'Etudes Démographiques; 2017 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
25. Association mémoire traumatique et victimologie. Rapport d'enquête. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. [Internet]. 2015 mars [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/memoire-traumatique-victimologie_impact_violences_sexuelles.pdf
26. Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger, Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger. Bilan relatif à l'activité du 119 - période de confinement [Internet]. 2020 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur:

https://www.lemediasocial.fr/hulkStatic/EL/ELI/2020/05/f892eb2fe-953e-42e3-bfa7-cae306aa83b5/sharp_/ANX/Etudeconfinement11920mai2020.pdf

27. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation 2020 sur la prévention de la violence à l'encontre des enfants dans le monde : résumé d'orientation [Internet]. Genève; 2020 [cité 4 sept 2022]. 11 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332449>
28. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* [Internet]. 1 mars 2016 [cité 20 sept 2022];137(3):e20154079. Disponible sur: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/137/3/e20154079/81439/Global-Prevalence-of-Past-year-Violence-Against>
29. Sethi D, World Health Organization, éditeurs. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013. 115 p.
30. Tanti A. Nouvelles anomalies cérébrales associées à la maltraitance infantile [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/nouvelles-anomalies-cerebrales-associees-a-la-maltraitance-infantile/44516/>
31. Rey-Salmon C. Urgences médico-judiciaires. *La Revue du Praticien*. 18 juin 2012;62(6):795.
32. Société Française de Pédiatrie Médico-légale. Préconisations médicales pour un repérage des situations de violences pour les enfants et les adolescents en sortie de confinement. 2020.
33. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, Fiche Mémo [Internet]. 2014 [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
34. Adamsbaum C, Rey-Salmon C. Maltraitance chez l'enfant. Cachan: Lavoisier; 2013. 250 p. (Médecine Sciences).
35. Organisation mondiale de la santé. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2019 [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
36. Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. [Internet]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*; 2019 p. (26-27):520-5. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html
37. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann* [Internet]. 2005;35(5):390-8. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/264230700_Complex_Trauma_in_Children_and_Adol escents
38. Dubois VH, Tordjman S, Delcey G, Vabres N, Dayan J, Balençon M. Psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent : définitions, aspects cliniques et principes de soins. *Perfect En Pédiatrie* [Internet]. juin 2019 [cité 25 août 2022];2(2):152-62. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2588932X19300713>
39. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med* [Internet]. mai 1998 [cité 26 août 2022];14(4):245-58. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379798000178>
40. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2006;256(3):174-86.
41. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, et al. MRI

and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. mai 2003;160(5):924-32.

42. HAS. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. synthèse de recommandations de bonnes pratiques. [Internet]. 2011 [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_fiche_de_synthese.pdf
43. Mémoire traumatique et victimologie, IPSOS. Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes [Internet]. 2019 sept [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2019-Ipsos2/20191007-Rapport-Ipsos-Enquete-violences-sex-de-l-enfance.pdf>
44. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1991;48(3):216-22.
45. Salmona DM. La mémoire traumatique. janv 2020;23.
46. J-L Thomas. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corpor* [Internet]. 2015;3:253-69. Disponible sur: <https://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf>
47. Protection de l'enfance : quand le confinement révèle des pistes d'amélioration. Synthèse de l'enquête de l'ODAS. Observatoire National de l'Action Sociale; 2020 déc.
48. Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger. Étude statistique de l'activité du 119 [Internet]. 2020 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_statistique2020-snated.pdf
49. Loiseau M, Cottenet J, Bechraoui-Quantin S, Gilard-Pioc S, Mikaeloff Y, Jollant F, et al. Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period. *Child Abuse Negl*. déc 2021;122:105299.
50. Vandentorren S, Khirredine I, Estevez M, De Stefano C, Rezzoug D, Oppenchaim N, et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la COVID-19 en France. 20 mai 2021;(8):16.
51. Morneau Shepell. Indice de santé mentale (Canada): Pleins feux sur l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale. 2020.
52. BOUGHRIET N. Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine. L'accès du médecin à la connaissance juridique. [Internet] [Thèse de Doctorat]. Université Lille 2 – Droit et Santé; 2013 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/EDSJPG/2013/2013LIL2__Boughriet_Nora.pdf
53. Code de la santé publique - Article R4127-43 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912906/
54. Code pénal - Article 223-6 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588/
55. Code pénal - Article 226-14 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/
56. Article L226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796908/

57. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-1 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027572899/
58. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016-297 mars 14, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>
59. LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000043668561/>
60. Groupement d'Interêt Public Enfance en Danger. Données chiffrées du 119 en 2021 [Internet]. Allo 119, Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/activites>
61. Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2019 [cité 15 sept 2022]. Report No.: 25. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/25-17_0.pdf
62. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? Pédagogie Médicale [Internet]. août 2003 [cité 30 août 2022];4(3):163-75. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2003006>
63. Collège National des Généralistes Enseignants. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
64. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
65. Collège National des Pédiatres Universitaires. Maltraitance. [Internet]. 2014 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/maltraitance/site/html/1.html>
66. F. Boutet-Waïss, R. Gicquel, M. Khennouf, F. Fellingier. L'organisation des stages des étudiants de deuxième cycle de médecine dans les établissements de santé. [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche; 2016 [cité 20 mars 2021] p. 65. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-140R1.pdf>
67. B. Porte Cazeaux. Evaluation des acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie - gynécologie en milieu libéral : cas de la pédiatrie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2014. Disponible sur: <https://docplayer.fr/14546370-Universite-toulouse-iii-paul-sabatier-faculte-de-medecine-these-presentee-et-soutenue-publiquement-le-04-juin-2014-par-benjamin-porte-cazeaux.html>
68. de Oliviera M. La formation des internes de médecine générale en pédiatrie aux Antilles-Guyane [Thèse d'exercice]. Université des Antilles et de la Guyane; 2018.
69. Département de Loire Atlantique. Regard sur Protection de l'enfance. Regard Sur [Internet]. sept 2020 [cité 20 déc 2021];(#10). Disponible sur: https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/regard_sur_10_protection_enfance_sept2020.pdf
70. Observatoire National des Enfants en Danger. Enquête nationale informations préoccupantes [Internet]. 2011 oct. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf
71. 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]. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2016.

72. Jacquemart J, Mersch PA. La vision du système information préoccupante/signalement par les médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges : étude qualitative visant à rechercher des pistes pour faciliter la démarche des médecins généralistes face aux situations d'enfance en danger [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2019 [cité 31 oct 2022]. p. NNT : 2019LORR1235. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297867>
73. Herrmann-Maillet A. Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français. 6 oct 2021 [cité 31 oct 2022];87. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03377909>
74. Michaud E, Fleury J, Launay E, Pendezec G, Gras-Le-Guen C, Vabres N. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Arch Pédiatrie [Internet]. nov 2017 [cité 26 août 2022];24(11):1103-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X17303445>
75. Vorobei M. Un guide fondé sur les neurosciences éducatives pour la conception de modules e-learning. :77.
76. Université Laval, Bureau de soutien à l'enseignement. Politique de la formation à distance. 2016.
77. HAS. E-learning, Guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD) dans le monde de la santé [Internet]. 2015 [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://www.esante-centre.fr/portail/gallery_files/site/322/1071/2841.pdf
78. Docq F, Lebrun M, Smidts D. Analyse des effets de l'enseignement hybride à l'université : détermination de critères et d'indicateurs de valeurs ajoutées. 2010;7(3).
79. Feigerlová E, Hani H, Lopes R, Zuily S, Braun M. COVID-19 : Quelques pistes pour un nouvel environnement d'enseignement et d'apprentissage en contexte de mise à distance des enseignants et des étudiants en médecine. Pédagogie Médicale [Internet]. 2020 [cité 25 août 2022];21(4):187-93. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed/2020048>
80. van Vliet LM, Hillen MA, van der Wall E, Plum N, Bensing JM. How to create and administer scripted video-vignettes in an experimental study on disclosure of a palliative breast cancer diagnosis. Patient Educ Couns [Internet]. avr 2013 [cité 29 août 2022];91(1):56-64. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399112004247>
81. Turk B, Ertl S, Wong G, Wadowski PP, Löffler-Stastka H. Does case-based blended-learning expedite the transfer of declarative knowledge to procedural knowledge in practice? BMC Med Educ [Internet]. déc 2019 [cité 29 août 2022];19(1):447. Disponible sur: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1884-4>
82. Berman AH, Biguet G, Stathakarou N, Westin-Hägglöf B, Jeding K, McGrath C, et al. Virtual Patients in a Behavioral Medicine Massive Open Online Course (MOOC): A Qualitative and Quantitative Analysis of Participants' Perceptions. Acad Psychiatry [Internet]. oct 2017 [cité 29 août 2022];41(5):631-41. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s40596-017-0706-4>
83. Légifrance. LOI n°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants [Internet]. mars 8, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=9N45e7Wo_miQlrNPkl0tnZzKY6oT0Ac8uyatwTORrks=
84. ALBERT C, DELEDALLE A. NeptUNE : le projet de « nouveaux cursus à l'université » [Internet]. Nantes Université. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.univ->

nantes.fr/decouvrir-luniversite/vision-strategie-et-grands-projets/neptune-le-projet-de-nouveaux-cursus-a-luniversite

85. NExT [Internet]. [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://next-isite.fr/>
86. Borruat S., Burton R., Charlier B., Ciussi M., Deschryver N., et al. Dispositifs hybrides, nouvelle perspective pour une pédagogie renouvelée de l'enseignement supérieur. HY-SUP Programme Education et formation tout au long de la vie. [Internet]. 2012 sept [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: https://tecfa.unige.ch/tecfa/research/hysup/rapport_final_hysup_12.pdf
87. Peltier C, Séguin C. Hybridation et dispositifs hybrides de formation dans l'enseignement supérieur: revue de la littérature 2012-2020. Distances Médiations Savoirs Distance Mediat Knowl [Internet]. 11 oct 2021 [cité 28 sept 2022];(35). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/dms/6414>
88. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. CARENN: CARtographie des ENseignements Numériques [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.pedagogsup.fr/carenn/index.php#>
89. Université Laval, Bureau de soutien à l'enseignement. Concevoir et produire un cours à distance : Guide rédigé par l'équipe des conseillers en formation à distance du Bureau de soutien à l'enseignement. 2017.
90. de Jong PGM, Pickering JD, Hendriks RA, Swinnerton BJ, Goshtasbpour F, Reinders MEJ. Twelve tips for integrating massive open online course content into classroom teaching. Med Teach [Internet]. 2 avril 2020 [cité 29 août 2022];42(4):393-7. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2019.1571569>
91. Université Laval, Bureau de soutien à l'enseignement. Guide des bonnes pratiques de l'enseignement en ligne. 2016.
92. Académie de Clermont-Ferrand, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche. Le modèle ADDIE pour la conception d'une ingénierie pédagogique hybride [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://lms.fun-mooc.fr/c4x/ENSCachan/20005/asset/s2_ressourcesutiles_modeleADDIE.pdf
93. Ghirardini B. Méthologies pour le développement de cours e-learning: Un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique. Rome (Italie): Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO); 2011.
94. LaMotte A. Le modèle SAM pour les concepteurs pédagogiques [Internet]. Les essentiels du e-learning. 2022 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://blogs.articulate.com/les-essentiels-du-e-learning/sam-une-approche-de-conception-e-learning-plus-agile-que-le-modele-addie/>
95. AFNOR. Référentiel de bonnes pratiques, Technologies de l'information, Formation ouverte et à distance, Lignes directrices [Internet]. 2004 [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <http://rhguide.jigsy.com/files/documents/Z76001.pdf>
96. Cook DA, Dupras DM. A practical guide to developing effective web-based learning. J Gen Intern Med. juin 2004;19(6):698-707.
97. De Clercq M. Oser la pédagogie active Quatre clefs pour accompagner les étudiant·es dans leur activation pédagogique [Internet]. Presses universitaires de Louvain; [cité 14 oct 2022]. (Les cahiers LLL (Louvain Learning LAB)). Disponible sur: https://oer.uclouvain.be/jspui/bitstream/20.500.12279/791/1/CahierLLL_N13_BDEF.pdf
98. Pacte pour l'enfance, Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 [Internet]. 2019 [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

99. Vandon Y. Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généraliste du Narbonnais [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2021.
100. Tursz DA. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels : Synthèse du rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. 2014 sept p. 9.
101. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *Orientat Sc Prof* [Internet]. 15 sept 2004 [cité 31 oct 2022];(33/3):475-6. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/osp/741>
102. Tursz A, Greco C. La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? *Arch Pédiatrie* [Internet]. 1 juillet 2012 [cité 1 nov 2022];19(7):680-3. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X12001972>
103. Liu Q, Peng W, Zhang F, Hu R, Li Y, Yan W. The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 4 janv 2016;18(1):e2.
104. Munro V, Morello A, Oster C, Redmond C, Vnuk A, Lennon S, et al. E-learning for self-management support: introducing blended learning for graduate students - a cohort study. *BMC Med Educ*. 24 sept 2018;18(1):219.
105. Jowsey T, Foster G, Cooper-loelu P, Jacobs S. Blended learning via distance in pre-registration nursing education: A scoping review. *Nurse Educ Pract*. mars 2020;44:102775.
106. Appui à la pédagogie universitaire et innovante, Avignon Université. Guide APUI de l'enseignement à distance [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: https://apui.univ-avignon.fr/BlogApui/wp-content/uploads/2021/01/Guide_APUI_de_lEnseignement_a_Distance.pdf
107. CTREQ, le centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. CAP sur la réussite [Internet]. Communauté d'apprentissage professionnel. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <http://cap.ctreq.qc.ca/>
108. Université Laval, Bureau de soutien à l'enseignement. Outils technopédagogiques. 2017.
109. HAS. Formation en ligne ou e-learning [Internet]. 2017 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/formation_en_ligne_ou_e-learning.pdf
110. Valois P, Renaud JS, Ouellet C, Blouin P. Concevoir une formation continue en ligne pour les professionnels de la santé [Internet]. Presses de l'Université Laval; 2019 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctv1g2459k>
111. Service Universitaire de Pédagogie - Université Bretagne Sud. Alignement pédagogique – Construire un cours cohérent – Service Universitaire de Pédagogie [Internet]. 2021 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://sup-ubs.fr/documentation/alignement-pedagogique-construire-un-cours-coherent/>
112. Poumay M. Six leviers pour améliorer l'apprentissage des étudiants du supérieur. *Rev Int Pédagogie L'enseignement Supérieur* [Internet]. 7 avr 2014 [cité 31 oct 2022];30(1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/ripes/778>
113. Medjad N, Gil P, Lacroix P. Neurolearning: les neurosciences au service de la formation. Paris: Eyrolles; 2016.
114. Université de Laval, Bureau de soutien à l'enseignement,. Médias et APTIC en pédagogie [Internet]. 2015 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/les_medias_et_apti_-_v15-09-17.pdf

115. Service national du récit de la formation à distance CC BY - NC - SA 3.0 Canada. Concevoir en ligne... Guide de conception d'une FAD [Internet]. 2020 [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: https://recitfad.ca/wp-content/uploads/2020/07/Synth%C3%A8se-Guide-de-conception-FAD_2020-07-06.pdf
116. Appui à la pédagogie universitaire et innovante, Avignon Université. Objectif pédagogique [Internet]. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://apui.univ-avignon.fr/BlogApui/wp-content/uploads/2020/04/fiche-de-la-mission-apui-sur-l-objectif-pedagogique.pdf>
117. Karsenti T. Conditions d'efficacité des formations ouvertes ou à distance (FOAD) en pédagogie universitaire. *Pédagogie Médicale* [Internet]. nov 2003 [cité 11 oct 2022];4(4):223-34. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2003032>
118. Champ R. Pour mieux enseigner, misez sur les tests ! [Internet]. Digiformag. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.digiformag.com/pedagogie/les-tests-comme-outil-dapprentissage/>
119. Molinari G, Poellhuber B, Heutte J, Lavoué E, Widmer DS, Caron PA. L'engagement et la persistance dans les dispositifs de formation en ligne : regards croisés. *Distances Médiations Savoirs Distance Mediat Knowl* [Internet]. 11 févr 2016 [cité 14 oct 2022];(13). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/dms/1332>
120. Bouffard G. L'apprentissage par les pairs, l'apport d'Eric Mazur à la pédagogie. 2014 [cité 1 nov 2022];27(2):29-33. Disponible sur: https://cdc.qc.ca/ped_coll/v27/bouffard-27-2-2014.pdf
121. Lehraus K, Buchs C. Les interactions entre pairs dans des dispositifs structurés selon les principes de l'apprentissage coopératif. In: *Processus interactionnels et situations éducatives* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008 [cité 1 nov 2022]. p. 159-79. (Raisons éducatives). Disponible sur: <https://www.cairn.info/processus-interactionnels-et-situations-educatives--9782804159436-p-159.htm>
122. Bregain G. Notes de lecture : l'accompagnement et le soutien par les pairs, E. Gardien, PUG (2017). *Alter*. mai 2019;13(2):144-7.
123. Dussarps C. L'abandon en formation à distance: Analyse socioaffective et motivationnelle. *Distances Médiations Savoirs* [Internet]. 22 juin 2015 [cité 11 oct 2022];3(10). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/dms/1039>
124. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (2e partie). *Pédagogie Médicale* [Internet]. nov 2001 [cité 11 oct 2022];2(4):235-41. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2001038>
125. Lachenal M. PRECAMED: Élaboration et évaluation d'une formation en ligne. Comparaison de deux méthodes d'enseignement (Présentiel versus E-learning) sur l'amélioration des connaissances des internes de médecine sur la PREcarité en MEDecine générale. *Médecine Interne*. 2019;65.
126. Estriché de Baracé M. Quels sont les freins et les motivations à la participation à une formation e-learning pour les médecins généralistes du Finistère? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés de médecins généralistes ayant participé à une session d'e-learning du CHEM [Thèse d'exercice]. 2015.
127. Montaufier A. Comment et avec quels outils faciliter l'apprentissage en autonomie des étudiants pour suivre un MOOC? Université Grenoble Alpes; 2016.
128. Hadley J, Kulier R, Zamora J, Coppus SFPJ, Weinbrenner S, Meyerrose B, et al. Effectiveness of an e-learning course in evidence-based medicine for foundation (internship) training. *J R Soc Med*. juill 2010;103(7):288-94.
129. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based

- learning in the health professions: a meta-analysis. JAMA. 10 sept 2008;300(10):1181-96.
130. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. Cochrane Database Syst Rev. 21 janv 2018;1:CD011736.
 131. Département de la Gironde. Dix-huitième session MOOC - CDEF Protection de l'enfance [Internet]. Gironde le département. 2022 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://mooc.gironde.fr/?redirect=0>
 132. Ben Kemoun JM, Kahn-Bensaude I, Lopez G, Morville A, Henri-Jean, Picherot G. MOOC Agir contre les maltraitances vis à vis des enfants : l'affaire de tous (2016) [Internet]. Pédagogie Numérique en Santé. [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/5/presentation>
 133. Devey S. Élaboration d'un e-learning sur les manifestations dermatologiques associées à la polyarthrite rhumatoïde et aux spondylarthrites. 30 août 2019 [cité 1 nov 2022];51. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274619>
 134. Brutsaert S. Élaboration d'un e-learning sur la sclérodémie. 2020;193.
 135. Berniolles P. Élaboration d'un e-learning sur les dermatoses granulomateuses. :305.
 136. Brue A. Élaboration d'un E-learning sur les dermatoses bulleuses auto-immunes. 2019;143.
 137. de Daruvar M. Élaboration d'un e-Learning sur les manifestations dermatologiques des pathologies digestives. 2020;164.
 138. Université Laval. Ressources pédagogiques : Enseignement comodal [Internet]. Enseigner à l'Université Laval. 2021 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.enseigner.ulaval.ca/ressources-pedagogiques/enseignement-comodal>
 139. Légifrance. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 51 [Internet]. 2017 [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172
 140. Plateforme web Mediateam-Pegase. Programme PEGASE [Internet]. programmepegase.fr. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.programmepegase.fr/presentation-pegase>
 141. Vabres N, Pendezec G, Fleury J, Lemesle M, Gras Le Guen C. Santé protégée : un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés. Perfect En Pédiatrie [Internet]. mai 2021 [cité 26 août 2022];4(2):47-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2588932X21000589>

7. ANNEXES

Annexe 1 : Guide de bonnes pratiques, Université Laval

Guide des bonnes pratiques de l'enseignement en ligne de l'Université Laval



Ce guide se veut une occasion de partage d'idées, de conseils et de suggestions à l'intention des enseignants développant des cours en ligne et en assumant la fonction d'encadrement. Non prescriptifs, les énoncés doivent être pris comme une source de renseignements et de réflexions dont l'enseignant pourra s'inspirer selon le mode de diffusion adopté.

www.enseigner.ulaval.ca/guide-en-ligne



Énoncé essentiel ★

Cliquez sur la flèche pour des commentaires et exemples



Aperçu du cours et présentation

- | | | | | |
|--------------------------|-----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1.1 | Toutes les rubriques du plan de cours prévues au Règlement des études sont bien remplies. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 1.2 | Le cours et son fonctionnement sont présentés aux étudiants. | | > |



Objectifs généraux et spécifiques

Note : Il faut adapter les énoncés de cette section selon le contexte (p. ex. : approche par compétences).

- | | | | | |
|--------------------------|-----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 2.1 | Les objectifs généraux du cours sont cohérents avec les objectifs et la structure du programme. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 2.2 | Les objectifs spécifiques de chaque module sont cohérents avec les objectifs généraux du cours. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 2.3 | Les objectifs spécifiques de chaque module sont bien définis et mesurables. | ★ | > |



Évaluation des apprentissages

- | | | | | |
|--------------------------|-----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 3.1 | Les évaluations proposées sont cohérentes avec les objectifs spécifiques. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.2 | Les méthodes d'évaluation proposées sont cohérentes avec les méthodes d'enseignement/apprentissage. | | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.3 | Les méthodes d'évaluation sont multiples et sont réparties tout au long de la session. | | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.4 | Les consignes de l'évaluation et les critères de correction sont clairement présentés. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.5 | La gestion des retards lors de la remise des travaux est explicitée. | | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.6 | De façon périodique, l'enseignant propose aux étudiants des activités d'évaluation formative avec rétroaction et commentaires. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.7 | Dans les activités et travaux collaboratifs, les étudiants peuvent s'autoévaluer et évaluer la participation et la contribution de leurs pairs. | | > |
| <input type="checkbox"/> | 3.8 | Les différents formats de fichiers acceptés pour la remise de travaux sont précisés dans les consignes. | | > |



Activités d'enseignement et d'apprentissage

- | | | | | |
|--------------------------|-----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 4.1 | Le choix des activités, des ressources pédagogiques et des technologies est cohérent avec les objectifs généraux et spécifiques. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.2 | Le cours est divisé en modules de façon cohérente, logique et équilibrée. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.3 | Chaque module comporte une présentation, des objectifs spécifiques, des activités d'apprentissage et des ressources pédagogiques. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.4 | Le cours comporte des activités d'apprentissage variées. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.5 | Les activités soutiennent l'apprentissage actif : elles sont motivantes, engageantes et interactives. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.6 | Pour chaque module ou activité, la liste des actions à réaliser par les étudiants est clairement énoncée. | | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.7 | Les activités d'apprentissage sont de complexité croissante en lien avec les objectifs du cours. | | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.8 | La charge de travail hebdomadaire des étudiants correspond au nombre de crédits du cours. | ★ | > |
| <input type="checkbox"/> | 4.9 | L'enseignant invite les étudiants à proposer des améliorations aux activités pédagogiques. | | > |



Annexe 1 : Guide de bonnes pratiques, Université Laval



Interactions entre étudiants

<input type="checkbox"/>	5.1 Des activités favorisant l'interaction entre étudiants sont proposées.		>
<input type="checkbox"/>	5.2 Des forums ou d'autres espaces d'échanges et de discussion sont présents et bien structurés.	★	>
<input type="checkbox"/>	5.3 Des outils de travail collaboratifs sont proposés aux étudiants.		>
<input type="checkbox"/>	5.4 Lors des activités d'échanges et de discussion, la participation attendue des étudiants est clairement énoncée.	★	>
<input type="checkbox"/>	5.5 Les règles de création des équipes sont clairement énoncées.		>
<input type="checkbox"/>	5.6 Il est proposé aux étudiants de se présenter à leurs collègues et de partager leurs attentes à l'égard du cours.		>
<input type="checkbox"/>	5.7 Diverses activités sont proposées aux étudiants pour développer leur sentiment d'appartenance au groupe, au programme et à l'Université.		>



Modalités d'encadrement

<input type="checkbox"/>	6.1 L'enseignant prend contact avec les étudiants dès la première semaine et se présente.	★	>
<input type="checkbox"/>	6.2 Le rôle de l'enseignant et, le cas échéant, des autres intervenants impliqués dans le cours est expliqué aux étudiants.		>
<input type="checkbox"/>	6.3 Les modalités de communication et le délai de réponse aux questions des étudiants sont clairement indiqués dans le plan de cours.		>
<input type="checkbox"/>	6.4 Le délai de correction des évaluations est indiqué.		>
<input type="checkbox"/>	6.5 L'enseignant participe aux discussions et les encadre en s'assurant que les échanges se déroulent dans le respect et conformément à la netiquette.		>
<input type="checkbox"/>	6.6 Les réponses aux questions des étudiants sont précises, constructives et complètes.	★	>
<input type="checkbox"/>	6.7 L'enseignant aide les étudiants à demeurer motivés et engagés.		>
<input type="checkbox"/>	6.8 L'enseignant se préoccupe des étudiants peu actifs ou en difficulté en faisant des interventions pour susciter leur engagement et favoriser leur réussite.	★	>
<input type="checkbox"/>	6.9 Par ses explications et commentaires, l'enseignant aide les étudiants à progresser dans la matière.		>
<input type="checkbox"/>	6.10 À la fin du cours, l'enseignant donne une occasion aux étudiants d'effectuer un bilan réflexif sur leur apprentissage.		>



Utilisation des technologies

<input type="checkbox"/>	7.1 Les outils technologiques institutionnels sont privilégiés.	★	>
<input type="checkbox"/>	7.2 Si des outils externes à l'Université Laval sont requis, on retrouve sur le site de cours la configuration technologique, des liens vers ces outils ainsi que vers des guides d'utilisation.		>
<input type="checkbox"/>	7.3 Le site web de cours ne comporte pas de liens brisés ou périmés.	★	>
<input type="checkbox"/>	7.4 Afin de stimuler l'intérêt des étudiants, des outils variés sont utilisés pour présenter la matière.		>



Ressources pédagogiques

<input type="checkbox"/>	8.1 L'enseignant explique à quoi serviront les ressources pédagogiques proposées et comment les utiliser.		>
<input type="checkbox"/>	8.2 Les ressources pédagogiques sont à jour.	★	>
<input type="checkbox"/>	8.3 Le cours fait appel à une variété de ressources pédagogiques, incluant, le cas échéant, des alternatives et des ressources en libre accès.		>
<input type="checkbox"/>	8.4 Les ressources pédagogiques obligatoires et optionnelles sont clairement distinguées.	★	>
<input type="checkbox"/>	8.5 Le site de cours contient une bibliographie à jour incluant des liens web.	★	>
<input type="checkbox"/>	8.6 Les ressources pédagogiques reposent sur des médias variés (texte, son, image, vidéo, multimédia).		>
<input type="checkbox"/>	8.7 Les textes déposés dans le site du cours sont clairs, bien structurés et rédigés dans une langue de qualité.		>
<input type="checkbox"/>	8.8 La présentation des ressources pédagogiques est soignée et les documents facilement lisibles.		>
<input type="checkbox"/>	8.9 Toutes les œuvres utilisées dans la production du matériel pédagogique, incluant les ressources externes, sont citées et utilisées adéquatement, dans le respect de la Politique et des directives de l'Université Laval relatives à l'utilisation de l'œuvre d'autrui ¹ .	★	>
<input type="checkbox"/>	8.10 L'enseignant invite les étudiants à signaler les problèmes liés aux ressources et à l'accès aux sites web.		>
<input type="checkbox"/>	8.11 Le site du cours fournit des liens vers les services et ressources pouvant aider les étudiants à mieux réussir.	★	>

¹ voir www.bda.ulaval.ca



DEVENIR PROFESSIONNELS RÉFÉRENTS DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PROTÉGÉS



Les mineurs en protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Leur santé peut être impactée tout au long de la vie par les négligences, violences, et expériences négatives subies pendant l'enfance. Plusieurs travaux montrent des carences graves dans la prise en compte de leurs besoins en santé. Les situations de handicap sont surreprésentées.

LA MISE EN PLACE D'UN PARCOURS DE SOIN COORDONNÉ

Santé protégée est une expérimentation dans le cadre des dispositions de l'article 51 de la LFSS 2018, pour accompagner les enfants et les adolescents concernés par une mesure de protection de l'enfance, administrative ou judiciaire, à domicile ou confiés (chez un(e) assistant(e) familial(e), en établissement...).



Annexe 2 : Flyer Santé Protégée à destination des médecins



Santé protégée 44 est une structure de coordination portée par le CHU de Nantes en partenariat avec le Conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé : l'objectif est d'améliorer la santé globale de ces enfants et adolescents en facilitant leur accès aux soins, leur suivi et sa coordination, et en permettant leur traçabilité.

Ce parcours de soin s'articule autour du bilan de santé et de prévention obligatoire à l'entrée dans la mesure de protection puis de son actualisation annuelle, pour structurer un suivi médical régulier : prévenir, soigner, s'assurer que les soins et suivis spécialisés préconisés sont effectués, et permettre une prise en charge précoce de toute pathologie ou situation de handicap.

Un forfait de 430 euros par enfant et par an versé par la Sécurité sociale à la structure de coordination, permet de :

- Revaloriser le bilan annuel réalisé par **des médecins généralistes ou pédiatres**, par un complément de rémunération, versé par la structure de coordination.
- Orienter le mineur auprès de **psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes libéraux** en l'absence ou dans l'attente d'une prise en charge dans le droit commun, pour garantir l'accès à une prise en charge précoce, que la structure de coordination rémunérera sur une base forfaitaire.

Afin de constituer un collectif de professionnels référents pour l'accompagnement de ces enfants et adolescents, nous recherchons des professionnels volontaires.

Ces professionnels seront signataires d'un contrat d'engagement avec Santé Protégée 44. Ils bénéficieront d'un complément de rémunération, d'une formation et d'un accompagnement spécifique.

Vous souhaitez participer au dispositif ?

Vous êtes médecin généraliste ou pédiatre, psychologue, psychomotricien ou ergothérapeute et ce projet vous intéresse, vous pouvez contacter : sante-protegee@chu-nantes.fr

ABRÉVIATIONS

ADDIE : Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Projet Personnalisé de l'enfant

APTIC : Application Pédagogique des Technologies de l'Information et de la Communication

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CARENN : CARtographie des Enseignements Numériques

CASED : Cellule d'Accueil Spécialisée Enfant en Danger

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CAVVIM : Centre d'Accueil Vendéen des Victimes Mineures

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ESPT : État de Stress Post Traumatique

FAD : Formation à Distance

FMC : Formation Médicale Continue

FOAD : Formation Ouverte à Distance

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Educatif

INED : Institut National des d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IP : Information Préoccupante

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

JDE : Juge Des Enfants

LMS : Learning Management Systems

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

MOOC : Massive Open Online Course

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ODPE : Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
ORE : Orientation et Réussite des Étudiants
PAM : Pôle Audiovisuel et Multimédia
PMI : Protection Maternelle et Infantile
QCM : Question à Choix Multiples
SAFE : Stage Ambulatoire Femme Enfant
SAM : Successive Approximation Model
SBS : Syndrome du Bébé Secoué
SFPML : Société Française de Pédiatrie Médico-Légale
SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
SPIN : Service de Production et d'Innovation Numérique
SPOC : Small Private Online Course
TICE : Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Education
UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique des Enfants en Danger
UCL : Université Catholique de Louvain
VEO : Violences Éducatives Ordinaires

Vu, le Président du Jury,
Madame le Professeur Elise LAUNAY

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Professeur Nicolas
HOMMEY

Vu, le Directeur de Thèse,
Madame le Docteur Solène GUEDON

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame Le Professeur Pascale
JOLLIET

NOM : LIMARE
NOM : GUIDOUX

PRÉNOM : Zoé
PRÉNOM : Maëlle

Titre de Thèse : ENFANCE ET VIOLENCES : RÉALISATION D'UN ENSEIGNEMENT HYBRIDE POUR LES ÉTUDIANTS DE TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE À NANTES

RÉSUMÉ

CONTEXTE ET OBJECTIFS : Les violences faites aux enfants sont fréquentes et lourdes de conséquences médico-psychologiques. Le médecin généraliste doit savoir les repérer, au travers d'un faisceau d'arguments, pour mieux protéger et soigner les victimes.

Afin de répondre à cet enjeu, nous avons conçu un enseignement hybride, associant un contenu en ligne asynchrone de type SPOC (Small Private Online Course), un forum en ligne et une séance synchrone de questions-réponses avec des experts de la protection de l'enfance.

MÉTHODE : Pendant deux ans, l'équipe de travail, composée des deux investigatrices, étudiantes à la faculté de Nantes, d'enseignants au département de médecine générale et d'ingénieurs pédagogiques, a créé cet enseignement selon les critères qualité d'élaboration d'un dispositif hybride proposés par l'Université de recherche Laval, associant des étapes de réflexion, de conception, de production, de diffusion puis d'évaluation. Le soutien matériel et humain de l'institution a été indispensable.

RÉSULTATS : Le SPOC se compose de neuf modules ayant une structuration commune ; ils sont intitulés : Généralités et définitions, Droit médical, Sémiologie des violences, Accueillir la parole de l'enfant, Psychotraumatisme, Violences sexuelles et inceste, Impact des violences conjugales, Information préoccupante et signalement, Ressources. Afin de répondre à un enjeu attentionnel et motivationnel, ils se composent de présentations filmées ou sonorisées, de mobilisations interactives des connaissances, de liens vers des animations didactiques ou d'extraits documentaires choisis selon leur pertinence pédagogique. Chaque module dispose d'une fiche de synthèse et d'une boîte à outils incluant ressources pratiques, documents informatifs et d'un carnet d'adresses.

CONCLUSION : Concevoir une formation hybride est un processus long et complexe mais présente de nombreux avantages pédagogiques et comprend de multiples perspectives d'évolution. C'est une initiation qui fera l'objet d'une évaluation formative après sa première mise en ligne.

MOTS-CLÉS

MeSH : child abuse, psychological trauma, online education, blended learning, pedagogy