



HAL
open science

Repérage et prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans le Var par les médecins généralistes et pédiatres libéraux : pratiques actuelles, propositions d'améliorations

Clémence Desmarests

► To cite this version:

Clémence Desmarests. Repérage et prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans le Var par les médecins généralistes et pédiatres libéraux : pratiques actuelles, propositions d'améliorations. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04074222

HAL Id: dumas-04074222

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04074222v1>

Submitted on 19 Apr 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Repérage et prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans
le Var par les médecins généralistes et pédiatres libéraux : pratiques
actuelles, propositions d'améliorations**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2023

Par Madame Clémence DESMARETS

Née le 31 août 1993 à Bordeaux (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PEDIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur CHABROL Brigitte

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) MORAND Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-LEBRUN Elisabeth

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Repérage et prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans
le Var par les médecins généralistes et pédiatres libéraux : pratiques
actuelles, propositions d'améliorations**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2023

Par Madame Clémence DESMARETS

Née le 31 août 1993 à Bordeaux (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PEDIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur CHABROL Brigitte

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) MORAND Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-LEBRUN Elisabeth

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

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

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

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

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

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

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

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

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

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

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

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

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

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Brigitte Chabrol,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour l'engagement et la passion avec lesquels vous travaillez avec les enfants, les parents et vos équipes. Je garderai un bon souvenir des six mois de stage dans votre service dans lequel j'ai beaucoup appris.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Professeur Julie Berbis,

Merci pour toute ton aide, ta disponibilité et tes conseils avisés pour l'analyse statistique.

Je te remercie pour l'intérêt que tu as porté à ce travail. Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse.

À Madame le Docteur Aurélie Morand,

Merci de faire partie du jury de ma thèse. C'est toujours un plaisir de travailler avec toi. J'apprécie ta bonne humeur, ta disponibilité et ta bienveillance. Merci pour toutes les connaissances et compétences que tu transmets avec passion et tes conseils avisés.

À Madame le Docteur Elisabeth Martin-Lebrun,

Je suis fière d'avoir été ta dernière interne avant ton départ à la retraite et très honorée d'avoir eu la chance de croiser ton chemin. Merci pour tout ce que tu m'as appris. Ta rigueur, ton sens humain et clinique resteront un exemple pour moi. Je suis très reconnaissante que tu aies accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté durant ce projet, pour tes conseils avisés, ta disponibilité et ton enthousiasme. Merci pour ta bienveillance.

À Madame le Docteur Emmanuelle Bosdure et Madame le Docteur Violaine Bresson,

Merci pour votre aide et vos conseils avisés depuis le début de ce projet. Merci de m'avoir accueillie à l'UAPED. Violaine, merci pour ces nombreuses gardes que nous avons partagées ensemble. C'est toujours un plaisir de travailler avec vous.

À Monsieur le Docteur Paul Casha,

Un grand merci pour ton soutien sans faille durant ce projet et pour m'avoir permis de recueillir les données concernant l'accueil des enfants en danger au Centre Hospitalier de Toulon. Merci pour ton aide, ta bienveillance et ta disponibilité. Je t'en suis reconnaissante.

Aux médecins volontaires participant à l'étude,

Merci pour l'intérêt que vous avez montré pour ce travail de thèse. Merci d'avoir répondu à mon questionnaire en prenant sur votre temps si précieux et ainsi de m'avoir permis de réaliser ce projet. J'espère que ce travail de thèse pourra vous apporter quelques solutions et vous aider dans votre pratique quotidienne afin de protéger au mieux chaque enfant.

Aux nombreux acteurs de la protection de l'enfance du Var,

À ceux que j'ai rencontrés avant de commencer ce travail de thèse et qui m'ont permis d'orienter mon projet vers les médecins libéraux du département, merci pour votre écoute et votre disponibilité : le Docteur Thibault (médecin référent protection de l'enfance du Var), Madame Brizio responsable de l'ODPE du Var et son assistante Madame Ribes, Madame Fontaine responsable de la CRIP du Var, le Docteur Delage psychiatre de l'Association Vivre en Famille.

Merci à toute l'équipe pédagogique responsable du DU « protection de l'enfance » de Toulon pour m'avoir permis d'accéder à cette formation pluridisciplinaire enrichissante sur le plan personnel et professionnel. Un grand merci à Céline et David pour tout ce que vous m'avez apporté durant la réalisation de notre mémoire, cela n'a pas été facile mais nous l'avons fait et j'en suis fière ! Merci à Catherine, notre super tutrice, pour tes conseils avisés et ta bienveillance

Merci à l'ensemble des équipes soignantes médicales et paramédicales, avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat et qui m'ont tant appris. Merci pour tous ces moments de partage et de rencontre. Vous avez contribué au pédiatre que je suis devenue.

À toute l'équipe de pédiatrie d'Avignon qui m'a accueillie pour mon tout premier semestre d'internat et fait découvrir cette superbe spécialité qu'est la pédiatrie.

À toute l'équipe de néonatalogie de la Conception. Merci de m'avoir fait découvrir cette si belle spécialité et de m'avoir tant appris au sujet des soins des nouveau-nés.

À toute l'équipe d'onco-hématologie de la Timone. Merci pour ce stage qui a été une belle leçon de vie et d'humilité à vos côtés. Merci pour votre bonne humeur et votre gentillesse.

À toute l'équipe de pédiatrie de Toulon. Merci pour ce semestre intense mais très intéressant. Merci pour votre bienveillance et votre bonne humeur. Je garde un super souvenir de cette période. C'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous et je suis fière de pouvoir bientôt revenir travailler dans votre équipe.

Aux Docteurs Nicolas Falaise et Elisabeth Martin-Lebrun, mes tuteurs de stage au cabinet. Merci de m'avoir appris tant de choses et de m'avoir fait découvrir le monde du libéral. Merci pour votre confiance qui m'a permis de gagner en autonomie.

À toute l'équipe de neuro-métabolisme de la Timone. Merci pour ce semestre très enrichissant.

À toute l'équipe de réanimation pédiatrique de la Timone. Merci pour votre patience et votre disponibilité. Merci pour ce semestre riche en apprentissage.

Au docteur Natacha Drubbele. Merci de m'avoir fait confiance lors de ces nombreuses journées de remplacements à ton cabinet. Merci pour tes conseils avisés. Merci de m'avoir permis de connaître l'association Appat 83 et pour tout l'enthousiasme et le dévouement que tu y portes.

Aux docteurs Céline Rollet-Lautraite et Nathalie Ravault, merci pour les journées/repas partagés au cabinet. **Christelle**, ce fut un plaisir de te retrouver au cabinet !

À toute l'équipe des urgences pédiatriques de la Timone. Merci de m'avoir accueillie très chaleureusement pendant ces six derniers mois. Merci pour la confiance que vous me faites et vos conseils avisés. C'est un plaisir de travailler avec vous et je suis heureuse de faire mes six premiers mois de Docteur Junior à vos côtés.

Merci à mes co-internes

À ma super promo de pédiatrie : Solène, Camille, Jordan, William, Axelle, Tatiana, Valentine, Caroline, Marion, Laura, Mathilde, Pauline, Anaïs. Merci pour ces années partagées, les cours de DES, journées simulations, apéros, repas... Pleins de superbes moments à vos côtés. À tous les internes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler durant toutes ces années.

À mes parents, sans qui rien n'aurait été possible !

Merci pour votre présence, votre amour inconditionnel, votre éducation bienveillante et tout ce que vous m'avez transmis et sans quoi je ne serai pas qui je suis aujourd'hui. Un grand merci pour votre immense soutien au quotidien, votre aide et vos encouragements qui m'ont permis d'avancer et de concrétiser ce rêve de devenir pédiatre. Maman, merci pour ton implication et ton soutien infailible dans tous mes projets. Papa, merci d'être là, toujours disponible prêt à m'aider à chaque instant. Je vous serai éternellement reconnaissante de ce que vous avez fait pour moi. Vous êtes un exemple pour moi. Je vous aime.

A mon frère, Axel

Merci de m'apporter autant de bonheur avec ta bonne humeur. Merci de faire partie de ma vie. Sache que tu pourras toujours compter sur ta grande sœur. Je suis fier du jeune homme que tu es devenu. Je t'aime.

À ma famille,

Merci pour votre soutien sans faille. Merci pour votre présence et tous ces moments de bonheur passés auprès de vous. J'ai beaucoup de chance de vous avoir. Merci à mes cousins pour toutes ces vacances dans la bonne humeur, merci d'accepter de me laisser croire que je gagne à nos nombreuses parties de jeux de société ! Merci à mes tantes et oncles pour les supers moments partagés. Merci à toute ma famille d'Albiac pour ces moments ressourçant à la campagne. Et un grand merci aux relecteurs, Marie-Laure et Frédéric.

À David, l'Amour de ma vie, mon futur époux,

Merci pour ton soutien, ta patience et ta bonne humeur quotidienne. Merci d'être à mes côtés en toutes circonstances. Je suis tellement fière de notre complicité. Et ne t'inquiète pas je continuerai à râler « un peu » à chacune de nos randonnées plus extraordinaires les unes que les autres. Je suis prête à explorer le monde entier à tes côtés. Merci de t'occuper aussi bien de Rexa et Joïa nos deux pupuces adorées. Tu seras un super papa pour nos enfants, j'en suis sûre. Je t'aime.

À mes beaux-parents Valérie et Stéphane, À ma belle-sœur Romane,

Merci pour votre gentillesse et votre soutien. J'ai de la chance d'avoir une belle famille autant disponible et bienveillante. Merci pour tous ces moments agréables partagés.

Merci à mes amis de galère de l'externat Marion, Marc, Manon, Romain et Quentin pour toutes ces années partagées. Marion, Alexandre et Marc, c'est toujours un plaisir de vous retrouver pour de nouvelles aventures ! Merci pour votre soutien, vos conseils et ces moments inoubliables à vos côtés. Merci à mes amies d'enfance Laëtitia, Laura, Morgane, Elise, Gabrielle pour tous ces moments agréables partagés.

Et enfin, **merci à tous les petits (ou grands) patients et leurs parents** que j'ai pu rencontrer au cours de mes études. Autant de moments partagés qui sont des leçons de vie et m'ont permis de devenir le pédiatre que je suis.

TABLE DES MATIÈRES

I/ Introduction	3
II/ Matériel et méthodes	8
A/ Type d'étude	8
B/ Population	8
C/ Élaboration du questionnaire	8
D/ Modalités de recueil des données	10
E/ Analyse statistique	11
III/ Résultats	12
A/ Diagramme de flux	12
B/ Description des médecins de l'échantillon	13
C/ Expérience des médecins concernant la prise en charge des enfants en danger (maltraités) ou risque de danger	14
1/ Confrontation des médecins à une suspicion d'enfant en danger (maltraité) ou risque de danger	14
2/ Contexte ayant fait suspecter une situation d'enfant en danger (maltraité) ou risque de danger	14
3/ Prise en charge déclarée par les médecins selon le cadre clinique	15
3.1/ Situation de suspicion d'enfant en risque de danger	15
3.2/ Situation de suspicion d'enfant en danger (maltraité)	16
3.3/ Situation de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles	17
4/ Analyse de l'efficacité de la prise en charge selon le cadre clinique	18
5/ Réalisation d'une IP ou d'un signalement	18
6/ Pratiques des médecins en consultation	20
D/ Difficultés ressenties par les médecins concernant la prise en charge des enfants en danger (maltraité) ou risque de danger	20
1/ Les situations de maltraitance les plus difficiles à repérer	20
2/ Le sentiment d'isolement	20
3/ Les freins compromettant le repérage de la maltraitance infantile	20
E/ Liens des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var	21
1/ Connaissance des coordonnées des acteurs	21
2/ Connaissance de l'ODPE 83	22
3/ Souhait d'accroître les échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var.....	22
F/ Formation des médecins au sujet de la maltraitance infantile	22
G/ Commentaires libres	23

IV/ Discussion	24
A/ Limites de notre étude	24
1/ Particularités de la population de notre échantillon	24
2/ Biais de sélection de l'échantillon	24
3/ Biais relatifs au recueil des données	25
4/ Biais d'analyse	25
B/ Points forts de notre étude	25
1/ Un nombre de participants intéressant	25
2/ Un taux de réponses satisfaisant	26
3/ Un objectif d'amélioration des pratiques	26
C/ Interprétation des résultats	27
1/ Des médecins confrontés à la problématique de l'enfance en danger	27
2/ Appréciation de l'efficacité des prises en charge des médecins concernant les enfants en danger (maltraités) ou risque de danger	28
2.1/ Situation de suspicion d'enfant en risque de danger	28
2.2/ Situation de suspicion d'enfant en danger (maltraité)	28
2.3/ Situation de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles	29
2.4/ Concernant la réalisation d'une IP et d'un signalement	30
3/ Appréciation du travail de collaboration des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var	31
4/ Des difficultés évoquées par les médecins	33
4.1/ Des situations difficiles à repérer	33
4.2/ Un sentiment d'isolement	33
4.3/ Des freins compromettant le signalement des médecins libéraux aux autorités compétentes	34
4.4/ Un défaut de formation et de sensibilisation	37
D/ Propositions de pistes d'amélioration et perspectives	39
1/ Renforcer la formation et la sensibilisation des médecins libéraux varois	39
2/ Développer la collaboration des médecins libéraux varois avec les acteurs de la protection de l'enfance	41
3/ Création et diffusion d'un document d'aide au repérage et à la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans le Var	42
V/ Conclusion	45
VI/ Bibliographie	47
VII/ Annexes	54
VIII/ Liste des abréviations	72
IX/ Serment d'Hippocrate	73

INTRODUCTION

Avec 10 % des enfants victimes de maltraitance dans les pays à revenus élevés (1), la maltraitance infantile est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un problème de santé publique majeur (2) qui a de graves conséquences sur la santé des enfants pouvant aller jusqu'à leur décès. En France en 2020, 89 mineurs ont été victimes d'infanticide, soit un enfant tous les quatre jours. Parmi eux, 49 sont décédés dans le cadre de violences intrafamiliales et deux tiers avant l'âge de cinq ans (3).

En France, le dispositif de la protection de l'enfance est basé sur l'article 375 du Code civil qui précise qu'un enfant est en danger quand *« sa santé, sa sécurité, sa moralité ou les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises »*. L'enfant est en risque de danger quand ces éléments risquent d'être compromis sans la mise en place d'une intervention. Par ailleurs la notion de danger grave et immédiat renvoie aux *« situations nécessitant une action immédiate du fait de la gravité du danger (danger vital et risques de séquelles, à apprécier en fonction de la gravité des faits rapportés - maltraitances physiques, maltraitances sexuelles, privations graves et/ou répétées - et/ou de la vulnérabilité particulière de l'enfant/adolescent - moins de 3 ans, situation de handicap...), de la suspicion d'une infraction commise à l'encontre de l'enfant/adolescent, de l'exposition de l'enfant/adolescent à l'auteur présumé et d'une mise en situation de danger par l'enfant/adolescent lui-même »* (4).

La politique de protection de l'enfance est une mission obligatoire de service public déléguée par l'État aux départements depuis 1983 (5). Les évolutions législatives traduisent les préoccupations du Gouvernement en vue d'une meilleure prise en charge des enfants en danger ou risque de danger. La loi du 5 mars 2007 (6) réforme la protection de l'enfance, renforce la prévention, introduit la notion de danger et améliore le dispositif d'alerte en rendant obligatoire la création dans chaque département d'une Cellule de Recueil de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP). La loi du 14 mars 2016 (7) montre un changement de paradigme en replaçant l'enfant au cœur du dispositif avec notamment l'objectif de garantir la prise en compte de ses besoins fondamentaux. Elle impose la désignation d'un médecin référent *« protection de l'enfance »* dans chaque département pour faciliter la coordination entre les

médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département et les services départementaux de la protection de l'enfance, notamment la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et la CRIP. Depuis la loi du 10 juillet 2019, interdisant les violences éducatives ordinaires, le Code civil précise que « *l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques* ». Cependant, malgré les avancées apportées par les lois précédentes, le législateur s'est penché de nouveau sur le dispositif de la protection de l'enfance avec la loi du 7 février 2022 (8) qui oblige tous les départements à appliquer lors de chaque évaluation de la situation d'un enfant en danger ou risque de danger le « Cadre national de référence » (9), publié par la HAS en janvier 2021. De plus, dans cette même volonté d'harmonisation des pratiques, cette loi innove en matière de lutte contre les violences et apporte pour la première fois en France une définition légale de la maltraitance inspirée de la « Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité » publiée en mars 2021 : « *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* » (10). La maltraitance infantile peut prendre plusieurs formes : les violences physiques, sexuelles ou psychologiques, les négligences, les expositions à la violence conjugale et les exploitations commerciales (9) (*Annexe 1*).

L'enfant est un être vulnérable en construction dont l'environnement est déterminant pour son développement. Il doit bénéficier du respect de ses besoins fondamentaux (11) et de la présence depuis le plus jeune âge d'un attachement sécurisé avec son caregiver (12) pour explorer et développer ses compétences dans les meilleures conditions. L'exposition d'un enfant à des situations de danger ou risque de danger peut être responsable de séquelles physiques, de psycho-traumatismes et de traumatismes complexes aux conséquences néfastes sur son développement global (13, 14, 15). Ainsi trois grands domaines du développement de l'enfant victime peuvent être affectés à court et à long terme : socio-affectif et comportemental, physique, neurobiologique et cognitif (16, 17, 18). De plus, les impacts sur l'enfant sont d'autant plus importants et irréversibles sur le plan neurobiologique quand la forme de la maltraitance est sévère, se présente précocement dans sa vie, est récurrente et survient de façon simultanée sous ses différentes formes (16).

Cependant ces conséquences peuvent s'atténuer lorsque l'enfant victime bénéficie d'une prise en charge de qualité et retrouve un environnement bienveillant et protecteur (19). C'est pour cela que le repérage précoce des enfants en danger ou risque de danger semble essentiel : il faut repérer au plus tôt l'enfant victime pour permettre une évaluation de sa situation et une intervention précoce si nécessaire afin de limiter les conséquences néfastes sur sa santé et son développement.

D'après l'article R.4127-43 du Code de déontologie médicale, le médecin est le « défenseur de l'enfant » et doit agir dans son intérêt (20). Tout médecin a le devoir d'alerter les autorités compétentes en cas d'enfant en danger ou risque de danger, sans que puisse lui être reproché le non-respect du secret médical (article 226-14 du Code pénal) (21).

Deux types de procédures permettent de déclencher une évaluation de la situation de l'enfant selon le contexte : la procédure administrative et la procédure judiciaire (9). La procédure administrative consiste à adresser une information préoccupante (IP) à la CRIP du département en cas de suspicion d'enfant en danger ou risque de danger. S'en suit alors une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant par la CRIP, en lien avec le médecin référent « protection de l'enfance » du département, la PMI et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) afin de déterminer si le mineur est effectivement en danger ou risque de danger et de proposer si besoin des aides et un accompagnement adapté à la famille. Par contre, en cas de danger grave et immédiat, la procédure judiciaire consiste à adresser un signalement au procureur de la République (avec copie à la CRIP) dans un objectif de protection de l'enfant et de jugement de l'auteur des faits. Le procureur de la République pourra alors prononcer une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) si nécessaire et une enquête judiciaire sera réalisée par la Brigade de Protection de la Famille.

Cependant encore aujourd'hui, pour certains enfants, le repérage a lieu trop tardivement (22, 23, 24) alors que des signes d'alerte étaient déjà présents, ce qui constitue une perte de chance pour ces enfants en danger ou risque de danger.

En France, le suivi médical des enfants est encadré par l'article R.2132-1 du Code de santé publique qui prévoit vingt examens médicaux obligatoires avant l'âge de dix-huit ans. Ce suivi est assuré à 80 % par des médecins généralistes et 20 % par des pédiatres libéraux (25). Ces professionnels de santé sont donc en première ligne pour détecter les enfants en danger ou risque de danger et les signaler aux autorités compétentes. Ils peuvent, en cas de doute, demander conseil aux différents intervenants médicaux habitués à ces situations : le médecin référent « protection de

l'enfance » rattaché à la CRIP, le médecin de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED), les médecins des urgences pédiatriques de l'hôpital, les médecins de la PMI ou les médecins scolaires (26). Cependant, sur le plan national, on constate que seuls 5 % des signalements pour maltraitance émanent de médecins (4 % de médecins hospitaliers et 1 % de médecins libéraux) alors qu'un tiers émane des services sociaux, 20 % de l'éducation nationale, un peu plus de 15 % du voisinage ou de l'entourage et également un peu plus de 15 % de la famille elle-même (27).

Depuis plusieurs années, des études ont été réalisées en France afin de comprendre cette faible représentation des médecins libéraux en ce qui concerne la réalisation de signalements. Souhaitant exercer mon activité médicale dans le Var, les études impliquant ce département ont retenu mon attention. Ainsi, deux études réalisées dans le cadre de thèses portent sur l'enfance en danger en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (région Sud). Cependant ces études présentent un effectif réduit de médecins varois et ne proposent pas d'outil d'aide à la prise en charge de ces patients en cabinet libéral.

Sophia Simeon, en 2018, étudie les connaissances et pratiques des médecins généralistes et pédiatres libéraux de la région PACA (hors Alpes-Maritimes) face aux situations d'enfants en danger à l'aide d'un questionnaire où les réponses étaient pondérées pour obtenir un score de connaissances théoriques, d'attitudes pratiques et de connaissance des facteurs de risques. Elle conclut sur l'insuffisance de connaissances des médecins et leur manque d'efficacité concernant la prise en charge des enfants en danger et précise que l'hôpital est identifié comme la principale ressource face à ces situations, au détriment de la CRIP (28).

Une autre étude publiée par Julie Baccino en 2021, décrit les connaissances, l'expérience et les freins à la pratique des médecins généralistes de la région PACA au sujet des maltraitances infantiles. L'auteur constate que les médecins généralistes signalent peu. Elle précise que leur manque de formation les expose à de nombreux freins limitant ce signalement tels que le sentiment d'isolement, la peur de se tromper et le manque de connaissances (29).

De plus, l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance 83 (ODPE 83), en publiant en 2018 l'activité de la protection de l'enfance dans le Var, précise que les médecins sont à l'origine de 5,81 % des 3411 IP réalisées durant l'année, sans distinction possible entre le milieu libéral ou hospitalier (30).

Notre étude vise à compléter ces travaux déjà réalisés dans le Var.

Il nous a semblé intéressant de réaliser notre étude auprès des médecins généralistes et pédiatres libéraux du département du Var afin de comprendre pourquoi ils sont si peu nombreux à réaliser une IP ou un signalement.

L'hypothèse de notre étude était que les médecins rencontrent des difficultés concernant la gestion des situations de suspicion d'enfants en danger ou risque de danger.

Notre objectif principal était de faire un état des lieux des pratiques des médecins généralistes et pédiatres libéraux du Var concernant la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger afin d'identifier les freins à la réalisation d'une IP ou d'un signalement.

Notre objectif secondaire était d'identifier des pistes d'amélioration permettant de renforcer l'efficacité de la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger par les médecins généralistes et pédiatres libéraux du Var.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A/ Type d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, quantitative et transversale à type d'enquête de pratique par envoi de questionnaires aux médecins généralistes et pédiatres libéraux exerçant en cabinet dans le département du Var sur une période de sept mois, du 01.06.2021 au 31.12.2021.

Cette étude n'impliquant par la personne humaine, nous nous trouvons hors loi Jardé et donc n'avons pas eu besoin d'un avis du Comité de Protection des Personnes. Les données recueillies étant anonymes, aucun dossier n'a été déposé à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

B/ Population

La population cible de notre étude incluait les médecins généralistes et pédiatres thésés exerçant une activité libérale en cabinet et participant au suivi des enfants dans le département du Var entre le 01.06.2021 et le 31.12.2021 en excluant :

- les médecins généralistes et pédiatres exerçant dans un autre département que le Var
- les médecins généralistes et pédiatres retraités
- les médecins généralistes n'ayant aucun enfant dans leur patientèle
- les médecins généralistes et pédiatres exerçant exclusivement à l'hôpital, en PMI ou ayant une activité exclusive spécifique (échographiste, angiologue, médecin esthétique...)

C/ Élaboration du questionnaire

Afin de cibler les éléments utiles à notre étude, le questionnaire a été construit après réalisation d'une revue de la littérature et des entretiens auprès de plusieurs acteurs de la protection de l'enfance du Var (Docteur Thibault médecin référent « protection de l'enfance » du Var, Madame Fontaine responsable de la CRIP du Var, Madame Brizio responsable de l'ODPE du Var et son assistante Madame Ribes, Docteur Delage psychiatre de l'Association Vivre en Famille) ainsi qu'auprès de médecins référents dans le domaine de la maltraitance infantile (Docteur Bosdure et

Docteur Bresson pédiatres de l'unité de médecine infantile et de l'UAPED du CHU de la Timone à Marseille, et Docteur Martin-Lebrun pédiatre expert près la cour d'appel d'Aix-en-Provence).

Le questionnaire était précédé d'un texte expliquant les motivations et les objectifs de l'étude. Il comportait 36 questions majoritairement fermées, réparties en 5 parties (*Annexe 2*). La durée de réponse était estimée à 8 minutes.

- La première partie (questions 1 à 5) s'intéressait aux caractéristiques socio-démographiques du médecin.

- La seconde partie (questions 6 à 20) s'intéressait à la prise en charge réalisée par les médecins selon trois cadres cliniques correspondant aux situations de suspicion d'enfants en risque de maltraitance, d'enfants maltraités et d'enfants victimes de violences sexuelles. Cette partie recherchait également les difficultés des médecins face à ces situations et les freins compromettant leur signalement. La situation de suspicion de violences sexuelles, bien que faisant partie d'une situation de danger, a volontairement été mise à part car il s'agit de la forme de maltraitance la plus fréquente (1) et que sa prise en charge présente certaines spécificités.

- La troisième partie (questions 21 à 29) s'intéressait à l'IP et au signalement.

- La quatrième partie (questions 30 à 32) étudiait les liens des médecins avec les autres acteurs de la protection de l'enfance du Var. Lors de la réalisation de notre questionnaire, les UAPED de Draguignan et Toulon n'ont pas été proposées dans les items car elles n'étaient pas fonctionnelles à cette époque.

- La cinquième partie (questions 33 à 36) s'intéressait à la formation des médecins dans le domaine de la maltraitance infantile.

- A la fin du questionnaire, les médecins pouvaient laisser un commentaire libre.

Afin d'avoir un vocabulaire commun avec les médecins interrogés, nous leur avons précisé dans le questionnaire les définitions officielles des termes essentiels « enfant en danger » « enfant en risque », « enfant maltraité », « information préoccupante » et « signalement ». Il faut cependant souligner que nous avons utilisé dans le questionnaire les définitions de l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS), référence à cette époque, qui regroupaient sous le terme d'enfant en danger les deux situations d'enfant en risque et d'enfant maltraité. Cependant, peu de temps après la réalisation de notre questionnaire, la HAS a publié en 2021 le cadre national de référence dans

lequel ces définitions sont modifiées : désormais il faut distinguer plutôt deux situations qui sont l'enfant en risque de danger et l'enfant en danger avec la précision de danger grave et immédiat. Aussi pour notre étude le terme « enfant en risque de maltraitance » (Q6 à 8) correspond à « enfant en risque de danger » selon la HAS et le terme « enfant maltraité » (Q9 à 11) entre dans le cadre d'une situation de « danger grave et immédiat » selon la HAS.

Réalisé sur la plateforme de Google Forms, le questionnaire a ensuite été testé et validé auprès de deux médecins généralistes et deux pédiatres avant d'être diffusé aux médecins participant à l'étude.

D/ Modalités de recueil des données

La liste des médecins généralistes et pédiatres thésés exerçant une activité libérale dans le département du Var a été constituée en recoupant les données de l'annuaire des Pages Jaunes et du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) du fait du refus de communication d'une liste officielle par l'Agence Régionale de Santé PACA et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Var (CDOM).

Sur la période de janvier à mai 2021, tous ces médecins (1171) ont été contactés par téléphone afin de vérifier le respect des critères d'inclusion et d'obtenir leur accord pour recevoir le questionnaire sur leur adresse mail via Google Forms ou par courrier, selon leur préférence. Les médecins éligibles mais refusant l'envoi du questionnaire lors de cette étape étaient exclus. Pour les médecins préférant recevoir le questionnaire par courrier, il était envoyé par la Poste accompagné d'une enveloppe pré-timbrée pour faciliter son renvoi.

Les réponses au questionnaire ont été recueillies du 01.06.2021 au 31.12.2021 inclus. Trois rappels ont été effectués durant cette période (le 01.07.2021, le 15.09.2021 et le 02.11.2021), par mail pour les médecins ayant accepté de recevoir le questionnaire par mail et par téléphone pour ceux ayant préféré le recevoir par courrier. La réponse au questionnaire valait acceptation et consentement à la participation à l'étude.

Les réponses des questionnaires ont été répertoriées de façon anonyme dans un fichier tableur Microsoft Excel ® afin de constituer notre base de données.

E/ Analyse statistique

Une fois la base de données constituée, l'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS 24.0 en deux temps. Tout d'abord une analyse descriptive des réponses de chaque item du questionnaire a été réalisée en exprimant les résultats sous forme d'effectifs et de pourcentages. Une analyse statistique complémentaire portant sur des comparaisons a ensuite été réalisée à l'aide des tests Chi-2 et Fisher avec un niveau de significativité $p < 0,05$, le risque α étant de 5 %.

Afin de pouvoir analyser l'efficacité des pratiques des médecins de l'étude, nous avons défini, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (9, 28), les différents éléments correspondant à une prise en charge efficace selon le cadre clinique.

Ainsi, face à une situation de suspicion d'enfant en risque de danger, les items correspondant à une prise en charge efficace étaient : adresser une IP à la CRIP afin que la situation de l'enfant puisse être évaluée de façon pluridisciplinaire et/ou faire hospitaliser l'enfant en cas de doute pour permettre une évaluation collégiale plus facilement réalisable à l'hôpital qu'en cabinet libéral. Appeler la CRIP ou l'hôpital pour un avis était également accepté. Avoir coché un autre item était considéré comme non efficace, même si les items acceptés étaient cochés.

Face à une situation de suspicion d'enfant maltraité, c'est à dire en danger grave et immédiat, l'urgence est la protection de l'enfant. Ainsi, les items correspondant à une prise en charge efficace étaient : adresser un signalement au procureur de la République et/ou faire hospitaliser l'enfant pour le mettre à l'abri le temps d'une analyse plus précise de la situation. Appeler l'hôpital ou le procureur de la République était également accepté. Avoir coché un autre item était considéré comme non efficace, même si les items acceptés étaient cochés.

Dans le cadre d'une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles, il est important de préciser que le médecin doit se charger lui-même de donner l'alerte et ne doit pas se contenter de conseiller la famille d'aller directement porter plainte. Les items correspondant à une prise en charge efficace étaient : adresser un signalement au procureur de la République et/ou une IP à la CRIP selon le degré d'urgence de la situation et/ou faire hospitaliser l'enfant pour le protéger ou réaliser une évaluation plus précise de la situation. Appeler l'hôpital, la CRIP ou le procureur de la République étaient également des items acceptés. Avoir coché un autre item était considéré comme non efficace, même si les items acceptés étaient cochés.

RÉSULTATS

A/ Diagramme de flux

Sur les 1118 médecins généralistes libéraux listés initialement, 871 étaient éligibles et parmi eux 194 ont refusé de participer à l'étude, ce qui porte à 677 le nombre de médecins généralistes ayant reçu le questionnaire.

Sur les 53 pédiatres libéraux listés initialement, tous étaient éligibles et ont accepté de recevoir le questionnaire.

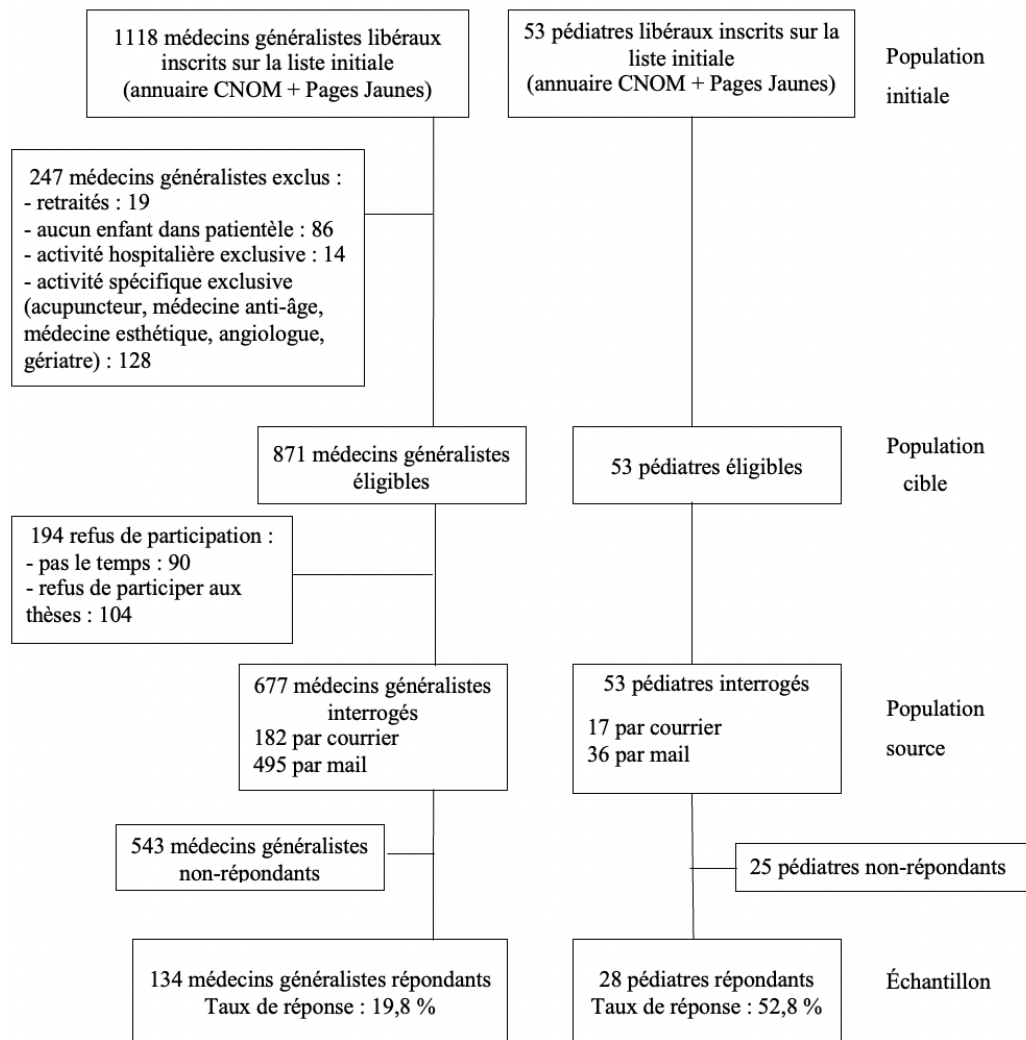


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude
(CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins)

B/ Description des médecins de l'échantillon

Sur la période du 01.06.2021 au 31.12.2021, sur les 677 médecins généralistes et 53 pédiatres interrogés, 134 médecins généralistes et 28 pédiatres ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse était donc de 19,8 % pour les médecins généralistes et de 52,8 % pour les pédiatres.

Notre population était composée de 162 médecins, 82,7 % étaient médecins généralistes et 17,3 % pédiatres. 51,9 % des médecins étaient des femmes. La majorité avait entre 35 et 65 ans (74 %), exerçait en milieu urbain (90,7 %) depuis plus de dix ans (66 %) et n'avait pas d'activité dans un service d'urgence (93,8 %).

Il n'y avait pas de différence significative entre les médecins généralistes et les pédiatres concernant leur genre, âge, milieu d'exercice et nombre d'années d'exercice en cabinet libéral. Cependant il y avait significativement plus de pédiatres avec une activité complémentaire dans un service d'urgence par rapport aux médecins généralistes (21,4 % / 3 % ; $p = 0,002$).

		Population étudiée n (%)	Médecins généralistes n (%)	Pédiatres n (%)	p-value
Nombre de médecins répondants		162 (100)	134 (82,7)	28 (17,3)	-
Genre	Femme	84 (51,9)	66 (49,3)	18 (64,3)	0,212 ^a
	Homme	78 (48,1)	68 (50,7)	10 (35,7)	
Âge	< 35 ans	19 (11,7)	18 (13,4)	1 (3,6)	0,80 ^b
	35-49 ans	48 (29,6)	43 (32,1)	5 (17,9)	
	50-65 ans	72 (44,4)	57 (42,5)	15 (53,6)	
	> 65 ans	23 (14,2)	16 (11,9)	7 (25)	
Milieu d'exercice	Rural	15 (9,3)	13 (9,7)	2 (7,1)	1 ^b
	Urbain	147 (90,7)	121 (90,3)	26 (92,9)	
Activité dans un service d'urgence	Oui	10 (6,2)	4 (3)	6 (21,4)	0,002 ^b
	Non	152 (93,8)	130 (97)	22 (78,6)	
Nombre d'années d'exercice en cabinet libéral	< 10 ans	55 (34)	45 (33,6)	10 (35,7)	1 ^a
	> 10 ans	107 (66)	89 (66,4)	18 (64,3)	

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants du questionnaire

p^a : chi-2 test ; p^b : Fischer test

C/ Expérience des médecins concernant la prise en charge des enfants en danger (maltraités) ou risque de danger

1/ Confrontation des médecins à une suspicion d'enfant en danger (maltraité) ou risque de danger (Annexe 3)

122 médecins de l'étude ont rencontré au moins une fois une situation de suspicion d'enfant en risque de danger ou maltraité (75,3 %).

Les médecins de l'étude déclaraient avoir été plus souvent confrontés à une situation de suspicion d'enfant en risque de danger (65,4 %) plutôt qu'à une suspicion d'enfant maltraité (40,7 %).

35,8 % ont été confrontés à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles.

Les pédiatres sont significativement plus confrontés que les médecins généralistes aux trois cadres cliniques évoqués :

- suspicion d'enfant en risque de danger (92,9 % / 59,7 % ; $p = 0,001$)
- suspicion d'enfant maltraité (82,1 % / 32,1 % ; $p = 0$)
- suspicion d'enfant victime de violences sexuelles (78,6 % / 26,9 % ; $p = 0$)

2/ Contexte ayant fait suspecter une situation d'enfant en danger (maltraité) ou risque de danger (Annexe 3)

Parmi les 106 médecins ayant suspecté un enfant en risque de danger, les signes d'alerte étaient :

Signes d'alerte - enfant en risque de danger	Effectif	Pourcentage
Comportement inadapté des parents	61	57,5 %
Parents en souffrance	54	50,9 %
Inadéquation des soins aux besoins de l'enfant	38	35,8 %
Refus de vaccinations par les parents	37	34,9 %
Retard de recours aux soins	25	23,6 %
Régime alimentaire source de carence	23	21,7 %

En réponse libre, 2 médecins ont évoqué la présence d'ecchymoses à répétition et 1 médecin l'exposition aux violences conjugales.

Parmi les 66 médecins ayant suspecté un enfant maltraité, les signes d’alerte étaient :

Signes d’alerte - enfant maltraité	Effectif	Pourcentage
Allégation de faits de maltraitance par l’enfant ou un proche	29	43,9 %
Ecchymoses suspectes (localisation ou contexte)	26	39,4 %
Signes de maltraitance psychologique	18	27,3 %
Fractures osseuses avant acquisition de la marche	14	21,2 %
Fractures suspectes (multiples, contexte)	10	15,2 %
Refus de prise en charge médicale par les parents mettant en danger l'enfant	9	13,6 %
Négligence lourde	8	12,1 %
Brûlure avant acquisition de la marche	8	12,1 %
Traumatisme crânien avant acquisition de la marche	4	6,1 %
Hypotonie et pâleur inhabituelle chez un nourrisson	4	6,1 %
Intoxication chez un nourrisson de moins de 9 mois	2	3 %
Augmentation subite du périmètre crânien chez un nourrisson	1	1,5 %

En réponse libre, 1 médecin a évoqué le refus de vaccin et 1 autre des convulsions avec fontanelle bombée.

Parmi les 58 médecins ayant suspecté un enfant victime de violences sexuelles, les signes d’alerte étaient :

Signes d’alerte - enfant victime de violences sexuelles	Effectif	Pourcentage
Allégation par un parent ou un proche de violences sexuelles	42	72,4 %
Allégation par l’enfant de violences sexuelles	25	43,1 %
Infections génitales répétées	3	5,2 %
Anomalie de la marge anale	3	5,2 %
Infections urinaires récurrentes chez l'enfant prépubère	2	3,4 %
Examen anormal de l’hymen	2	3,4 %
Lésion pénienne	1	1,7 %
Demande précoce de contraception	1	1,7 %
Grossesse ou interruption volontaire de grossesse à un âge précoce	1	1,7 %

En réponse libre, 3 médecins ont évoqué un comportement suicidaire de l’enfant.

3/ Prise en charge déclarée par les médecins selon le cadre clinique (Annexe 4)

3.1/ Situation de suspicion d’enfant en risque de danger

Pour les médecins interrogés sans distinction de leur spécialité :

Face à une situation de suspicion d’enfant en risque de danger, la majorité des médecins revoyait la famille (63,8 %). 21,1 % des médecins hospitalisaient l’enfant, 21,1 % rédigeaient une IP et 16,4% réalisaient un signalement. La mise en place d’un Technicien de l’Intervention Sociale et Familiale (TISF) était évoquée par 8,6 % des médecins. Aucun médecin déclarait n’avoir rien fait.

Face à une situation de suspicion d'enfant en risque de danger, la PMI se démarquait comme interlocuteur privilégié en étant contactée par 32,9 % des médecins. L'appel d'un confrère était mentionné par 19,1 % des médecins, l'appel de la CRIP par seulement 11,2 % et seulement 9,9 % d'entre eux repéraient l'hôpital comme interlocuteur. L'appel du médecin scolaire (6,6 %), du procureur de la République (6,6 %), de l'Ordre des médecins (4,6 %) et du 119 (0,7 %) restait plus anecdotique.

Comparaison entre médecins généralistes et pédiatres :

Face à une situation de suspicion d'enfant en risque de danger, les pédiatres avaient plus le réflexe que les médecins généralistes d'appeler la PMI (50 % / 29% ; $p = 0,045$) et la CRIP (35,7 % / 5,6% ; $p = 0$). De plus, les pédiatres rédigeaient une IP dans la moitié des cas, soit 3 fois plus souvent que les médecins généralistes (50 % / 14,5 % ; $p = 0$).

L'orientation vers l'hôpital était quasiment identique pour les médecins généralistes et pédiatres de l'étude (19,4 % / 28,6 % ; $p = 0,308$), de même que la réalisation d'un signalement (15,3 % / 21,4% ; $p = 0,410$).

3.2/ Situation de suspicion d'enfant en danger (maltraité)

Pour les médecins interrogés sans distinction de leur spécialité :

Face à une situation de suspicion d'enfant maltraité, les médecins de l'étude hospitalisaient l'enfant dans 37 % des cas. 28,8 % des médecins revoyaient la famille et 28,8 % réalisaient un signalement, 16,4 % rédigeaient une IP et 2,1 % mettaient en place un TISF. Aucun médecin déclarait n'avoir rien fait.

Dans le cadre d'une suspicion d'enfant maltraité, les médecins de l'étude désignaient comme interlocuteurs privilégiés un confrère libéral dans 20,5 % des cas, la PMI dans 19,2 %, l'hôpital dans 18,5 % et le procureur de la République dans 16,4 %. La CRIP (9,6 %), l'Ordre des médecins (8,2 %), les médecins scolaires (6,8 %) et le 119 (3,4 %) étaient rarement contactés.

Comparaison entre médecins généralistes et pédiatres :

Dans le cadre de suspicion d'enfant maltraité, les médecins généralistes avaient plus le réflexe que les pédiatres de demander conseil à un confrère libéral (24,6 % / 3,6 % ; $p = 0,017$). Par contre, 32,1 % des pédiatres appelaient l'hôpital, 21,4 % la PMI et 21,4 % la CRIP. Contrairement aux

pédiatres, les médecins généralistes contactaient peu la CRIP devant une situation de suspicion d'enfant maltraité (21,4 % / 6,8 % ; $p = 0,029$).

Les pédiatres, par rapport aux médecins généralistes, rédigeaient davantage une IP (39,3 % / 11 % ; $p = 0,001$) et appelaient davantage le procureur de la République (35,7 % / 11,9 % ; $p = 0,005$).

Il n'y a pas de différence significative concernant la rédaction du signalement (27,1 % des médecins généralistes et 35,7 % des pédiatres).

3.3/ Situation de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles

Pour les médecins interrogés sans distinction de leur spécialité :

Face à une situation de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles, 43,1 % des médecins de l'étude conseillaient de porter plainte et 35,8 % hospitalisaient l'enfant. Un signalement était rédigé par 25,5 % des médecins et une IP par 16,1 %. Un médecin déclarait ne rien faire.

Dans le cadre d'une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles, l'hôpital était l'interlocuteur le plus souvent cité par les médecins (24,8 %). L'appel d'un confrère libéral était mentionné par 18,2 % des médecins, l'appel du procureur de la République par 16,1 %, l'appel de la PMI par 15,3% et l'appel de la CRIP uniquement par 11,7 %. L'ordre des médecins (7,3 %), les médecins scolaires (5,8 %) et le 119 (1,5 %) étaient rarement contactés.

Comparaison entre médecins généralistes et pédiatres :

Dans le cadre de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles, les pédiatres avaient plus le réflexe que les médecins généralistes d'appeler la CRIP (32,1 % / 6,4 % ; $p = 0,001$) et de rédiger une IP (32,1 % / 11,9 % ; $p = 0,018$).

L'orientation vers l'hôpital était quasiment identique pour les médecins généralistes et pédiatres de l'étude (37,6 % / 28,6 % ; $p = 0,391$), de même que la réalisation d'un signalement (22 % / 39,3% ; $p = 0,087$).

Les pédiatres conseillaient plus souvent d'aller porter plainte (60,7 %) que les médecins généralistes (38,5 %) bien que cette différence ne soit pas significative ($p = 0,053$).

4/ Analyse de l'efficacité de la prise en charge selon le cadre clinique (Annexe 5)

17,1 % des médecins de l'étude déclaraient une prise en charge efficace lors d'une suspicion d'enfant en risque de danger contre 53,4 % face à une situation d'enfant maltraité et 44,5 % lors d'une suspicion d'un enfant victime de violences sexuelles.

Il n'y a pas de différence significative entre les médecins généralistes et pédiatres libéraux concernant l'efficacité de la prise en charge de ces trois situations.

Les facteurs pouvant influencer l'efficacité de la prise en charge du médecin :

Face à une situation de suspicion d'enfant en risque de danger, la prise en charge des médecins était plus souvent efficace lorsque les médecins :

- possédaient les coordonnées du médecin référent « protection de l'enfance » du Var ($p = 0,034$) et de la CRIP ($p = 0,011$)
- avaient suivi une formation continue sur la maltraitance ($p = 0,049$)
- avaient lu la recommandation de la HAS « outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant » publiée en 2017 ($p = 0,045$)

Aucun critère étudié dans notre étude ne semblait modifier l'efficacité de la prise en charge des enfants victimes de maltraitance par les médecins interrogés.

Face à une situation de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles, la prise en charge des médecins était plus souvent efficace chez les médecins installés en cabinet libéral depuis moins de 10 ans ($p = 0,049$) et les médecins ayant déjà suspecté un enfant victime de violences sexuelles ($p = 0,014$).

5/ Réalisation d'une IP ou d'un signalement (Annexe 6)

A propos des modèles de rédaction :

Peu de médecins libéraux de notre échantillon disposaient d'un modèle de rédaction d'une IP (16%) ou d'un signalement (14,2 %). Cependant les pédiatres déclaraient avoir davantage ces modèles par rapport aux médecins généralistes, pour l'IP (32,1 % / 12,7 % ; $p = 0,021$) et pour le signalement (28,6 % / 11,2 % ; $p = 0,035$).

Les pratiques des médecins de l'étude concernant l'IP :

78,6 % des pédiatres de l'étude déclaraient avoir été confrontés au moins une fois à une situation nécessitant la réalisation d'une IP, contre 26,1 % des médecins généralistes ($p = 0$).

Parmi les médecins de l'étude ayant rencontré une situation nécessitant la réalisation d'une IP, 75,4% l'ont rédigé.

Parmi les pédiatres, 15 ont adressé l'IP à la CRIP (93,8 %), 3 à la PMI (18,8 %), 2 à l'ASE, 1 à l'hôpital et aucun au procureur de la République ou à la police. Parmi les médecins généralistes, 8 ont adressé l'IP à la CRIP (29,6 %), 7 au procureur de la République (25,9 %), 6 à la PMI, 6 à la police, 6 à l'ASE et aucun à l'hôpital. Les pédiatres adressaient l'IP à la CRIP plus souvent que les médecins généralistes ($p = 0$). Les médecins généralistes adressaient l'IP au procureur de la République plus souvent que les pédiatres ($p = 0,035$).

58,1 % des médecins de l'étude ayant rédigé une IP ont présenté des difficultés lors de sa réalisation. Il s'agissait pour 68 % des difficultés lors de l'annonce de la procédure à la famille, pour 64 % lors de la rédaction et 64 % lors de l'accompagnement de la famille.

Les pratiques des médecins de l'étude concernant le signalement :

64,3 % des pédiatres déclaraient avoir été confrontés au moins une fois à une situation nécessitant la réalisation d'un signalement, contre 22,4 % des médecins généralistes ($p = 0$).

Parmi les médecins de l'étude ayant rencontré une situation nécessitant la réalisation d'un signalement, 79,2 % l'ont rédigé.

Parmi les pédiatres, 9 ont adressé le signalement au procureur de la République (56,3 %), 8 à la PMI (50 %), 5 à la CRIP (31,3 %), 2 à l'hôpital, 1 à l'ASE et 1 à la police. Un seul pédiatre a envoyé le signalement conjointement au procureur de la République et la CRIP. Parmi les médecins généralistes, 15 ont adressé le signalement au procureur de la République (68,2 %), 5 à l'ASE (22,7%), 4 à la police (18,2 %) et 1 à l'hôpital, 1 à la PMI et 1 à la CRIP. Aucun médecin généraliste n'a envoyé le signalement conjointement au procureur de la République et à la CRIP.

Les pédiatres déclaraient avoir adressé le signalement à la PMI plus souvent que les médecins généralistes ($p = 0,002$). Pour les autres destinataires, il n'y avait pas de différence significative entre les pratiques des pédiatres et des médecins généralistes.

60,5 % des médecins de l'étude ayant rédigé un signalement ont présenté des difficultés lors de sa réalisation. Il s'agissait pour 65,2 % des difficultés lors de l'annonce de la procédure à la famille, 65,2 % lors de la rédaction et 78,3 % des difficultés lors de l'accompagnement de la famille.

6/ Pratiques des médecins en consultation (Annexe 7)

En consultation, les pédiatres déclaraient aborder davantage que les médecins généralistes les notions de violences conjugales (42,9 % / 15,7 % ; $p = 0,002$) et de divorce conflictuel (75% / 53%; $p = 0,037$). Lors de l'examen clinique, les pédiatres déshabillaient plus souvent les enfants que les médecins généralistes (89,3 % / 69,4 % ; $p = 0,035$). Par contre, médecins généralistes et pédiatres prenaient quasiment tous le périmètre crânien aux enfants âgés de moins d'un an (92,6 %) et remplissaient le carnet de santé (97,5 %).

Seulement 10,5 % des médecins de l'étude possédaient une affiche « 119 Allô enfance en danger » dans leur cabinet. La majorité des médecins généralistes (62,7 %) et pédiatres (53,6 %) déclaraient ne pas être davantage sensibilisés au dépistage de la maltraitance infantile suite à la situation sanitaire du COVID-19 avec les confinements successifs.

D/ Difficultés ressenties par les médecins concernant la prise en charge des enfants en danger (maltraités) ou risque de danger (Annexe 7)

1/ Les situations de maltraitance les plus difficiles à repérer

Les deux types de maltraitance les plus difficiles à repérer par les médecins de l'étude étaient les violences psychologiques (64,2 %) et les violences sexuelles (56,8 %). Seulement 9,9 % des médecins déclaraient que les violences physiques étaient les plus difficiles à repérer.

2/ Le sentiment d'isolement

Sur les 162 médecins de l'étude, 78 ont déclaré avoir senti un sentiment d'isolement face à une situation de suspicion de maltraitance, soit 48,1 %. Ce sentiment d'isolement était davantage exprimé par les pédiatres sans qu'il y ait de différence significative (64,3 % / 44,8 % ; $p = 0,065$).

3/ Les freins compromettant le repérage de la maltraitance infantile

Pour les médecins de l'étude, le frein compromettant le repérage de la maltraitance infantile en cabinet libéral le plus cité était la peur de l'erreur diagnostique (66 %).

40,1 % exprimaient des difficultés à annoncer à la famille la nécessité d'alerter les autorités compétentes sur la situation préoccupante de leur enfant.

39,5 % mettaient en évidence un manque de connaissance des procédures d'alerte.

32,7 % exprimaient le manque d'objectivité du médecin.

27,8 % exprimaient des difficultés à obtenir les coordonnées nécessaires à l'envoi d'une IP ou d'un signalement.

25,3 % des médecins avaient peur que le non-respect du secret médical leur soit reproché.

18,5 % des médecins exprimaient l'absence de modèle de rédaction d'une IP ou d'un signalement. D'autres freins au repérage étaient cités plus rarement : la peur des représailles de la famille (16%), la peur du placement systématique de l'enfant (14,8 %), le manque de temps du médecin (13 %) et le manque de sensibilisation au sujet de la maltraitance (11,1 %). Quelques médecins répondaient qu'ils ne pensaient pas au diagnostic de maltraitance (6 médecins généralistes et 2 pédiatres). En réponse libre, 5 médecins ont évoqué la frustration de ne pas avoir de retour suite à l'envoi d'une IP ou d'un signalement avec la crainte que leur écrit ne soit pas pris en compte.

Par rapport aux pédiatres, les médecins généralistes déclaraient plus souvent leur manque de connaissance des procédures comme un frein au repérage (44 % / 17,9 % ; $p = 0,010$) alors que les pédiatres étaient plus nombreux à évoquer leur crainte de représailles de la famille (35,7 % / 11,9%; $p = 0,004$).

E/ Liens des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var (*Annexe 8*)

1/ Connaissance des coordonnées des acteurs

Les coordonnées les plus souvent connues par les médecins de l'étude étaient celles de la PMI (89,3 % des pédiatres / 53,7 % des médecins généralistes), de la CRIP (64,3 % / 11,9 %) et du procureur de la République (50 % / 29,1 %).

Les pédiatres connaissaient plus souvent que les médecins généralistes les coordonnées de tous les acteurs de la protection de l'enfance du Var ($p < 0,05$). Moins de 10 % des médecins généralistes connaissaient les coordonnées du médecin référent « protection de l'enfance » (3,7 %), celles du médecin scolaire (6 %) et celles du médecin référent maltraitance de l'hôpital de secteur (4,5 %).

29,6 % des médecins de l'étude ne connaissaient aucune coordonnée des acteurs de la protection de l'enfance du Var (2 pédiatres, 46 médecins généralistes).

2/ Connaissance de l'ODPE 83

Parmi les médecins de l'étude, seulement 2 pédiatres (7,1 %) et 13 médecins généralistes (9,7 %) connaissaient l'existence de l'ODPE 83.

3/ Souhait d'accroître les échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var

La majorité des médecins de l'étude, qu'ils soient médecins généralistes (83,6 %) ou pédiatres (89,3 %), souhaitait avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var. Ce souhait était davantage exprimé par les médecins de l'étude ayant ressenti un sentiment d'isolement face à une situation de suspicion de maltraitance par rapport aux médecins n'exprimant pas ce sentiment d'isolement (92,3% / 77,4 % ; $p = 0,009$).

F/ Formation des médecins au sujet de la maltraitance infantile (Annexe 9)

50 % des pédiatres de notre étude ont bénéficié d'une formation initiale sur la maltraitance infantile durant leur cursus universitaire contre 31,3 % des médecins généralistes interrogés ($p = 0,8$).

Les pédiatres ont bénéficié plus souvent que les médecins généralistes d'une formation continue (71,4 % / 18,7 % ; $p = 0$) et ont été plus souvent invités dans les cinq dernières années à une formation au sujet de la maltraitance infantile (28,6 % / 7,5 %) ; $p = 0,004$).

Au sujet de la formation continue, les médecins de l'étude se sont essentiellement formés par eux-mêmes.

46,4 % des pédiatres et 7,5 % des médecins généralistes exprimaient le sentiment d'être suffisamment formés ($p = 0$).

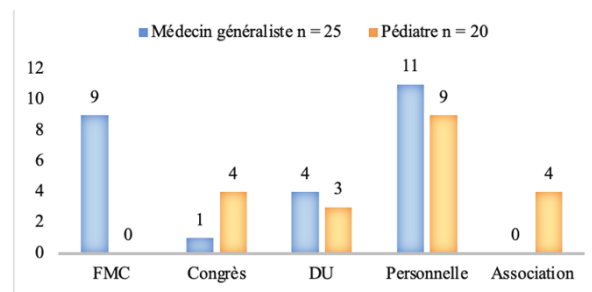


Figure 2 : Types de formation continue à la maltraitance infantile
FMC : Formation médicale continue ; DU : Diplôme universitaire

Les fiches publiées par la HAS sur la maltraitance étaient peu consultées par les médecins généralistes et pédiatres de l'étude. Parmi ces fiches, celle la plus souvent consultée (24,7 %) était la « fiche mémo maltraitance chez l'enfant » publiée en 2017. Le modèle de signalement a été consulté plus souvent par les pédiatres que les médecins généralistes (25 % / 9 % ; $p = 0,025$).

G/ Commentaires libres

Voici les commentaires libres rédigés par les médecins de l'étude en fin de questionnaire :

- « J'aborde les violences conjugales en consultation depuis le COVID-19 ».
- « Je pense qu'il faut beaucoup plus y penser et prendre le temps de se former. Au départ de l'installation, il manque de l'expérience dans cette question. Puis l'expérience m'apprend que c'est beaucoup plus fréquent que ce qu'on pense ».
- « Ça ne m'est pas venu à l'idée de regarder la HAS ».
- « Quelques cours mais insuffisant »
- « Sur 40 ans de pratique j'ai été rarement confronté à ces problèmes mais d'autre part je suis peu informée ».
- « J'insiste encore une fois sur le bébé secoué qui à mon sens nécessite une forte éducation d'amont »
- « Peu concernée a priori, peu sensibilisée peut-être, peu informée certainement ».
- « Je n'ai jamais signalé de maltraitance infantile durant ma carrière de 32 ans à ce jour. Par contre, je me renseigne sur la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance. Dans un premier temps j'aurai demandé conseil à l'ordre des médecins du Var ».
- « En 15 ans de cabinet en semi-rural je réalise que je n'ai jamais suspecté de maltraitance et pourtant deux petites patientes (< 10 ans) ont été abusées par le compagnon de la maman... je ne m'étais douté de rien hélas... »
- « Le plus dur est de ne pas se tromper lorsqu'il n'y a pas de signes physiques objectifs. Notre métier est d'assumer un signalement, mais sans signes objectifs c'est assez difficile... »
- « Sujet très intéressant » mentionné par 16 médecins.
- « Bon courage » mentionné par 20 médecins.

DISCUSSION

A/ Limites de notre étude

Notre étude présentait un certain nombre de biais, que nous avons tenté de limiter.

1/ Particularités de la population de notre échantillon

La population de notre échantillon était composée de 162 médecins, 134 médecins généralistes (82,7 %) et 28 pédiatres (17,3 %). 51,9 % étaient des femmes. Les médecins avaient majoritairement entre 35 et 65 ans et exerçaient en milieu urbain depuis plus de 10 ans. Hormis le fait que les pédiatres étaient plus nombreux à avoir une activité complémentaire dans un service d'urgence, les autres caractéristiques socio-démographiques entre les médecins généralistes et les pédiatres étaient statistiquement identiques (genre, âge, milieu d'exercice et nombre d'années d'exercice en cabinet libéral).

Compte tenu de l'anonymat des médecins participant à notre étude, il était impossible pour nous de comparer le profil des médecins répondants à celui des médecins non répondants.

De plus, il était impossible d'analyser la représentativité de notre échantillon à notre population cible car nous disposions uniquement, via les annuaires, du genre et du lieu d'exercice des médecins de la population cible comprenant 38 % de femmes et 92,3 % de médecins installés en zone urbaine.

2/ Biais de sélection de l'échantillon

En réalisant cette étude, notre intention était de cibler tous les médecins généralistes et pédiatres du Var participant au suivi des enfants en cabinet libéral. Pour limiter le biais de sélection, nous avons cherché à éviter un biais de recrutement en constituant par nous-même la liste initiale des médecins éligibles et en diffusant nous-même le questionnaire à tous les médecins éligibles acceptant de le recevoir. Cependant, notre étude présente un biais de volontariat inhérent aux enquêtes réalisées par questionnaire. On peut préjuger que les médecins ayant répondu à notre étude avaient des caractéristiques particulières par rapport aux médecins non répondants : ils étaient peut-être plus sensibles au problème de la maltraitance infantile, avaient déjà été confrontés à cette situation durant leur carrière ou détenaient une plus grande connaissance du sujet.

3/ Biais relatifs au recueil de données par questionnaire

En choisissant de réaliser une étude quantitative par questionnaire plutôt qu'une étude qualitative via entretiens semi-directifs, nous avons conscience de limiter la possibilité d'expression des médecins, notamment leur ressenti et leur expérience personnelle. Cependant, pour compenser cela, nous avons laissé la possibilité à chaque médecin de s'exprimer dans un commentaire libre à la fin du questionnaire.

Afin de limiter le biais de déclaration, nous avons tenu à ce que ce questionnaire reste anonyme pour que la crainte des médecins de se sentir jugés concernant leur pratique n'impacte pas leur réponse. Le biais de mémorisation persiste du fait de la nécessité du médecin de puiser dans ses souvenirs concernant sa confrontation aux situations décrites et sa prise en charge effectuée. L'utilisation majoritaire de questions fermées, rendant le questionnaire simple et rapide à remplir, pourrait être à l'origine d'un biais de suggestion du fait de réponses préétablies pouvant ne pas correspondre à la pensée des médecins. Pour essayer de limiter ce biais pour les questions qui s'y prêtaient, les médecins avaient la possibilité de rédiger une réponse différente des items proposés dans l'item « réponse libre ».

4/ Biais relatifs à l'analyse statistique

Pour prendre en compte la variabilité des réponses selon la spécialité des médecins (médecins généralistes ou pédiatres), nous avons effectué une analyse statistique des réponses de l'ensemble des médecins et ensuite analysé ces réponses selon leur spécialité.

Pour définir les critères de prise en charge efficiente nous nous sommes attachés à respecter au mieux les recommandations de la HAS. Cependant nos critères peuvent être discutables du fait de certaines situations d'enfant parfois complexes, ce qui peut entraîner un biais de classification.

B/ Points forts de notre étude

1/ Un nombre de participants intéressant

Avec un total de 162 participants, il s'agit de la première étude réalisée auprès d'un nombre aussi important de médecins libéraux varois concernant le repérage et la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger. En effet, l'étude menée par Sophia Simeon en 2018 portait sur 236

médecins de la région PACA dont 27 médecins généralistes et 11 pédiatres varois (28) alors que l'étude menée par Julie Baccino en 2021 portait sur 98 médecins généralistes de la région PACA dont seulement 22 médecins exerçant dans le Var (29).

2/ Un taux de réponses satisfaisant

Le taux de réponse de notre étude était de 19,8 % pour les médecins généralistes et de 52,8 % pour les pédiatres ce qui est supérieur aux taux attendus habituellement pour ce type d'étude.

Le taux de réponse plus élevé chez les pédiatres peut s'expliquer par le fait qu'ils soient moins sollicités que les médecins généralistes pour répondre à des questionnaires et qu'ils se sentent peut-être plus concernés en tant que spécialistes de la santé de l'enfant.

Afin d'optimiser le taux de réponse de notre étude, nous avons recueilli les données sur une période de sept mois avec trois relances pour inciter les médecins hésitants à participer. De plus, nous avons laissé à chaque médecin le choix de recevoir le questionnaire soit par mail soit par courrier accompagné d'une enveloppe pré-timbrée. Ainsi l'envoi par courrier nous a permis d'interroger 199 médecins supplémentaires pour obtenir 45 réponses de leur part. Enfin, nous avons fait en sorte de construire un questionnaire rapide à remplir avec en majorité des questions fermées ce qui nous a permis d'avoir peu de données manquantes.

3/ Un objectif d'amélioration des pratiques

En faisant un état des lieux des pratiques des médecins généralistes et pédiatres libéraux du Var face à une suspicion d'enfant en danger ou risque de danger, nous avons mis en évidence les difficultés de prise en charge pour certains d'entre eux. Notre travail n'est en rien une critique dévalorisante des connaissances des médecins, mais bien l'étayage nécessaire à la mise en évidence de freins, qui une fois exposés, permettra de penser à des pistes d'amélioration adaptées aux médecins varois pour favoriser un repérage précoce et une prise en charge de qualité.

A l'échelle départementale, ce travail s'inscrit dans la volonté nationale d'améliorer les pratiques du repérage des maltraitances mise en place par le Gouvernement à travers le plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022. Il paraît essentiel pour nous, dans cet objectif d'amélioration des pratiques, de renvoyer les résultats de notre étude à tous les médecins dont nous disposons les coordonnées sans nous limiter à ceux ayant répondu au questionnaire afin de donner une plus grande portée à notre projet.

C/ Interprétation des résultats

1/ Des médecins confrontés à la problématique de l'enfance en danger

Dans notre étude, 75,3 % des médecins généralistes et pédiatres ont déjà été confrontés à au moins une situation de suspicion d'enfant en danger ou risque de danger. Ce chiffre est en concordance avec l'étude menée par J. Baccino en 2021 auprès des médecins généralistes de la région PACA (29) ainsi que l'étude menée par M. Verrier en 2015 auprès de médecins généralistes du Poitou-Charentes (31). Ceci conforte le fait que le médecin libéral joue un rôle essentiel dans le repérage et la prise en charge de l'enfant en danger ou risque de danger : il n'est pas rare qu'il soit en première ligne pour repérer et alerter les autorités compétentes (32).

Notre étude permet de préciser que les médecins ont été confrontés plus souvent à des suspicions d'enfants en risque de danger plutôt qu'à des enfants suspects de maltraitance (en danger) (65,4 % / 40,7 %).

Les pédiatres se démarquaient de leurs confrères médecins généralistes en déclarant être plus souvent confrontés à chacune des trois situations exposées (enfant en risque de danger, enfant maltraité, enfant victime de violences sexuelles ; $p = 0$), pourtant ils sont responsables de seulement 20 % des suivis des enfants en cabinet libéral (25). Cette différence s'explique peut-être par une meilleure détection des signes d'alertes par les pédiatres du fait d'une formation et sensibilisation plus importante à ce sujet.

L'analyse plus spécifique des signes ayant alertés les médecins permet de montrer qu'ils suspectaient une situation de risque de danger essentiellement lorsque le comportement des parents était inadapté ou que les parents étaient en souffrance. Ils évoquaient une maltraitance essentiellement en contexte de suspicion de violences physiques. Par ailleurs, les violences sexuelles étaient évoquées essentiellement après l'allégation des parents ou de l'enfant et très rarement en contexte de lésions à l'examen clinique.

Les « réponses libres » ajoutées par les médecins mettaient en évidence une confusion pour certains entre les situations de risque de danger et celles de maltraitance.

2/ Appréciation de l'efficacité des prises en charge des médecins concernant les enfants en danger (maltraités) ou risque de danger

2.1/ Situation de suspicion d'enfant en risque de danger

Lors d'une suspicion d'enfant en risque de danger, seulement 14,5 % des médecins généralistes et 28,6 % des pédiatres avaient une prise en charge efficace ($p = 0,095$), ce qui laisse percevoir que plus de la moitié des médecins de l'étude avait des difficultés pour gérer une telle situation. Ainsi, conformément aux recommandations de la HAS, une IP était réalisée par 14,5 % des médecins généralistes et 50 % des pédiatres puis 21,1 % des médecins de l'étude hospitalisaient l'enfant.

Cependant, lorsque les médecins étaient préoccupés par la situation d'un enfant en risque de danger, leur réflexe dans la majorité des cas était de le revoir en consultation (63,8 %). Cette pratique est discutable du fait du risque de perdre de vue l'enfant qui ne reviendra peut-être pas consulter dans le cabinet, d'autant que ces enfants ont souvent un suivi médical irrégulier.

Si l'on se focalise sur la rédaction du document d'alerte, 37,5 % des médecins de l'étude déclaraient rédiger un document et les pédiatres alertaient davantage que les médecins généralistes (71,4 % / 29,8 %). Cependant nous mettons en évidence une confusion chez ces médecins entre l'IP et le signalement car quasiment la moitié des médecins rédacteurs ont réalisé un signalement à la place d'une IP dans cette situation. Cette confusion était déjà rapportée par l'étude menée en Ille-et-Vilaine en 2016 avec 79,5 % des médecins généralistes qui ignoraient la différence entre signalement et IP. Elle peut être expliquée par un défaut de formation concernant ces procédures d'alerte.

2.2/ Situation de suspicion d'enfant en danger (maltraité)

Lors d'une suspicion d'enfant maltraité, c'est-à-dire en danger grave et immédiat, 53,4 % des médecins de l'étude avaient une prise en charge efficace sans différence significative entre les pédiatres et médecins généralistes. Conformément aux recommandations de la HAS, les médecins de l'étude réalisaient un signalement dans 28,8 % des cas et hospitalisaient l'enfant dans 37 % des cas dans un objectif de protection de l'enfant.

Par ailleurs, parmi les 45,2 % médecins de l'étude rédigeant un document d'alerte (75 % des pédiatres et 38,1 % des médecins généralistes), un peu plus d'un tiers réalisaient une IP à la place

d'un signalement, compromettant ainsi la rapidité d'intervention auprès de l'enfant en danger car l'IP ne sera traitée qu'aux heures d'ouverture de la CRIP du département.

De plus, 28,8 % des médecins de l'étude attendaient de revoir l'enfant avant d'agir, risquant ainsi que l'enfant soit exposé à de nouveaux actes de maltraitance aux conséquences pouvant être dramatiques sur sa santé. Ces pratiques interrogent sur la capacité de ces médecins à évaluer correctement la situation de danger de l'enfant.

Parallèlement à notre étude menée par questionnaire, nous avons sollicité les hôpitaux du Var possédant un service de pédiatrie afin de déterminer sur une période de six mois le nombre d'enfants leur étant adressé par des médecins libéraux pour suspicion de maltraitance. Seul le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Toulon a accepté de participer. Le recueil de données réalisé par le docteur Paul Casha (chef de service de pédiatrie) de juillet à décembre 2021 a mis en évidence que sur les 13 enfants suspectés d'être en situation de danger à l'hôpital de Toulon sur cette période, aucun n'a été adressé par un médecin généraliste ou pédiatre libéral. Ces résultats sont à nuancer du fait de la courte période de recueil et du monocentrisme, cependant ils sont en concordance avec nos résultats d'étude qui montrent que peu de médecins libéraux orientent les enfants en danger vers l'hôpital. Ces résultats sont cependant en contradiction avec l'étude de S. Simeon en 2018 qui précise que 67,8 % des médecins de la région PACA ayant suspecté une maltraitance ont adressé l'enfant vers l'hôpital, structure identifiée comme la principale ressource face à ces situations.

2.3/ Situation de suspicion d'enfant victime de violences sexuelles

Face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles, 47,7 % des médecins généralistes et 32,1 % des pédiatres avaient une prise en charge efficiente ce qui montre qu'une grande partie des médecins de l'étude présentaient des difficultés pour gérer cette situation. Dans ce cadre, les médecins de l'étude, et principalement les pédiatres, étaient nombreux à conseiller à la famille d'aller porter plainte (60,7 % / 38,5 ; $p = 0,053$). Pourtant cela ne fait pas partie des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et constitue une perte de chance pour l'enfant en retardant sa prise en charge. Le médecin a le devoir d'agir par lui-même et non de déléguer à la famille la responsabilité d'agir face à une telle situation (20). Cette notion d'obligation légale n'est donc pas perçue par un grand nombre de médecins.

2.4/ Concernant la réalisation d'une IP et d'un signalement

Quasiment un quart des médecins de l'étude ayant rencontré une situation nécessitant la rédaction d'une IP ou d'un signalement ne l'avait pas effectué.

Parmi les médecins ayant réalisé une IP ou un signalement, le destinataire n'était pas correct dans environ 40 % des cas, ce qui révèle une confusion concernant le rôle des partenaires de la protection de l'enfance. Les pédiatres se distinguaient en adressant leur IP à la CRIP dans 93,8 % des cas contre 29,6 % des médecins généralistes ($p = 0$). Pour le signalement, seulement 63,2 % des médecins de l'étude l'adressaient au procureur de la République sans différence significative entre médecins généralistes et pédiatres. Un seul pédiatre a précisé faire une copie du signalement à la CRIP ce qui est une prise en charge optimale selon la HAS.

De plus, environ 60 % des médecins ayant rédigé une IP ou un signalement déclaraient avoir rencontré des difficultés, que ce soit lors de la rédaction, lors de l'annonce à la famille de la procédure ou lors de l'accompagnement ultérieur de la famille. Les difficultés lors de la rédaction peuvent s'expliquer par le faible nombre de médecins de l'étude à disposer de modèle de rédaction (15,2 %), pourtant disponible sur le site internet de la HAS.

Ainsi, en accord avec plusieurs études réalisées dans d'autres départements français (28, 33, 34), notre étude met en évidence qu'un nombre non négligeable de médecins libéraux du Var, qu'ils soient généralistes ou pédiatres, ont des lacunes et des difficultés dans la gestion des situations d'enfants en danger ou risque de danger. La conduite à tenir n'est pas suffisamment connue avec notamment une confusion concernant le rôle et les modalités de réalisation d'une IP et d'un signalement ce qui compromet alors la qualité d'alerte des autorités compétentes.

Tous ces dysfonctionnements mis en évidence révèlent une nécessité d'améliorer les pratiques des médecins libéraux varois en favorisant leur formation et information à ce sujet.

3/ Appréciation du travail de collaboration des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var

Notre étude permet de mettre en évidence les interlocuteurs privilégiés des médecins libéraux varois face à une situation de suspicion d'enfant en danger ou risque de danger. Variables en proportion selon le cadre clinique et la spécialité du médecin, les principaux interlocuteurs à se démarquer étaient la PMI, l'hôpital, la CRIP, le procureur de la République et le confrère libéral.

Face à une suspicion d'enfant en risque de danger, la PMI était l'interlocuteur le plus souvent appelé par les médecins de l'étude, surtout par les pédiatres (50 % / 29 %, $p = 0,045$). En second interlocuteur, la CRIP était repérée par les pédiatres ($p = 0$), mais les médecins généralistes appelaient plutôt un confrère libéral. La CRIP, lieu d'adressage des IP, devrait être l'interlocuteur privilégié à la place de la PMI du fait de son rôle de conseil auprès des professionnels lorsqu'ils doutent à propos de la situation d'un enfant (35). La PMI reste peut-être un interlocuteur par habitude car avant la loi du 5 mars 2007, du fait de l'inexistence des CRIP, les médecins alertaient via la PMI.

Par contre, dans le cadre d'une suspicion d'enfant maltraité, les interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes étaient un confrère libéral (24,6 % ; $p = 0,017$) ou la PMI (18,6 %), alors que les pédiatres appelaient le procureur de la République (35,7 % ; $p = 0,005$) ou l'hôpital (32,1 % ; $p = 0,058$). En cas de suspicion de violences sexuelles, les médecins de l'étude appelaient en priorité l'hôpital (24,8 %). Ici nous mettons en évidence le fait que les pédiatres sont davantage tournés vers des interlocuteurs qui pourront agir en urgence face à cette situation, notamment le procureur de la République qui pourra faire une OPP si besoin et l'hôpital pour une hospitalisation de l'enfant. Le fait que les médecins généralistes aient le réflexe d'appeler en priorité un confrère libéral peut révéler une difficulté à identifier les acteurs locaux essentiels pouvant les aider.

L'hôpital, la PMI et le procureur de la République étaient identifiés comme interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes libéraux dans une étude menée en 2013 en Ille-et-Vilaine (36). Notre étude apporte des éléments supplémentaires en montrant que près d'un quart des médecins généralistes s'orientent vers un confrère libéral.

Par ailleurs, pour chacun des trois cadres cliniques, le contact du médecin référent « protection de l'enfance », du médecin scolaire, de l'Ordre des médecins et du 119 restait anecdotique (< 10 %). Ce n'est que depuis décembre 2020 que le Var dispose d'un médecin référent « protection de l'enfance », docteur Kareen Thibault, ce qui explique certainement qu'au moment de l'étude elle ne soit pas repérée comme interlocutrice privilégiée. Les médecins scolaires sont en sous-effectif dans le Var avec seulement 8 postes occupés sur les 24 pourvus. Le 119, numéro vert « allô enfance en danger », gratuit et disponible 24h/24 et 7j/7, est surtout destiné au grand public.

Alors que la première UAPED en France a vu le jour en 1998, il faudra attendre février 2022 pour que celle de Draguignan soit fonctionnelle tandis que celle de Toulon devrait l'être prochainement. Les UAPED permettent l'accueil, le soin et la protection des mineurs victimes grâce une prise en charge globale (médico-psychologique, médico-légale et judiciaire) dans un même lieu et la possibilité d'une audition filmée réalisée par les services d'enquêtes dans des locaux adaptés. Elles sont composées d'une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, psychologues et assistants sociaux. Ces structures permettent des consultations de dépistage en cas de doute diagnostique sur demande d'un médecin libéral ou hospitalier mais aussi la réalisation d'un examen sous réquisition judiciaire. Il faut cependant préciser que l'UAPED de Draguignan fonctionne uniquement par réquisition judiciaire pour l'instant. Dans les années à venir, ces UAPED varoises permettront aux médecins libéraux d'avoir un interlocuteur supplémentaire en cas de nécessité de conseils face à une situation difficile à gérer en cabinet avec également la possibilité d'une évaluation de l'enfant. Si l'on compare avec le département de Loire-Atlantique, l'UAPED de Nantes, développée depuis bientôt 20 ans, a permis de favoriser la collaboration des médecins avec les autres acteurs de la protection de l'enfance. Ce travail collectif a conduit à une augmentation du nombre d'IP en provenance du secteur médical (libéral et hospitalier) de 15 % par an depuis 2010, les médecins étant à l'origine de 19 % des IP en 2019 (37). Ceci est en faveur du fait que les médecins varois pourraient signaler davantage s'ils disposaient de moyens adaptés.

Ainsi, notre étude révèle la difficulté de nombreux médecins libéraux varois à identifier les interlocuteurs pouvant les aider dans la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger. Il apparaît important d'améliorer le travail de collaboration des médecins libéraux avec les acteurs locaux de la protection de l'enfance afin de faciliter la prise en charge de ces enfants en secteur libéral.

4/ Des difficultés évoquées par les médecins

4.1/ Des situations difficiles à repérer

Les types de maltraitance les plus souvent cités comme étant difficiles à repérer par les médecins de l'étude étaient les violences psychologiques (64,2 %), les violences sexuelles (56,8 %) et les négligences (32,7 %). Par contre, seulement 9,9 % déclaraient que la maltraitance physique était difficile à repérer, peut-être en raison de l'aspect visible des signes cliniques lors de l'examen d'un enfant déshabillé. Nos résultats sont concordants avec l'étude menée par Herrmann en 2021 auprès des médecins généralistes libéraux du Pays basque français qui précise que les négligences ou les maltraitements psychologiques posent souvent plus de difficultés aux médecins que les maltraitements physiques (38). Ces précisions peuvent permettre notamment d'axer la formation des médecins sur les types de maltraitance les plus difficiles à repérer pour leur faciliter la prise en charge.

4.2/ Un sentiment d'isolement

48,1 % des médecins de l'étude exprimaient avoir déjà ressenti un sentiment d'isolement face à une situation de suspicion d'enfant en danger ou risque de danger. Ce résultat est en concordance avec la littérature qui précise que ce sentiment d'isolement est un frein au repérage en cabinet libéral pour les médecins généralistes, même si la proportion est variable selon les études : 43,9 % pour le Pays basque français (38), 18,7 % en Poitou-Charentes (31) et 29,9 % en région PACA (29). Ce sentiment d'isolement est retrouvé également dans de nombreuses thèses qualitatives au cours d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes libéraux de Drôme-Ardèche (33), d'Ariège (34), de Seine Maritime (39) et de Narbonne (40).

La notion d'information partagée entre « les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance », introduite par la loi du 5 mars 2007 (6) et rappelée dans l'article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles (41), prend dans ce contexte toute son importance, pour briser l'isolement du médecin. Aussi, le médecin libéral ne doit pas rester seul face à ces situations complexes comme le préconise la HAS (32) qui rappelle que « compte tenu de la complexité des situations [...], les réflexions doivent se faire de façon collégiale ».

Ce sentiment d'isolement fait écho avec le fait que la majorité des médecins de l'étude (84,6 %) souhaitaient avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance. Cette envie de créer des liens avec les différents partenaires révèle la prise de conscience des médecins de l'importance d'un travail collégial unissant le domaine médical, social et judiciaire pour une meilleure prise en charge de l'enfant. Ce manque de communication entre les médecins généralistes et les acteurs de la protection de l'enfance est également retrouvé en Ariège dans une étude réalisée en 2019 où les médecins exprimaient également le souhait de pouvoir partager avec une personne ressource (34).

4.3/ Des freins compromettant le signalement des médecins libéraux aux autorités compétentes

Les principaux freins évoqués par les médecins compromettant le signalement d'une situation de suspicion d'enfant en danger ou risque de danger sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature : la peur de l'erreur diagnostique, le manque de connaissance des procédures de signalement et la crainte du reproche du non-respect du secret médical (28, 29, 31, 42). Ces freins pourraient en partie être limités par une formation plus adaptée des médecins à la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger.

Dans notre étude, le frein le plus souvent cité était la peur de l'erreur diagnostique (66 %) qui peut être mise en lien avec le manque d'objectivité du médecin face à une famille qu'il suit, exprimé par 32,7 % des médecins de l'étude. Il est important de rappeler que même sans certitude diagnostique, le médecin libéral a l'obligation de signaler tout enfant qu'il suspecte en danger ou risque de danger car ce n'est que l'évaluation collégiale réalisée par les autorités compétentes qui permettra de statuer sur la situation réelle de l'enfant. Ce frein risque de compromettre le repérage précoce des enfants en danger ou risque de danger car en attendant trop longtemps une certitude diagnostique avant de signaler, le médecin risque de retarder la prise en charge de l'enfant avec des conséquences pouvant être néfastes sur sa santé (13). D'autant que, l'article 226-14 du code pénal, modifié par la loi du 5 novembre 2015, protège le médecin réalisant une IP ou un signalement en précisant que même si l'alerte se révèle infondée après analyse de la situation, sa responsabilité ne pourra pas être engagée devant la juridiction disciplinaire, civile ou pénale, « sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi », c'est-à-dire avec l'intention de nuire (21).

40,1 % des médecins de l'étude déclaraient avoir des difficultés lors de l'annonce à la famille de la procédure de signalement. L'article L.226-2-1 du CASF précise que le médecin doit informer les parents, ou personnes exerçant l'autorité parentale, des procédures qu'il engage, « sauf intérêt contraire de l'enfant » (43). A ce sujet, dans un objectif d'amélioration des pratiques, une étude menée par l'UAPED de Nantes et le CASED de Rennes (Cellule d'accueil spécialisée de l'enfance en danger) publiée en septembre 2022 présente une grille d'aide à l'usage des médecins pour l'annonce du diagnostic de mineurs en danger sur le modèle des recommandations de bonne pratique « annoncer une mauvaise nouvelle » de la HAS (44).

Les médecins généralistes étaient plus nombreux que les pédiatres à déclarer comme frein au repérage le manque de connaissance concernant les procédures permettant d'alerter sur la situation préoccupante d'un enfant (44 % / 17,9 % ; $p = 0,01$).

27,8 % des médecins de l'étude évoquaient comme frein au repérage la difficulté de trouver les coordonnées nécessaires à l'envoi d'une IP ou d'un signalement. Notre étude précise que de nombreux médecins interrogés ne disposaient pas suffisamment de coordonnées des acteurs locaux varois de la protection de l'enfance, avec même 2 pédiatres et 46 médecins généralistes qui n'en connaissaient aucune. Toutefois, les pédiatres se démarquaient en les connaissant plus souvent que les médecins généralistes, surtout en ce qui concerne la PMI (89,3 %), la CRIP (64,3 %) et le procureur de la République (50 %). Le fait que les médecins généralistes disposaient des coordonnées de la CRIP dans uniquement 11,9 % des cas et celles du procureur de la République dans 29,1 % des cas est préoccupant et peut expliquer leur difficulté à alerter lorsqu'ils sont inquiets de la situation d'un enfant. Très peu de médecins de l'étude détenaient les coordonnées du médecin référent « protection de l'enfance », du médecin référent maltraitance de l'hôpital et du médecin scolaire, pourtant acteurs pouvant conseiller les médecins libéraux en cas de questionnement. Ainsi, les difficultés des médecins à contacter les acteurs de la protection de l'enfance sont réelles et il semble nécessaire d'améliorer la communication entre ces partenaires pour permettre une meilleure collaboration. D'autant que notre étude montre que posséder les coordonnées du médecin référent « protection de l'enfance » ($p = 0,034$) et de la CRIP ($p = 0,011$) est associé à une prise en charge des médecins plus souvent efficace dans le cadre d'une suspicion d'enfant en risque de danger.

La peur des représailles de la famille était davantage évoquée par les pédiatres (35,7 % / 11,9 % ; $p = 0,004$). Pourtant les médecins généralistes sont plus exposés que les pédiatres à la violence durant leurs consultations comme le révèle l'enquête publiée en 2022 par l'Observatoire de la sécurité des médecins qui précise que les médecins libéraux sont de plus en plus confrontés à la violence, surtout les médecins généralistes qui sont concernés à 61 % (45). Dans le cadre du repérage des enfants en danger ou risque de danger, une amélioration de la formation concernant l'annonce des procédures à la famille permettrait peut-être d'atténuer leur animosité et violence.

Malgré l'évolution législative autorisant le partage d'information (article L.226-2-2 du CASF), encore 25 % des médecins de l'étude évoquaient la peur du reproche du non-respect du secret médical comme frein au repérage des enfants en danger ou risque de danger, mettant en évidence un défaut de connaissance de la loi.

14,8 % des médecins de l'étude exprimaient la crainte d'un placement systématique de l'enfant suite à leur signalement, révélant ainsi leur manque de confiance dans la protection de l'enfance. Le médecin préoccupé par la situation d'un enfant doit jouer son rôle d'alerte tout en faisant confiance à l'évaluation faite par le personnel habilité. La décision d'un placement, prise après évaluation pluridisciplinaire, peut être nécessaire pour protéger l'enfant.

A notre connaissance, aucune étude n'évalue précisément le taux de placement d'enfants survenu après la réalisation d'une IP ou d'un signalement. A l'échelle du Var, une étude menée par l'ODPE en 2018 confirme que le placement de l'enfant n'est pas systématique : 39,3% des IP réalisées à la CRIP ont donné lieu après évaluation à un signalement à l'autorité judiciaire. Aucune donnée n'a été précisé concernant les signalements directement adressés au procureur de la République (46).

Plusieurs médecins ont cité en réponse libre la difficulté de ne pas avoir de retour suite à l'envoi d'une IP ou d'un signalement, restant ainsi dans le doute concernant la réception de ces documents et la crainte de n'avoir pas été entendu. Après vérification auprès de la responsable de la CRIP du Var, un accusé de réception n'est effectivement pas envoyé systématiquement aux rédacteurs des IP, contrairement aux recommandations de la HAS (9).

4.4/ Un défaut de formation et de sensibilisation

Notre étude met en évidence qu'un certain nombre de médecins ne connaissaient pas le cadre légal de la protection de l'enfance, les modalités de réalisation de l'IP et du signalement ainsi que le rôle et les coordonnées des différents acteurs de la protection de l'enfance, ce qui risque de compromettre la qualité de prise en charge des enfants en danger ou risque de danger. Ces difficultés observées peuvent être expliquées par un défaut de formation, bien perçu par les médecins eux-mêmes qui déclaraient se sentir suffisamment formés dans uniquement 7,5 % des cas pour les médecins généralistes et 46,4 % des cas pour les pédiatres.

Seulement 50 % des pédiatres et 31,3 % des médecins généralistes de notre étude ont bénéficié d'une formation initiale sur la maltraitance durant leur cursus universitaire. Ce résultat fait écho au rapport de juin 2013 réalisé par Anne Tursz, pédiatre chercheuse à l'INSERM, qui souligne que le temps de formation théorique des médecins généralistes et pédiatres est insuffisant : « la formation des médecins généralistes est notoirement insuffisante, voire inexistante dans certaines facultés et le temps consacré à l'enseignement théorique de la maltraitance proposé aux futurs pédiatres est de maximum de 2 heures » (47). Pourtant une étude américaine précise que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement moins que les médecins ayant reçu plus de 10 heures de formation (48). Cette insuffisance de formation n'est pas uniquement un problème français, comme le précise l'étude suédoise publiée en 2017 qui montre que les pédiatres européens bénéficient d'une formation spécifique sur le sujet de la maltraitance dans seulement 14 des 22 pays étudiés allant de quelques jours à quelques heures, obligatoires ou non (49).

De plus, notre étude souligne que la majorité des pédiatres (71,4 %) ont participé à une formation continue concernant la maltraitance, ce qui n'est pas le cas des médecins généralistes (18,7 %). Il s'agissait essentiellement d'une formation personnelle. Il faut noter que seulement 28,6 % des pédiatres et 7,5 % des médecins généralistes ont été sollicités au cours des cinq dernières années pour participer à une formation type FMC portant sur la maltraitance révélant ainsi leurs difficultés à accéder à ce type de formation. Il est important de promouvoir la formation continue des médecins à ce sujet d'autant que notre étude montre que le fait de bénéficier d'une formation continue rend la prise en charge des médecins plus souvent efficiente face à une suspicion d'enfant

en risque de danger ($p = 0,05$). De plus, nos résultats montrent que les médecins installés depuis moins de 10 ans déclaraient une prise en charge plus souvent efficace face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles par rapport aux médecins installés depuis plus de 10 ans, probablement par manque de formation continue de ces derniers ($p = 0,049$).

Par ailleurs, de nombreux outils sont mis à disposition des médecins pour les aider au repérage et permettre une prise en charge efficace comme par exemple les recommandations de la HAS ou les publications sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ces outils ne semblent pas suffisamment connus des médecins libéraux comme en témoigne notre étude montrant que moins de 25 % des médecins ont lu les recommandations publiées par la HAS concernant l'enfant en danger. Pourtant notre étude montre que la lecture de la fiche de la HAS « outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant » est associée à une prise en charge plus souvent efficace d'une situation de suspicion d'enfant en risque de danger ($p = 0,045$).

Au sein du département du Var, l'ODPE, en place depuis 2014, joue un rôle dans la formation des acteurs de la protection de l'enfance, avec notamment la création du D.U « Protection de l'enfance » en lien avec l'université de Toulon. Il diffuse aussi régulièrement des newsletters envoyées par mail à plus de 1400 personnes permettant ainsi de transmettre l'actualité de l'observatoire, d'indiquer les formations, colloques et conférences qui sont organisés. Pourtant cet organisme est connu par seulement 9,3 % des médecins de l'étude, ce qui suggère que les médecins ne sont pas inclus dans ce listing.

Enfin, nous mettons en évidence une sensibilisation insuffisante des médecins de l'étude au sujet de la maltraitance infantile. Malgré la répétition des confinements en lien avec la pandémie à COVID-19 l'année précédant notre recueil de données, la majorité des médecins de l'étude ne se sentaient pas davantage sensibilisés au dépistage des maltraitances infantiles. Pourtant l'étude menée par le CHU de Nantes révèle qu'en plein confinement, la part relative des hospitalisations en pédiatrie pour situations de violences physiques a connu une hausse de 50 % (50). De plus, malgré l'obligation légale d'afficher les coordonnées du 119 dans tous les établissements et services recevant de façon habituelle les mineurs (article L. 226-8 du CASF), rares sont les médecins possédant cette affiche au sein de leur cabinet médical (10,5 %), ce qui peut être interprété comme un manque de sensibilisation à ce sujet. La lecture de cette affiche par les patients

ou leur famille pourrait les informer sur leur possibilité d'alerter lorsqu'ils sont préoccupés par la situation d'un enfant en composant le 119.

Ainsi, l'insuffisance de formation initiale et continue et de sensibilisation des médecins au sujet de la protection de l'enfance contribuent à compromettre leur qualité de prise en charge des enfants en danger ou risque de danger risquant de rendre l'alerte non efficiente au détriment de la santé des enfants.

D/ Propositions de pistes d'améliorations et perspectives

A partir des difficultés évoquées par les médecins interrogés concernant la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger et les facteurs identifiés dans notre étude comme favorisant une prise en charge efficiente, nous proposons plusieurs axes de réflexion pour améliorer les pratiques des médecins libéraux varois.

1/ Renforcer la formation et la sensibilisation des médecins libéraux varois

Conformément à l'obligation légale de formation instaurée par la loi du 10 juillet 1989 et révisée en 2022 (article L542-1 du Code de l'éducation), il apparaît important de renforcer la formation initiale et continue des médecins concernant la protection de l'enfance. Augmenter le temps de formation et cibler les difficultés exprimées par les médecins semblent primordial dans un objectif d'optimisation de la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger. Les médecins ont besoin d'une formation théorique alliée à des mises en pratique adaptées à leurs partenaires locaux.

Une étude américaine souligne l'importance pour les médecins d'une formation continue sur la maltraitance infantile car elle multiplie par dix leur capacité à signaler les abus (51).

Les orientations nationales pluriannuelles prioritaires de Développement Professionnel Continu (DPC) s'inscrivent dans le cadre de la politique nationale de santé et sont définies par arrêté ministériel. L'orientation prioritaire 2020-2022 incluait l'item « repérage de la maltraitance et de la violence et conduite à tenir », et dans le prolongement, l'orientation prioritaire 2023-2025 propose en fiche de cadrage n°6 l'item « repérage et conduite à tenir face aux violences et suspicions de violences faites aux enfants » (52). Cependant en 2022, à notre connaissance, aucune

formation sur la maltraitance infantile n'était proposée par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) (53) ou par les organismes destinés aux médecins généralistes tels que MG forms, Walter santé, Santé académie. Par contre, les congrès de la Société Française de Pédiatrie et du Collège National des Généralistes Enseignants proposent chaque année des présentations à ce sujet.

Il paraît essentiel que pour les années à venir, les médecins puissent être davantage sollicités pour des formations. Les acteurs locaux varois tels que le médecin référent « protection de l'enfance », la CRIP, l'ODPE et l'UAPED, conformément à leur rôle de formation, pourraient proposer plus souvent des formations accessibles aux médecins. C'est chose faite pour l'association APPAT83 (Association de Pédiatres Praticiens de l'Aire Toulonnaise) qui organise une soirée en mars 2023 autour du thème de la protection de l'enfance destinée aux pédiatres libéraux et hospitaliers au cours de laquelle aura lieu une présentation de la CRIP de Toulon et des résultats de notre étude.

Nous proposons également que soit mise à disposition des médecins varois la liste des formations disponibles concernant la protection de l'enfance, avec une remise à jour annuelle. Cette diffusion pourrait être réalisée par l'ODPE du Var, dans le cadre de sa mission « réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département » ou par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins. De notre côté, pour faciliter l'accès à la formation des médecins, nous avons répertorié, via Internet, une liste de formations organisées en 2023 (*Annexe 10*). Nous nous sommes ainsi rendu compte de la difficulté de trouver des formations à ce sujet.

La participation des médecins à des formations interdisciplinaires nous semble également importante de par l'enrichissement qu'elles permettent en créant du lien entre les différentes institutions (médicales, sociales et judiciaires). Il s'agissait d'ailleurs de la mesure n°8 du plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022 : « organiser des formations communes dès 2020 pour renforcer la coopération entre professionnels de terrain ». Cette volonté d'évolution de ces formations dans les prochaines années aura probablement des répercussions positives et pourra améliorer la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger par les médecins libéraux grâce au développement d'une relation de confiance entre les différents acteurs d'un réseau pluridisciplinaire.

Actuellement, il existe en France trois Diplômes Universitaires « Protection de l'enfance » (Toulon, Bordeaux et Paris) se déroulant sur une année et un Diplôme Inter-Universitaire « Maltraitance » sur deux ans (Rouen). Ainsi, le département du Var se démarque dans sa volonté de formation inter-institutionnelle avec la création en 2018 du DU « Protection de l'enfance » par l'ODPE du Var. Cependant depuis sa mise en place, seulement deux médecins y ont participé.

Il semble également important de renforcer la sensibilisation des médecins aux changements actuels de la protection de l'enfance en cours d'évolution avec la mise en place ces dernières années de nouveaux partenaires comme la CRIP, le médecin référent « protection de l'enfance » et les UAPED. Les médecins doivent être sensibilisés à l'importance de compléter leur formation initiale par une formation continue afin que leurs connaissances soient adaptées à la pratique locale actuelle. L'ODPE du Var joue ce rôle de sensibilisation, mais ne mobilise pas assez de médecins. Il pourrait se mettre davantage en lien avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour diffuser à tous les médecins leurs informations.

2/ Développer la collaboration des médecins libéraux varois avec les acteurs de la protection de l'enfance

Notre étude souligne le sentiment d'isolement des médecins et leur souhait d'avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var. Repérer et prendre en charge les enfants en danger ou risque de danger nécessite une collaboration des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance afin d'aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire efficace grâce à une communication efficace. La mesure n°5 du plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022 préconise l'amélioration du travail en réseau des professionnels. Les médecins libéraux doivent se sentir soutenus par les nombreux partenaires locaux spécialisés dans ce domaine de repérage. Ainsi ils ne doivent pas hésiter à demander conseil au pédiatre de l'UAPED, au médecin référent « protection de l'enfance », à la CRIP, au procureur de la République, mais également aux médecins de PMI ou aux pédiatres des urgences de l'hôpital de proximité.

Ces acteurs, du fait de leur rôle de soutien essentiel auprès des médecins libéraux, doivent se faire davantage connaître. Par exemple, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Var pourrait diffuser chaque année des documents d'informations afin de faciliter l'identification pour les médecins libéraux des partenaires de la protection de l'enfance de proximité.

Il nous semble également important d'organiser des rencontres entre les médecins varois et les autres acteurs de la protection de l'enfance pour partager les expériences et difficultés de chacun afin d'améliorer leur coopération pour une meilleure prise en charge des enfants.

De plus, pour favoriser la collaboration de la CRIP avec les médecins libéraux varois et ne pas les mettre de côté, il faudrait qu'un accusé de réception soit systématiquement envoyé au médecin réalisant une IP afin qu'il puisse être informé que sa demande a bien été prise en compte.

Par ailleurs, notre étude souligne le manque de connaissance des médecins libéraux varois concernant les coordonnées des acteurs de la protection de l'enfance. Après discussion avec la CRIP et l'ODPE du Var, il n'existe pas dans le département de document regroupant les coordonnées actuelles des acteurs de la protection de l'enfance. En recherchant ces coordonnées sur Internet nous avons pris conscience de la difficulté des médecins libéraux à contacter ces acteurs. En effet, le site du conseil départemental du Var présente des coordonnées téléphoniques de la CRIP et du Tribunal judiciaire (lieu d'exercice du procureur de la République) non mises à jour. De plus, nous n'avons pas trouvé celles du médecin référent « protection de l'enfance » ni celle de l'UAPED. Par contre les numéros des PMI sont facilement accessibles.

Ceci conforte la nécessité d'améliorer l'information des médecins libéraux en diffusant régulièrement les coordonnées des acteurs de la protection de l'enfance du Var et leurs modalités de contact. C'est pour cela que nous avons créé un document regroupant ces informations essentielles qui sera ensuite diffusé à tous les médecins libéraux varois dont nous disposons les contacts.

3/ Création et diffusion d'un document d'aide au repérage et à la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans le Var

Pour pallier aux difficultés identifiées par les médecins libéraux varois de notre étude concernant la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger nous avons réalisé un document d'aide au repérage et à la prise en charge, en accord avec les recommandations de la HAS. Ce document, dans un objectif d'harmonisation des pratiques, résume les éléments essentiels à connaître : définitions essentielles, signes d'alerte, cadre légal, procédures d'alerte, coordonnées des acteurs et bibliographie. Nous diffuserons ce document intitulé « **SOS enfance en danger** » par mail à tous les médecins libéraux varois dont nous détenons les adresses.

SOS enfance en danger



Enfant en danger ou en risque de danger :

Lorsque la santé et le développement de l'enfant/adolescent sont compromis ou risquent d'être compromis sans la mise en place d'une intervention

Maltraitance :

- Violences physiques
- Violences sexuelles
- Violences psychologiques
- Négligences
- Traite / Exploitation
- Exposition violence conjugale

Danger grave et immédiat :

- Situations nécessitant une action immédiate du fait :
- de la gravité du danger
 - de la suspicion d'une infraction commise à l'encontre d'un mineur
 - de l'exposition de l'enfant à l'auteur présumé
 - d'une mise en situation de danger par le mineur

Des automatismes à avoir !



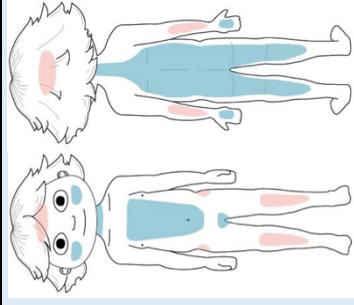
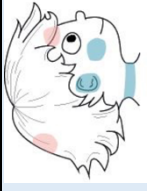
- Toujours déshabiller l'enfant en entier en consultation
- Prendre le périmètre crânien à tout enfant < 1 an ET faire la courbe
- Toujours regarder et remplir le carnet de santé

Une maltraitance est à évoquer devant :

- Toute fracture avant acquisition de la marche
- Toute ecchymose/hématome avant l'âge de 9 mois
- Toute intoxication médicamenteuse/substances avant l'âge de 9 mois
- Toute hypotonie chez un nourrisson pâle
- Toute augmentation brutale du périmètre crânien
- Des plaintes somatiques récurrentes sans fondement organique
- Des troubles variés du comportement
- Histoire clinique absente, incohérente, changeante
- Histoire incompatible avec un accident du fait du mécanisme évoqué, de l'âge de l'enfant et/ou de son développement psychomoteur
- Retard d'accès aux soins, absence de suivi médical ou errance médicale
- Manque d'intérêt des parents pour les lésions ou le pronostic de l'enfant

LESIONS CUTANÉES :

- ▲ Se méfier des ecchymoses de :
 - localisations suspectes
 - formes suspectes



localisations suspectes
trauma habituels

BRÛLURES ÉVOCATRICES :

- contact volontaire : profondes, circonscrites, reproduisant l'agent en cause (cigarette...)
- immersion : profondes et de profondeur uniforme avec une limite nette



- ▲ Se méfier des brûlures profondes aux zones périphériques

PENSER AU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ :

= nourrisson empoigné au niveau du thorax ou des aisselles, secoué violemment par de brusques mouvements d'accélération et décélération de la tête



A évoquer devant :

- signes neurologiques : malaise, hypotonie, déficit moteur brutal, convulsions, apnées, arrêt cardiorespiratoire, augmentation brutale du PC
- signes d'HTIC : vomissement, pleurs, trouble conscience, plafonnement du regard
- signes hémorragiques : pâleur, hypotension, choc hypovolémique

- ▲ Se méfier des pleurs inconsolables

FRACTURES :

- Fractures multiples d'âges différents
- Décollements périostés
- Arrachement épiphysaires

Localisations suspectes :

arc postérieur de côte, omoplates, épineuse vertébrale, sternum, crâne

- ▲ Se méfier si pas de notion d'accident / traumatisme

Une obligation légale de protection !

« Le médecin doit protéger tout mineur victime de sévices ou privations et mettre en œuvre les moyens les plus adéquats : alerter les autorités judiciaires ou administratives »
Article 44 Code de déontologie médicale

L'article 226-14 du Code pénal autorise la révélation du secret professionnel en cas de maltraitance : le médecin peut alerter la CRIP (IP) ou le procureur de la République (signalement) sans que sa responsabilité ne soit engagée devant la juridiction disciplinaire, civile ou pénale, sauf s'il est démontré qu'il a agi de mauvaise foi, c'est-à-dire avec l'intention de nuire.

Il faut utiliser les **modèles de rédaction** diffusés par la HAS et le CNOM pour réaliser une IP, un signalement ou des CMI
=> décrire les lésions, rester objectif ET n'accuser personne !
- site CNOM - rubrique « le médecin face à la maltraitance »
- HAS - modèle type de signalement // cadre national de référence frame pour recueil IP

PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

Suspicion de danger ou risque de danger

Rédaction d'une **information préoccupante**
à transmettre à la **CRIP**
par mail CRIP83@var.fr

- => Évaluation pluridisciplinaire
- sans suite
 - aide financière
 - mesure administrative
 - accompagnement en économie sociale et familiale
 - aide éducative à domicile
 - accompagnement par TISF
 - contrat jeune majeur
 - accueil (placement) provisoire

PROCÉDURE JUDICIAIRE

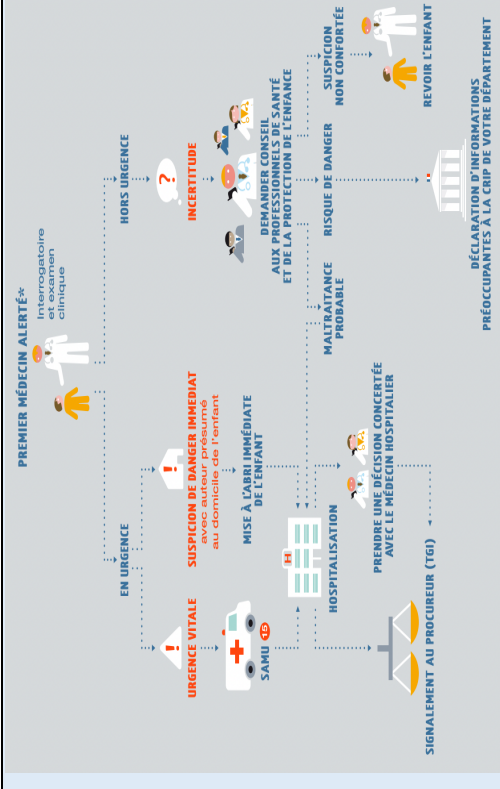
Suspicion de danger grave et immédiat
Demande de mise à l'abri (OPP)

Rédaction d'un **signalement**
à transmettre au **procureur de la République**
par mail tr.tj-toulon@justice.fr
ou mineurs.pr.tj-draguignan@justice.fr
(+ une copie à la CRIP)

- => Enquête judiciaire
- ordonnance de placement provisoire OPP
 - mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)
 - assistance éducative en milieu ouvert
 - mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF)
 - mesure de protection judiciaire en milieu ouvert jeune majeur
 - accueil (placement)

! S'assurer de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital (appel) sinon faire un signalement

Demander conseil
- CRIP
- Dr Thibault
- UAPED
- PMI



Une règle d'or : NE JAMAIS RESTER SEUL EN CAS DE DOUTE

N° joignables 24h/24 sauf CRIP / UAPED / Dr Thibault (heures ouvrables)

- CRIP Var : 08 00 10 10 83 / CRIP83@var.fr
- Parquet de Toulon : 04 94 18 90 05 / tr.tj-toulon@justice.fr
- Parquet de Draguignan : 04 94 60 57 66 / mineurs.pr.tj-draguignan@justice.fr
- Brigade de protection de la famille : 04 98 03 55 15
- dont Officier de Police Judiciaire : 04 98 03 53 79
- Dr Thibault (médecin référent PE) : appeler la CRIP qui transférera l'appel
- UAPED Draguignan : 04 94 60 52 16 (secrétariat)
- UAPED Toulon : en attente
- Urgences pédiatriques Toulon : 04 94 14 54 01 / Draguignan : 04 94 60 50 00
- « Allô enfance en danger » : 119

DOCUMENTS INTERNET UTILES :

- Site Internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins : rubrique « le médecin face à la maltraitance »
- Recommandations de bonne pratique HAS :
 - Repérage et signalement de l'inceste pour les médecins (2012)
 - Fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir (juillet 2017)
 - Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant : arbre décisionnel (2017)
 - Maltraitance enfant - **modèle type de signalement**
 - Syndrome du bébé secoué ou TC non accidentel par secouement (2017)
 - Cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger (2021) avec outil 1 : **trame pour le recueil des IP (2021)**

CONCLUSION

Les médecins généralistes et pédiatres libéraux, acteurs essentiels du suivi médical de l'enfant, ont une obligation légale de protection. Pourtant, sur le plan national, seulement 5 % des signalements pour maltraitance émanent de médecins (4% de médecins hospitaliers et 1 % de libéraux). Les médecins libéraux doivent savoir détecter les situations préoccupantes et alerter les autorités compétentes afin d'orienter l'enfant vers les professionnels chargés de réaliser une évaluation pluridisciplinaire de sa situation. Face à la suspicion d'un enfant en danger ou risque de danger, les médecins doivent adresser une information préoccupante à la CRIP. En cas de suspicion de danger grave et immédiat ils doivent adresser un signalement au procureur de la République (avec une copie à la CRIP). Tout médecin suspectant un enfant en danger ou risque de danger ne doit jamais rester seul avec ses inquiétudes. En cas de doute sur la conduite à tenir, les médecins libéraux peuvent demander conseil aux autres partenaires locaux de la protection de l'enfance. L'objectif est d'agir le plus tôt possible pour éviter les conséquences à court et long terme des situations de danger ou risque de danger sur la santé et le devenir de l'enfant.

Notre étude a permis de faire un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes et pédiatres libéraux du Var concernant la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger dans un objectif d'amélioration. La majorité des médecins interrogés, mais surtout les pédiatres, ont déjà été confrontés à cette problématique avec une prédominance pour les situations d'enfant en risque de danger. Cependant, encore trop de médecins, qu'ils soient généralistes ou pédiatres, présentent des difficultés pour réaliser une prise en charge efficace avec notamment une confusion dans le rôle et les modalités de réalisation et d'adressage de l'IP et du signalement mais également dans l'identification des interlocuteurs pouvant les aider en cas de doute. Le principal frein au signalement déclaré par les médecins est la peur de l'erreur diagnostique. La majorité des médecins de l'étude se sentent isolés et insuffisamment formés malgré leur souhait d'avoir davantage d'échanges avec les autres acteurs de la protection de l'enfance.

Ce constat nous a permis de présenter des pistes d'améliorations que nous pensons essentielles afin d'optimiser les pratiques des médecins libéraux. Nous pensons qu'il est important de renforcer la formation initiale et continue, l'information et la sensibilisation des médecins libéraux au sujet de la protection de l'enfance. Développer une collaboration plus efficace entre les médecins et les autres acteurs de la protection de l'enfance semble essentiel afin de faciliter le travail pluridisciplinaire (médical, social et judiciaire) nécessaire au repérage et à la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger par les médecins généralistes et pédiatres libéraux. La mise en place de l'UAPED de Draguignan et prochainement celle de Toulon est une grande avancée pour les médecins libéraux varois qui pourront y trouver des conseils afin de gérer certaines situations complexes mais également un lieu ressource où adresser leurs patients si nécessaire. Ces unités viennent s'ajouter au médecin référent « protection de l'enfance », aux médecins de PMI et aux pédiatres hospitaliers qui sont également des relais intéressants pour le médecin libéral face à une suspicion d'enfant en danger ou risque de danger.

A notre échelle, nous avons réalisé un document d'aide au repérage et à la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger intitulé « SOS enfance en danger ». Nous espérons que sa diffusion aux médecins généralistes et pédiatres libéraux varois sera une aide concrète pour ceux rencontrant des difficultés et participera également à leur sensibilisation au sujet de l'enfance en danger.

La présentation de notre étude lors de la soirée « protection de l'enfance » organisée par l'association APPAT83 en mars 2023 contribuera également à cette volonté de promouvoir la formation continue des médecins.

Il pourrait être intéressant d'évaluer lors d'une étude ultérieure l'évolution des pratiques des médecins libéraux varois concernant le repérage et la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger afin de poursuivre, si besoin, le développement d'outils adaptés à leurs difficultés.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants [En ligne]. Genève : OMS ; 2017. 112 p. Disponible : <https://inspire-strategies.org/sites/default/files/2020-06/French.pdf>
- (3) Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020 [En ligne]. Paris : ONPE ; 2022. 16 p. Disponible : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2020_ok.pdf
- (4) Haute Autorité de Santé. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Préambule [En ligne]. Paris : HAS ; 2021. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_preambule.pdf
- (5) Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État - Article 37 [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000320195>
- (6) Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/>
- (7) Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/#:~:text=%2DL>
- (8) Loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771>

(9) Haute Autorité de Santé. Cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger [En ligne]. Paris : HAS ; 2021 [cité le 2 juin 2021]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference#:~:text=Le%20cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20vise,enfants%2Fadolescents%20et%20leurs%20familles

(10) Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité [En ligne]. Paris ; 2021. 28 p. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf

(11) Martin-Blachais MP. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance [En ligne]. Paris ; 2017. 129 p. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf

(12) Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Paris : Faubert ; 2011. 55 p.

(13) Soares-Boucaud I, Simson JP. Maltraitements, psychotraumatisme et troubles cognitifs chez l'enfant. EMC psychiatrie. 2016;13(37):1-8.

(14) Gauthier S. Psychotraumatisme, traumatisme psychique : quelle violence faite au psychisme? Psyway, santé mentale et numérique. 28 février 2022.

(15) Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitements chez l'enfant. Paris : Lavoisier ; 2013. 230 p.

(16) Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitements infantile sur le développement de la personne. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2019;(26-27):520-525.

(17) Sylvestre A, Bussièrès EL, Bouchard C. Language problems among abused and neglected children : a meta-analytic review. Child Maltreat. 2016;21(1):47-58.

(18) Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect : a systematic review and meta-analysis. Plos Medicine. 2012; 9(11):e1001349.

(19) Balençon M. Pédiatrie médico-légale. Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé. Paris : Elsevier Masson ; 2020. 296 p.

(20) Code de la santé publique - Article R.4127-43 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912906/

(21) Code pénal - Article 226-14 [En ligne]. Code pénal. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031428820/2016-10-09

(22) Compte rendu de la mission confiée par le Défenseur des droits et son adjointe, la Défenseure des enfants, à M. Alain Grevot, Délégué thématique, sur l'histoire de Marina [En ligne]. 30 juin 2014. 93p. Disponible : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12514&opac_view=-1

(23) Kuszelewicz M. Affaire Gabin : le médecin de famille condamné pour non-assistance à personne en danger [En ligne]. France Bleu Creuse. 2 juillet 2020. Disponible : <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/affaire-gabin-le-medecin-de-famille-est-juge-ce-jeudi-au-tribunal-de-gueret-1591209926>

(24) Trebert B. Affaire de Noyelles-Sous-Lens : pourquoi la maltraitance infantile est « une bombe à retardement » [En ligne]. Actu. 7 septembre 2022. Disponible : https://actu.fr/societe/affaire-de-noyelles-sous-lens-pourquoi-les-enfants-maltraites-sont-des-bombes-a-retardement_53628049.html

(25) Direction de la sécurité sociale. Les chiffres clés de la sécurité sociale 2020 [En ligne]. Paris ; 2021. 44 p. Disponible: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2021/CHIFFRES%20CLES%202020%20ED2021.pdf>

(26) Ministère des solidarités et de la santé. Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences [En ligne]. 2021 [cité le 15 juin 2022]. Disponible : https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf

(27) Sénat. Compte rendu intégral des débats, séance du 10 mars 2015 [En ligne]. 2015 [cité le 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/seances/s201503/s20150310/s20150310009.html>.

(28) Simeon S. Enfants en danger : questionnaire aux médecins généralistes et aux pédiatres de la région PACA [Thèse d'exercice : médecine]. Marseille : Université Aix-Marseille ; 2018.

(29) Baccino J. Maltraitements infantiles : dépistage par les médecins généralistes de la région PACA [Thèse d'exercice : médecine]. Marseille : Université Aix-Marseille ; 2021.

(30) Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance 83. Présentation des données de la politique enfance, instance plénière du 17 octobre 2019 [En ligne]. 2019 [cité le 1 janvier 2021].. Disponible : <https://drive.google.com/file/d/1UwTuFejkwCHqLYihlA3byHNSDepihGT/view>.

(31) Verrier M. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage [Thèse d'exercice : médecine]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2015.

(32) Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, fiche Mémo [En ligne]. 2017 [cité 15 octobre 2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

(33) 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 [Thèse d'exercice : médecine]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017.

(34) Cassagnes L, Delabarre M. Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Etude recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège [Thèse d'exercice : médecine]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2019.

(35) Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide pratique Protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [En ligne]. 2007. 35 p. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_cellule_depart.pdf

(36) Arrieta A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Enquête descriptive prospective en Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice : médecine]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2013.

(37) Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance de Loire-Atlantique. La protection de l'enfance en 2019 [En ligne]. 2020 [cité 10 octobre 2022]. Disponible : https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/202010/regard_sur_10_protection_enfance_sept2020.pdf

(38) 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 [Thèse d'exercice : médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2021.

(39) Bontil L. Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime [Thèse d'exercice : médecine]. Rouen : Université UFR Santé de Rouen Normandie; 2020.

(40) Vandon Y. Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Narbonnais [Thèse d'exercice : médecine]. Montpellier : Université de Montpellier ; 2021.

(41) Code de l'action sociale et des familles - Article L.226-2-2 [En ligne]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI0000067

(48) King G, Reece R, Bendel R and Patel V. The Effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. *Child Maltreatment*. 1998;3(3):276-283.

(49) Otterman G, Jalsenius M, Maguire S, Sarkadi A, Janson S. Paediatric approaches to child maltreatment are subject to wide organizational variations across Europe. *Acta Paediatr*. 2017;106(7):1110-1117.

(50) Cordier S. Maltraitance des enfants : une étude démontre l'effet du confinement sur les violences physiques [En ligne]. *Le Monde*. 22 décembre 2020. Disponible: https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/12/22/maltraitance-des-enfants-les-hospitalisations-pour-violences-ont-augmente-de-50-lors-du-premier-confinement_6064220_3224.html

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

(52) Agence nationale du DPC. Fiches de cadrage relatives aux orientations prioritaires 2023-2025. [En ligne]. 2023. [cité le 2 janvier 2023]. Disponible : https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/26_01_23_fiches_de_cadrage_conso_i_et_ii_260123_compressed.pdf

(53) AFPA. Les programmes de formation AFPA 2022 [En ligne]. Disponible : <https://afpa.org/formations/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les différents types de maltraitances selon la Haute Autorité de Santé

Définitions extraites du Cadre national de référence publié par la HAS en 2021

Les violences physiques :

« Usage intentionnel de la force physique qui entraîne - ou risque fortement d'entraîner - un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pied, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner, faire suffoquer... »

Les violences sexuelles :

« Fait de forcer ou d'inciter un enfant à prendre part à une activité sexuelle (...) Les activités sexuelles comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique :

- les activités sexuelles sans contact physique, comme imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles
- les activités sexuelles avec contact physique, incluant les actes avec pénétration anale ou génitale par un sexe, mais aussi par un doigt ou au moyen d'un objet ; les actes avec pénétration orale par un sexe, faite sur le mineur ; le fait d'inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels ; les actes sans pénétration (attouchements), avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise
- l'exploitation sexuelle à des fins de pornographie, l'incitation à la prostitution... »

Les violences psychologiques :

« Exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. »

Les négligences :

« Incapacité persistante de répondre aux besoins physiques et/ou psychologiques fondamentaux d'un enfant ou d'un adolescent. Elle est susceptible d'entraîner une altération grave de sa santé ou de son développement. La négligence peut se produire pendant la grossesse sous la forme d'un abus de substances toxiques par la mère. Une fois qu'un enfant est né, la négligence peut impliquer qu'un parent ou une personne qui s'occupe de lui :

- ne lui fournisse pas une alimentation, des vêtements et un logement adéquats (jusqu'à l'exclusion du foyer ou l'abandon)
- ne protège pas l'enfant/adolescent contre un danger, une blessure physique et/ou émotionnelle
- n'assure pas une surveillance adéquate (y compris le recours à des gardes d'enfants inadéquats)
- n'assure pas un accès aux soins ou à des traitements médicaux appropriés. [...] »

L'exposition à la violence conjugale :

« Les violences conjugales constituent une maltraitance de l'enfant/adolescent qui est en danger ou risque de l'être du fait des conséquences qu'elles ont sur sa santé et son développement à court, moyen et long termes (psycho-trauma). La violence au sein du couple est définie comme des actes de violence entre partenaires intimes et comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles (y compris les rapports sexuels non consentis entre partenaires intimes), ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime ». Elle survient « si le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler sa/son partenaire et de la/le maintenir sous emprise. Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent ». Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation.

La traite/l'exploitation :

« Les enfants et les jeunes victimes de la traite sont privés de leurs droits fondamentaux et sont contraints à l'exploitation, par exemple à la servitude domestique, au mariage forcé, à des activités criminelles, à la mendicité, à l'escroquerie aux prestations sociales, au trafic de drogue, à travailler dans des ateliers clandestins ou dans des restaurants... Ils peuvent sembler se soumettre volontairement par peur pour eux-mêmes ou leur famille, ou parce que leurs parents ont accepté la situation ou en raison de contreparties financières. »

6. Avez-vous déjà été confronté à une suspicion d'enfant en risque de maltraitance ?

oui non

7. Si oui, quels ont été les signes qui vous ont alertés sur la possibilité que l'enfant soit en risque de maltraitance ?

- inadéquation des soins aux besoins de l'enfant
- refus des vaccinations par les parents
- comportements inadaptés des parents
- retard de recours aux soins
- parents en souffrance risquant de mettre en danger l'enfant
- régime alimentaire source de carence malgré avis médicaux répétés

réponse libre

8. Comment avez-vous géré cette situation ? Ou, si vous n'avez jamais été confronté à cela, comment l'auriez-vous gérée ?

- j'ai demandé à revoir la famille dans un bref délai
- j'ai proposé à la famille la mise en place d'une TISF
- j'ai discuté le dossier avec :
 - l'hôpital
 - un confrère libéral
 - la PMI
 - le médecin scolaire
 - le 119
 - l'ordre des médecins
 - la CRIP
 - le procureur de la République
- j'ai fait hospitaliser l'enfant
- j'ai rédigé une information préoccupante
- j'ai rédigé un signalement
- je ne fais rien

réponse libre

9. Avez-vous déjà été confronté à une suspicion d'enfant maltraité ?

oui non

10. Si oui, quels ont été les signes qui vous ont fait évoquer ce diagnostic ?

- traumatisme crânien avant l'âge d'acquisition de la marche
- fracture osseuse avant l'âge d'acquisition de la marche
- brûlure avant l'âge d'acquisition de la marche
- augmentation subite du périmètre crânien chez un nourrisson
- hypotonie et pâleur inhabituelle chez un nourrisson
- fractures suspectes (localisation ou contexte)
- ecchymoses suspectes (localisation ou contexte)
- refus de prise en charge médicale des parents mettant en danger l'enfant
- allégation de faits de maltraitance par l'enfant ou un proche
- négligence lourde
- signes de maltraitance psychologique
- intoxication chez les enfants de moins de 9 mois

réponse libre

11. Comment avez-vous géré cette situation ? Ou, si vous n'avez jamais été confronté à cela, comment l'auriez-vous gérée ?

- j'ai demandé à revoir la famille dans un bref délai
- j'ai proposé à la famille la mise en place d'une TISF
- j'ai discuté le dossier avec :
 - l'hôpital
 - un confrère libéral
 - la PMI
 - le médecin scolaire
 - le 119
 - l'ordre des médecins
 - la CRIP
 - le procureur de la République
- j'ai fait hospitaliser l'enfant
- j'ai rédigé une information préoccupante
- j'ai rédigé un signalement
- je ne fais rien
- réponse libre

12. Avez-vous déjà été confronté à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles ?

oui non

13. Si oui, quels ont été les signes qui vous ont fait évoquer ce diagnostic ?

- allégation de l'enfant d'attouchement sexuel ou de viol
- allégation des parents / proches d'attouchement sexuel ou de viol
- infections urinaires récurrentes chez l'enfant prépubère
- infections génitales répétées
- examen anormal de l'hymen
- lésion(s) pénienn(e)s
- anomalie(s) de la marge anale
- demande précoce de contraception
- grossesse ou IVG à un âge précoce
- réponse libre

14. Comment avez-vous géré cette situation ? Ou, si vous n'avez jamais été confronté à cela, comment l'auriez-vous gérée ?

- j'ai discuté le dossier avec :
 - l'hôpital
 - un confrère libéral
 - la PMI
 - le médecin scolaire
 - le 119
 - l'ordre des médecins
 - la CRIP
 - le procureur de la République
- j'ai conseillé à la famille d'aller porter plainte au commissariat
- j'ai fait hospitaliser l'enfant
- j'ai rédigé une information préoccupante
- j'ai rédigé un signalement
- je ne fais rien
- réponse libre

15. Quelles sont les situations les plus difficiles à repérer d'après vous ?

- violences physiques
- syndrome du bébé secoué
- violences psychologiques
- violences sexuelles
- négligences
- syndrome de Münchhausen par procuration

Pourquoi ?

16. Avez-vous déjà ressenti un sentiment d'isolement devant une situation de suspicion d'enfant en danger ?

- oui non

17. Quels sont d'après vous les freins compromettant le repérage d'une situation de suspicion de maltraitance ?

- difficulté d'annoncer à la famille cette démarche
- peur de l'erreur diagnostique devant l'absence de signes évidents
- peur du reproche du non-respect du secret médical en cas d'erreur diagnostique
- manque d'objectivité du médecin vis-à-vis d'une famille qu'il connaît depuis longtemps
- manque de temps
- peur de représailles de la famille
- manque de connaissances des procédures
- absence de modèle de rédaction de l'IP ou du signalement
- manque de sensibilisation au sujet de l'enfance en danger
- peur du placement systématique de l'enfant
- je n'y pense pas

réponse libre

18. Avez-vous l'habitude durant vos consultations

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| d'examiner les enfants systématiquement déshabillés | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| de prendre le périmètre crânien chez l'enfant < 1 an | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| de remplir le carnet de santé quand il est disponible | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| d'aborder le sujet des violences conjugales | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| d'aborder le sujet de divorce conflictuel | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

19. Avez-vous une affiche d'information « 119 allô enfance en danger » dans votre salle d'attente ou cabinet ?

- oui non

20. La situation sanitaire actuelle a eu un impact sur l'augmentation du nombre de maltraitance envers les enfants. Êtes-vous plus sensible au dépistage des maltraitances infantiles depuis l'épidémie du COVID 19 et les confinements itératifs ?

oui non

Partie 3 : Concernant l'information préoccupante et le signalement

Information préoccupante : information transmise pour alerter le président du Conseil départemental sur la situation d'un mineur lorsque l'on craint que sa santé, sa sécurité ou sa moralité soient en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être

Signalement : il doit être réalisé quand un mineur est en situation de danger grave nécessitant une protection judiciaire sans délai

<p>21. Avez-vous déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'une information préoccupante ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>22. Si oui, avez-vous réalisé cette information préoccupante ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>23. À qui avez-vous transmis cette information préoccupante ? Si vous n'avez jamais rédigé d'information préoccupante, à qui l'auriez-vous transmise ?</p> <p><input type="checkbox"/> hôpital <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> ASE <input type="checkbox"/> CRIP <input type="checkbox"/> procureur de la République <input type="checkbox"/> police</p>	<p>24. Avez-vous déjà rencontré une situation qui aurait nécessité la réalisation d'un signalement ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>25. Si oui, avez-vous réalisé ce signalement ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>26. À qui avez-vous transmis ce signalement ? Si vous n'avez jamais rédigé de signalement, à qui l'auriez-vous transmise ?</p> <p><input type="checkbox"/> hôpital <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> ASE <input type="checkbox"/> CRIP <input type="checkbox"/> procureur de la République <input type="checkbox"/> police</p>
---	---

27. Avez-vous un modèle pour rédiger :

une information préoccupante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
un signalement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

28. Si vous avez déjà transmis une information préoccupante ou un signalement, avez-vous rencontré des difficultés lors de ces démarches ?
oui non

29. Si oui, à quel moment de la démarche ?

lors de l'annonce à la famille	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
lors de la rédaction	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
lors de l'accompagnement ultérieur de la famille	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Partie 4 : Liens des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var

30. Avez-vous les coordonnées des acteurs de la protection de l'enfance suivant

Médecin référent maltraitance de l'hôpital de secteur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
PMI du secteur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médecins scolaires du secteur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médecin de la CRIP	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
CRIP pour adresse l'information préoccupante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Procureur de la République pour adresser le signalement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

31. Souhaitez-vous avoir plus d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var ?
oui non

32. Connaissez-vous l'existence de l'ODPE 83 (Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance) ?
oui non

Partie 5 : Formation des médecins dans le domaine de la maltraitance infantile

33. Avez-vous reçu une formation au sujet de la maltraitance infantile ?

durant votre formation universitaire oui non
durant votre formation continue oui non

Si oui, précisez le type (DU, congrès, personnelle...)

34. Sur les 5 dernières années, avez-vous déjà été invité à une formation sur le thème de la maltraitance infantile ? oui non

35. Vous sentez-vous suffisamment formé dans le domaine de la maltraitance infantile ?

oui non

36. Avez-vous déjà lu les fiches HAS de recommandations suivantes ?

Fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir (2017)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant (2017)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Modèle type de signalement (juillet 2017)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Repérage et signalement de l'inceste pour les médecins (2011)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Syndrome du bébé secoué (2017)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Souhaitez-vous ajouter un commentaire libre ?

Remerciements :

Je vous remercie de votre participation.

Je vous adresserai les résultats de ce travail de thèse par mail.

Je vous transmettrai également un document reprenant les éléments essentiels sur l'enfance en danger, les coordonnées utiles des acteurs de la protection de l'enfance et des aides à la rédaction d'une information préoccupante et d'un signalement.

Clémence Desmarets

ANNEXE 3 : Confrontation des médecins à une suspicion d'enfant en danger (maltraité) ou risque de danger et signes d'alerte ayant fait suspecter le diagnostic

<i>Confrontation des médecins</i>	Population étudiée (N = 162) n (%)	Médecins généralistes (N = 134) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p-values
A une suspicion d'enfant en risque de danger	106 (65,4)	80 (59,7)	26 (92,9)	0,001^a
A une suspicion d'enfant maltraité	66 (40,7)	43 (32,1)	23 (82,1)	0^a
A une suspicion d'enfant victimes de violences sexuelles	58 (35,8)	36 (26,9)	22 (78,6)	0^a
A au moins une de ces 3 situations	122 (75,3)	95 (70,9)	27 (96,4)	0,06^a

p^a : chi-2 test

<i>Signes d'alerte dans le cadre d'une suspicion d'enfant en risque de danger</i>	Population étudiée (N = 106) n (%)	Médecins généralistes (N = 80) n (%)	Pédiatres (N = 26) n (%)
Comportement inadapté des parents	61 (57,5)	43 (53,8)	18 (69,2)
Parents en souffrance	54 (50,9)	39 (48,8)	15 (57,7)
Inadéquation des soins aux besoins de l'enfant	38 (35,8)	25 (31,3)	13 (50)
Refus de vaccinations par les parents	37 (34,9)	29 (36,3)	8 (30,8)
Retard de recours aux soins	25 (23,6)	18 (22,5)	7 (26,9)
Régime alimentaire source de carence malgré avis médical	23 (21,7)	13 (16,3)	10 (38,5)

<i>Signes d'alerte dans le cadre d'une suspicion d'enfant maltraité</i>	Population étudiée (N = 66) n (%)	Médecins généralistes (N = 43) n (%)	Pédiatres (N = 23) n (%)
Allégation de faits de maltraitance par l'enfant ou un proche	29 (43,9)	15 (34,9)	14 (60,9)
Ecchymoses suspectes (localisation, contexte)	26 (39,4)	17 (40)	9 (39,1)
Signes de maltraitance psychologique	18 (27,3)	11 (25,6)	7 (30,4)
Fractures osseuses avant acquisition de la marche	14 (21,2)	5 (11,6)	9 (39,1)
Fractures suspectes (multiples, contexte)	10 (15,2)	5 (11,6)	5 (21,7)
Refus de prise en charge médicale par les parents	9 (13,6)	6 (14)	3 (13)
Négligence lourde	8 (12,1)	5 (11,6)	3 (13)
Brûlure avant acquisition de la marche	8 (12,1)	4 (9,3)	4 (17,4)
Traumatisme crânien avant acquisition de la marche	4 (6,1)	2 (4,7)	2 (8,7)
Hypotonie et pâleur inhabituelle chez nourrisson	4 (6,1)	3 (7)	1 (4,3)
Intoxication chez nourrisson de moins de 9 mois	2 (3)	1 (2,3)	1 (4,3)
Augmentation subite du périmètre crânien chez un nourrisson	1 (1,5)	0 (0)	1 (4,3)

<i>Signes d'alerte dans le cadre d'une suspicion d'enfant suspect de violences sexuelles</i>	Population étudiée (N = 58) n (%)	Médecins généralistes (N = 36) n (%)	Pédiatres (N = 22) n (%)
Allégation par un parent ou un proche de violences sexuelles	42 (72,4)	21 (58,3)	21 (95,5)
Allégation par l'enfant de violences sexuelles	25 (43,1)	11 (30,6)	14 (63,6)
Infections génitales répétées	3 (5,2)	2 (5,6)	1 (4,5)
Anomalie de la marge anale	3 (5,2)	2 (5,6)	1 (4,5)
Infections urinaires récurrentes chez l'enfant prépubère	2 (3,4)	1 (2,8)	1 (4,5)
Examen anormal de l'hymen	2 (3,4)	1 (2,8)	1 (4,5)
Lésion pénienne	1 (1,7)	0 (0)	1 (4,5)
Demande précoce de contraception	1 (1,7)	0 (0)	1 (4,5)
Grossesse ou Interruption Volontaire de Grossesse à un âge précoce	1 (1,7)	0 (0)	1 (4,5)

ANNEXE 4 : Prise en charge en fonction du cadre clinique

<i>Prise en charge face à une suspicion d'enfant en risque de danger</i>	Population étudiée (N = 152) n (%)	Médecins généralistes (N = 124) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p- values
Appeler la PMI	50 (32,9)	36 (29)	14 (50)	0,045^a
Appeler un confrère libéral	29 (19,1)	26 (21)	3 (10,7)	0,290 ^a
Appeler la CRIP	17 (11,2)	7 (5,6)	10 (35,7)	0^b
Appeler l'hôpital	15 (9,9)	12 (9,7)	3 (10,7)	1 ^b
Appeler le médecin scolaire	10 (6,6)	8 (6,5)	2 (7,1)	1 ^b
Appeler le procureur de la République	10 (6,6)	7 (5,6)	3 (10,7)	0,393 ^b
Appeler l'Ordre des médecins	7 (4,6)	5 (4)	2 (7,1)	0,613 ^b
Appeler le 119	1 (0,7)	1 (0,8)	0 (0)	1 ^b
Revoir la famille	97 (63,8)	80 (64,5)	17 (60,7)	0,829 ^a
Faire hospitaliser l'enfant	32 (21,1)	24 (19,4)	8 (28,6)	0,308 ^a
Rédiger une IP	32 (21,1)	18 (14,5)	14 (50)	0^a
Rédiger un signalement	25 (16,4)	19 (15,3)	6 (21,4)	0,410 ^b
Mettre en place un TISF	13 (8,6)	9 (7,3)	4 (14,3)	0,464 ^b
Ne rien faire	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-

<i>Prise en charge face à une suspicion d'enfant maltraité</i>	Population étudiée (N = 146) n (%)	Médecins généralistes (N = 118) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p- values
Appeler un confrère libéral	30 (20,5)	29 (24,6)	1 (3,6 %)	0,017^a
Appeler la PMI	28 (19,2)	22 (18,6)	6 (21,4)	0,790 ^a
Appeler l'hôpital	27 (18,5)	18 (15,3)	9 (32,1)	0,058 ^a
Appeler le procureur de la République	24 (16,4)	14 (11,9)	10 (35,7)	0,005^b
Appeler la CRIP	14 (9,6)	8 (6,8)	6 (21,4)	0,029^b
Appeler l'ordre des médecins	12 (8,2)	10 (8,5)	2 (7,1)	1 ^b
Appeler le médecin scolaire	10 (6,8)	9 (7,6)	1 (3,6)	0,688 ^b
Appeler le 119	5 (3,4)	5 (4,2)	0 (0)	0,584 ^b
Faire hospitaliser l'enfant	54 (37)	44 (37,3)	10 (35,7)	1 ^a
Rédiger un signalement	42 (28,8)	32 (27,1)	10 (35,7)	0,486 ^a
Revoir la famille	42 (28,8)	34 (28,8)	8 (28,6)	1 ^a
Rédiger une IP	24 (16,4)	13 (11)	11 (39,3)	0,001^b
Mettre en place un TISF	3 (2,1)	2 (1,7)	1 (3,6)	0,475 ^b
Ne rien faire	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-

<i>Prise en charge face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles</i>	Population étudiée (N = 137) n (%)	Médecins généralistes (N = 109) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p- values
Appeler l'hôpital	34 (24,8)	25 (22,9)	9 (32,1)	0,333 ^a
Appeler un confrère libéral	25 (18,2)	23 (21,1)	2 (7,1)	0,105 ^a
Appeler le procureur de la République	22 (16,1)	16 (14,7)	6 (21,4)	0,394 ^b
Appeler la PMI	21 (15,3)	14 (12,8)	7 (25)	0,133 ^b
Appeler la CRIP	16 (11,7)	7 (6,4)	9 (32,1)	0,001^b
Appeler l'ordre des médecins	10 (7,3)	9 (8,3)	1 (3,6)	0,687 ^b
Appeler le médecin scolaire	8 (5,8)	7 (6,4)	1 (3,6)	1 ^b
Appeler le 119	2 (1,5)	2 (1,8)	0 (0)	1 ^b
Conseiller à la famille de porter plainte	59 (43,1)	42 (38,5)	17 (60,7)	0,053 ^a
Faire hospitaliser l'enfant	49 (35,8)	41 (37,6)	8 (28,6)	0,391 ^a
Rédiger un signalement	35 (25,5)	24 (22)	11 (39,3)	0,087 ^a
Rédiger une IP	22 (16,1)	13 (11,9)	9 (32,1)	0,018^b
Ne rien faire	1 (0,7)	1 (0,9)	0 (0)	1 ^b

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale ; PMI : Protection Maternelle et Infantile

IP : Information Préoccupante ; CRIP : Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

ANNEXE 5 : Prise en charge efficiente

Prise en charge efficiente selon le cadre clinique	Population étudiée (N = 162)	Médecins généralistes (N = 134)	Pédiatres (N = 28)	p-values
	n / total (%)	n / total (%)	n / total (%)	
Prise en charge efficiente face à une suspicion d'enfant en risque de danger	26 / 152 (17,1)	18 / 124 (14,5)	8 / 28 (28,6)	0,095 ^b
Prise en charge efficiente face à une suspicion d'enfant maltraité	78 / 146 (53,4)	62 / 118 (52,5)	16 / 28 (57,1)	0,680 ^a
Prise en charge efficiente face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles	61 / 137 (44,5)	52 / 109 (47,7)	9 / 28 (32,1)	0,2 ^a

Prise en charge efficiente face à une suspicion d'enfant en risque de danger	Médecins réalisant une prise en charge efficiente (N = 26) n (%)	Médecins réalisant une prise en charge non efficiente (N = 126) n (%)	p- values
Spécialité du médecin médecin généraliste pédiatre	18 (69,2) 8 (30,8)	106 (84,1) 20 (15,9)	0,095 ^b
Genre femme homme	17 (65,4) 9 (34,6)	63 (50) 63 (50)	0,197 ^a
Age < 35 ans 35-49 ans 50-64 ans > 65 ans	3 (11,5) 7 (26,9) 12 (46,2) 4 (15,4)	15 (11,9) 38 (30,2) 55 (43,7) 18 (14,3)	0,988 ^b
Milieu d'exercice urbain rural	25 (96,2) 1 (3,8)	114 (90,5) 12 (9,5)	0,699 ^b
Avoir une activité complémentaire en service d'urgence	2 (7,7)	8 (6,3)	1 ^b
Nombre d'années d'exercice en cabinet libéral < 10 ans > 10 ans	9 (34,6) 17 (65,4)	41 (32,5) 85 (67,5)	1 ^a
Avoir déjà suspecté un enfant en risque de danger	18 (69,2)	88 (69,8)	1 ^a
Avoir ressenti un sentiment d'isolement face à une suspicion d'enfant en risque de danger	15 (57,7)	65 (51,6)	0,520 ^a
Pratiques en consultation remplir le carnet de santé prendre le périmètre crânien à tout enfant de < 1 an déshabiller systématiquement chaque enfant aborder le sujet du divorce conflictuel aborder le sujet des violences conjugales	26 (100) 24 (92,3) 19 (73,1) 14 (53,8) 4 (15,4)	123 (97,6) 117 (92,9) 93 (73,8) 75 (59,5) 29 (23)	1 ^b 1 ^a 1 ^a 0,664 ^a 0,448 ^a
Avoir l'affiche 119 dans le cabinet médical	4 (15,4)	13 (10,3)	0,494 ^b
Avoir un modèle de rédaction pour l'IP pour le signalement	6 (23,1) 4 (15,4)	20 (15,9) 18 (14,3)	1 ^b 1 ^b
Connaître les coordonnées PMI du secteur d'exercice CRIP procureur de la République médecin scolaire du secteur d'exercice médecin référent « protection de l'enfance » médecin référent maltraitance de l'hôpital de proximité	20 (76,9) 11 (42,3) 9 (34,6) 5 (19,2) 5 (19,2) 4 (15,4)	73 (57,9) 23 (18,3) 44 (34,9) 13 (10,3) 7 (5,6) 8 (6,3)	0,080 ^a 0,011^a 1 ^a 0,197 ^b 0,034^b 0,126 ^b
Souhaiter avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance	23 (88,5)	106 (84,1)	0,767 ^b
Formation avoir une formation universitaire avoir une formation continue avoir le sentiment d'être suffisamment formé	8 (30,8) 12 (46,2) 3 (11,5)	45 (35,7) 33 (26,2) 19 (15,1)	0,661 ^a 0,049^a 0,768 ^b
Avoir lu les recommandations de la HAS : - fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir (2017) - outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant (2017) - modèle type de signalement (juillet 2017) - repérage et signalement de l'inceste pour les médecins (2011) - syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement (2017)	5 (19,2) 0 (0) 1 (3,8) 0 (0) 1 (3,8)	34 (27) 17 (13,5) 18 (14,3) 9 (7,1) 18 (14,3)	0,471 ^a 0,045^b 0,2 ^b 0,359 ^b 0,2 ^b

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

Prise en charge efficiente face à une suspicion d'enfant maltraité	Médecins réalisant une prise en charge efficiente (N = 78) n (%)	Médecins réalisant une prise en charge non efficiente (N = 68) n (%)	p- values
Spécialité du médecin médecin généraliste pédiatre	62 (79,5) 16 (20,5)	56 (82,4) 12 (17,6)	0,680 ^a
Genre femme homme	38 (48,7) 40 (51,3)	39 (57,4) 29 (42,6)	0,322 ^a
Age < 35 ans 35-49 ans 50-64 ans > 65 ans	6 (7,7) 21 (26,9) 38 (48,7) 13 (16,7)	8 (11,8) 20 (29,4) 31 (45,6) 9 (13,2)	0,792 ^a
Milieu d'exercice urbain rural	70 (89,7) 8 (10,3)	64 (94,1) 4 (5,9)	0,382 ^a
Avoir une activité complémentaire en service d'urgence	5 (6,4)	4 (5,9)	1 ^b
Nombre d'années d'exercice en cabinet libéral < 10 ans > 10 ans	23 (29,5) 55 (70,5)	22 (32,4) 46 (67,6)	0,723 ^a
Avoir déjà suspecté un enfant en danger	36 (46,2)	30 (44,1)	0,868 ^a
Avoir ressenti un sentiment d'isolement face à une suspicion d'enfant en danger	36 (46,2)	35 (51,5)	0,619 ^a
Pratiques en consultation remplir le carnet de santé prendre le périmètre crânien à tout enfant de < 1 an déshabiller systématiquement chaque enfant aborder le sujet du divorce conflictuel aborder le sujet des violences conjugales	76 (97,4) 69 (88,5) 56 (71,8) 45 (57,7) 17 (21,8)	67 (98,5) 65 (95,6) 50 (73,5) 41 (60,3) 14 (20,6)	1 ^b 0,141 ^a 0,854 ^a 0,866 ^a 1 ^a
Avoir l'affiche 119 dans le cabinet médical	8 (10,3)	7 (10,3)	1 ^a
Avoir un modèle de rédaction pour l'IP pour le signalement	10 (12,8) 12 (15,4)	10 (14,7) 8 (11,8)	0,467 ^a 0,633 ^a
Connaitre les coordonnées PMI du secteur d'exercice procureur de la République CRIP médecin scolaire du secteur d'exercice médecin référent maltraitance de l'hôpital de proximité médecin référent « protection de l'enfance »	42 (53,8) 29 (37,2) 12 (15,4) 8 (10,3) 6 (7,7) 3 (3,8)	45 (66,2) 24 (35,3) 19 (27,9) 10 (14,7) 6 (8,8) 7 (10,3)	0,176 ^a 0,864 ^a 0,071 ^a 0,457 ^a 1 ^a 0,189 ^b
Souhaiter avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance	65 (83,3)	57 (83,8)	1 ^a
Formation avoir une formation universitaire avoir une formation continue avoir le sentiment d'être suffisamment formé	26 (33,3) 22 (28,2) 13 (16,7)	22 (32,4) 19 (27,9) 9 (13,2)	1 ^a 1 ^a 0,646 ^a
Avoir lu les recommandations de la HAS : - fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir (2017) - outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant (2017) - modèle type de signalement (juillet 2017) - repérage et signalement de l'inceste pour les médecins (2011) - syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement (2017)	19 (24,4) 8 (10,3) 12 (15,4) 4 (5,1) 8 (10,3)	16 (23,5) 7 (10,3) 6 (8,8) 5 (7,4) 7 (10,3)	1 ^a 1 ^a 0,14 ^a 0,734 ^b 1 ^a

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

Prise en charge efficiente face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles	Médecins réalisant une prise en charge efficiente	Médecins réalisant une prise en charge non efficiente	p- values
	(N = 61) n (%)	(N = 76) n (%)	
Spécialité du médecin médecin généraliste pédiatre	52 (85,2) 9 (14,8)	57 (75) 19 (25)	0,2 ^a
Genre femme homme	35 (57,4) 26 (42,6)	38 (50) 38 (50)	0,491 ^a
Age < 35 ans 35-49 ans 50-64 ans > 65 ans	7 (11,5) 22 (36,1) 23 (37,7) 9 (14,8)	8 (10,5) 17 (22,4) 39 (51,3) 12 (15,8)	0,304 ^a
Milieu d'exercice urbain rural	56 (91,8) 5 (8,2)	72 (94,7) 4 (5,3)	0,511 ^b
Avoir une activité complémentaire en service d'urgence	4 (6,6)	4 (5,3)	1 ^b
Nombre d'années d'exercice en cabinet libéral			
< 10 ans	27 (44,3)	21 (27,6)	0,049^a
> 10 ans	34 (55,7)	55 (72,4)	
Avoir déjà suspecté un enfant victime de violences sexuelle	39 (64)	18 (23,7)	0,014^a
Avoir ressenti un sentiment d'isolement face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelle	30 (49,2)	31 (40,8)	0,734 ^a
Pratiques en consultation remplir le carnet de santé prendre le périmètre crânien à tout enfant de < 1 an déshabiller systématiquement chaque enfant aborder le sujet du divorce conflictuel aborder le sujet des violences conjugales	59 (96,7) 54 (88,5) 44 (72,1) 35 (57,4) 8 (13,1)	75 (98,7) 73 (96,1) 55 (72,4) 48 (63,2) 20 (26,3)	0,585 ^b 0,109 ^b 1 ^a 0,598 ^a 0,087 ^a
Avoir l'affiche 119 dans le cabinet médical	6 (9,8)	7 (9,2)	1 ^a
Avoir un modèle de rédaction pour l'IP pour le signalement	11 (18) 10 (16,4)	10 (13,2) 10 (13,2)	0,600 ^a 0,630 ^a
Connaitre les coordonnées PMI du secteur d'exercice procureur de la République CRIP médecin scolaire du secteur d'exercice médecin référent maltraitance de l'hôpital de proximité médecin référent « protection de l'enfance »	34 (55,7) 24 (39,3) 14 (23) 6 (9,8) 5 (8,2) 5 (8,2)	47 (61,8) 25 (32,9) 19 (25) 8 (10,5) 5 (6,6) 6 (7,9)	0,489 ^a 0,476 ^a 0,842 ^a 1 ^a 0,751 ^b 1 ^b
Souhaiter avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance	52 (85,2)	65 (85,5)	1 ^a
Formation avoir une formation universitaire avoir une formation continue avoir le sentiment d'être suffisamment formé	21 (34,4) 13 (21,3) 7 (11,5)	26 (34,2) 23 (30,3) 14 (18,4)	1 ^a 0,250 ^a 0,342 ^a
Avoir lu les recommandations de la HAS : - fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir (2017) - outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant (2017) - modèle type de signalement (juillet 2017) - repérage et signalement de l'inceste pour les médecins (2011) - syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement (2017)	18 (29,5) 7 (11,5) 9 (14,8) 4 (6,6) 7 (11,5)	28 (36,8) 8 (10,5) 9 (11,8) 5 (6,6) 9 (11,8)	0,558 ^a 1 ^a 0,8 ^a 1 ^b 1 ^b

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

ANNEXE 6 : Réalisation d'une IP et d'un signalement

	Population étudiée n (%)	Médecins généralistes n (%)	Pédiatres n (%)	p- values
Concernant l'information préoccupante				
	N = 162	N = 134	N = 28	
Médecins signalant avoir été confrontés à au moins une situation nécessitant la réalisation d'une IP	57 (35,2)	35 (26,1)	22 (78,6)	0^a
Médecins possédant un modèle de rédaction d'une IP	26 (16)	17 (12,7)	9 (32,1)	0,021^b
	N = 57	N = 35	N = 22	
Médecins confrontés et ayant rédigé l'IP	43 (75,4)	27 (77,1)	16 (72,7)	0,758 ^a
	N = 43	N = 27	N = 16	
Lieu d'adressage de l'IP				
CRIP	23 (53,5)	8 (29,6)	15 (93,8)	0^a
PMI du secteur d'exercice	9 (20,9)	6 (22,2)	3 (18,8)	1 ^b
ASE	8 (18,6)	6 (22,2)	2 (12,5)	0,688 ^b
procureur de la République	7 (16,3)	7 (25,9)	0 (0)	0,035^b
police	6 (14)	6 (22,2)	0 (0)	0,069 ^b
hôpital	1 (2,3)	0 (0)	1 (6,3)	0,372 ^b
Difficultés rencontrées lors de la réalisation d'une IP				
lors de l'annonce de la procédure à la famille	25 (58,1)	15 (55,6)	10 (62,5)	0,755 ^a
lors de la rédaction	17/25 (68)	12/15 (80)	5/10 (50)	0,194 ^b
lors de l'accompagnement de la famille	16/25 (64)	10/15 (66,7)	6/10 (60)	1 ^b
	16/25 (64)	8/15 (53,3)	8/10 (80)	0,229 ^b
Concernant le signalement				
	N = 162	N = 134	N = 28	
Médecins signalant avoir été confrontés à au moins une situation nécessitant la réalisation d'un signalement	48 (29,6)	30 (22,4)	18 (64,3)	0^a
Médecins possédant un modèle de rédaction d'un signalement	23 (14,2)	15 (11,2)	8 (28,6)	0,035^a
	N = 48	N = 30	N = 18	
Médecins confrontés et ayant rédigé le signalement	38 (79,2)	22 (73,3)	16 (88,9)	0,282 ^b
	N = 38	N = 22	N = 16	
Lieu d'adressage du signalement				
procureur de la République	24 (63,2)	15 (68,2)	9 (56,3)	0,510 ^a
PMI du secteur d'exercice	9 (23,7)	1 (4,5)	8 (50)	0,002^b
ASE	6 (15,8)	5 (22,7)	1 (6,3)	0,370 ^b
CRIP	6 (15,8)	1 (4,5)	5 (31,3)	0,065 ^b
police	5 (13,2)	4 (18,2)	1 (6,3)	0,374 ^b
hôpital	3 (7,9)	1 (4,5)	2 (12,5)	0,562 ^b
procureur de la République + CRIP	1 (2,6)	0 (0)	1 (6,3)	0,202 ^b
Difficultés rencontrées lors de la réalisation d'une IP				
lors de l'annonce de la procédure à la famille	23 (60,5)	14 (63,6)	9 (56,3)	0,743 ^a
lors de la rédaction	15/23 (65,2)	9/14 (64,3)	6/9 (66,7)	1 ^b
lors de l'accompagnement de la famille	15/23 (65,2)	9/14 (64,3)	6/9 (66,7)	1 ^b
	18/23 (78,3)	11/14 (78,6)	7/9 (77,8)	1 ^b

IP : Information Préoccupante ; PMI : Protection Maternelle et Infantile ; ASE : Aide Sociale à l'Enfance
 CRIP : Cellule de Recueil, de traitement et l'évaluation des Informations Préoccupantes
 p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

ANNEXE 7 : Pratiques des médecins en consultation et difficultés ressenties dans le repérage des enfants en danger ou risque de danger

	Population étudiée (N = 162) n (%)	Médecins généralistes (N = 134) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p- values
Pratiques des médecins en consultation				
Remplir le carnet de santé	158 (97,5)	131 (97,8)	27 (96,4)	0,536 ^b
Prendre le périmètre crânien à tout enfant de < 1 an	150 (92,6)	124 (92,5)	26 (92,9)	1 ^b
Déshabillage systématique de chaque enfant	118 (72,8)	93 (69,4)	25 (89,3)	0,035^a
Aborder le sujet du divorce conflictuel	92 (56,8)	71 (53)	21 (75)	0,037^a
Aborder le sujet des violences conjugales	33 (20,4)	21 (15,7)	12 (42,9)	0,002^a
Affiche « 119 Allô enfance en danger » présente au cabinet	17 (10,5)	12 (9)	5 (17,9)	0,178 ^b
Impact de la situation sanitaire COVID-19				
Médecins plus sensibilisés au dépistage de la maltraitance	63 (38,9)	50 (37,3)	13 (46,4)	0,399 ^a
Médecins pas plus sensibilisés au dépistage de la maltraitance	99 (61,1)	84 (62,7)	15 (53,6)	
Difficultés ressenties dans le repérage des enfants en danger et risque de danger				
Situations de maltraitance les plus difficiles à repérer				
Violences psychologiques	104 (64,2)	84 (62,7)	20 (71,4)	0,516 ^a
Violences sexuelles	92 (56,8)	76 (56,7)	16 (57,1)	1 ^a
Négligences	53 (32,7)	42 (31,3)	11 (39,3)	0,508 ^a
Syndrome du bébé secoué	37 (22,8)	29 (21,6)	8 (28,6)	0,462 ^a
Syndrome de Münchhausen par procuration	36 (22,2)	28 (20,9)	8 (28,6)	0,454 ^a
Violences physiques	16 (9,9)	15 (11,2)	1 (3,6)	0,310 ^b
Sentiment d'isolement face à une suspicion de maltraitance	78 (48,1)	60 (44,8)	18 (64,3)	0,065 ^a
Freins compromettant le repérage de la maltraitance infantile				
Peur de l'erreur diagnostique	107 (66)	86 (64,2)	21 (75)	0,380 ^a
Difficultés d'annoncer à la famille la démarche	65 (40,1)	53 (39,6)	12 (42,9)	0,833 ^a
Manque de connaissance des procédures d'alerte	64 (39,5)	59 (44)	5 (17,9)	0,010^a
Manque d'objectivité du médecin	53 (32,7)	40 (29,9)	13 (46,4)	0,121 ^a
Coordonnées difficiles à trouver pour envoyer IP/signalement	45 (27,8)	40 (29,9)	5 (17,9)	0,249 ^a
Peur du reproche du non-respect du secret médical	41 (25,3)	34 (25,4)	7 (25)	1 ^a
Absence de modèle de rédaction de l'IP/signalement	30 (18,5)	27 (20,1)	3 (10,7)	0,295 ^a
Peur de représailles de la famille	26 (16)	16 (11,9)	10 (35,7)	0,004^b
Peur du placement systématique de l'enfant	24 (14,8)	19 (14,2)	5 (17,9)	0,572 ^b
Manque de temps du médecin	21 (13)	16 (11,9)	5 (17,9)	0,371 ^b
Manque de sensibilisation au sujet de la maltraitance	18 (11,1)	17 (12,7)	1 (3,6)	0,204 ^b
Le médecin n'y pense pas	8 (4,9)	6 (4,5)	2 (7,1)	0,629 ^b

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

ANNEXE 8 : Liens des médecins avec les acteurs de la protection de l'enfance varois

	Population étudiée (N = 162) n (%)	Médecins généralistes (N = 134) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p- values
Connaissance des coordonnées des acteurs de la protection de l'enfance du Var				
PMI du secteur d'exercice	97 (59,9)	72 (53,7)	25 (89,3)	0 ^a
Procureur de la République	53 (32,7)	39 (29,1)	14 (50)	0,045 ^a
CRIP	34 (21)	16 (11,9)	18 (64,3)	0 ^a
Médecin scolaire du secteur d'exercice	18 (11,1)	8 (6)	10 (35,7)	0 ^a
Médecin référent « protection de l'enfance »	12 (7,4)	5 (3,7)	7 (25)	0,001 ^a
Médecin référent maltraitance de l'hôpital de proximité	12 (7,4)	6 (4,5)	6 (21,4)	0,007 ^a
Aucun	48 (29,6)	46 (34,3)	2 (7,1)	0 ^a
Connaissance de l'existence de l'ODPE 83	15 (9,3)	13 (9,7)	2 (7,1)	1 ^b
Souhait d'avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance	137 (84,6)	112 (83,6)	25 (89,3)	0,584 ^b

*PMI : Protection Maternelle et Infantile ; ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
CRIP : Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes*

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

Souhait d'avoir davantage d'échanges en fonction du sentiment d'isolement des médecins

	Population étudiée (N = 162) n (%)	Médecins exprimant un sentiment d'isolement (N = 78) n (%)	Médecins n'exprimant pas de sentiment d'isolement (N = 84) n (%)	p- values
Souhait d'avoir davantage d'échanges avec les acteurs de la protection de l'enfance du Var	137 (84,6)	72 (92,3)	65 (77,4)	0,009 ^b

p^b : fisher test

ANNEXE 9 : Formation des médecins à la maltraitance infantile

	Population étudiée (N = 162) n (%)	Médecins généralistes (N = 134) n (%)	Pédiatres (N = 28) n (%)	p- values
Formation initiale universitaire	56 (34,6)	42 (31,3)	14 (50)	0,80 ^a
Formation continue	45 (27,8)	25 (18,7)	20 (71,4)	0 ^a
Invitation au cours des 5 dernières années	18 (11,1)	10 (7,5)	8 (28,6)	0,004 ^b
Sentiment d'être suffisamment formé	23 (14,2)	10 (7,5)	13 (46,4)	0 ^b
Lecture des recommandations de bonne pratique de la HAS : Fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir (2017)	40 (24,7)	30 (22,4)	10 (35,7)	0,152 ^a
Modèle type de signalement (juillet 2017)	19 (11,7)	12 (9)	7 (25)	0,025 ^b
Repérage et signalement de l'inceste pour les médecins (2011)	17 (10,5)	12 (9)	5 (17,9)	0,178 ^b
Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez l'enfant (2017)	9 (5,6)	6 (4,5)	3 (10,7)	0,188 ^b
Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement (2017)	9 (5,6)	6 (4,5)	3 (10,7)	0,188 ^b

HAS : Haute Autorité de Santé

p^a : chi-2 test ; p^b : fisher test

ANNEXE 10 : Liste des formations proposées pour 2023

Voici une liste des formations prévues pour l'année 2023 concernant le repérage et la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger. Cette liste a été réalisée à partir d'informations obtenues sur Internet.

Confrontés à la difficulté de trouver de telles formations, cette liste n'est probablement pas exhaustive malgré notre volonté.

- MOOC "Agir contre les maltraitances vis à vis des enfants : l'affaire de tous" (2016). Université Paris Descartes

- MOOC « Les signes de maltraitance infantile » (2022). ODPE de la Gironde - Université de Bordeaux

- Centre de Victimologie pour Mineurs. Repérage et prise en charge des enfants victimes de maltraitance - tutoriel Youtube. Janvier 2021

- Formation de 3 jours. « L'enfant victime de maltraitance » du 3 au 6 décembre 2023. Université de Strasbourg

- Formation de 2 jours. « Maltraitances à enfants : repérage et conduites à tenir » le 12 et 12 mai 2023 à Paris. Proposée par Phosphoria

- Formation de 1 jour (7h). « Repérer un enfant maltraité, rédiger information préoccupante ou signalement ». Proposée par MG form le 6 avril 2023 à Lyon ; le 19 avril 2023 en Martinique ; le 24 mai à Toulouse ; le 15 juin 2023 à Angers, le 2 novembre 2023 à la Réunion et le 16 novembre 2023 à Chambéry

D.U « Protection de l'enfance », formation sur 1 an.

- université de Bordeaux e-mail : institutdesmineurs@u-bordeaux.fr

- université de Toulon e-mail : dfpa@univ-tln.fr

- université Paris Diderot - Paris 7. e-mail : ep.fc@univ-paris-diderot.fr

D.I.U « Maltraitance de l'enfant : du diagnostic aux aspects médico-légaux », formation sur 2 ans à l'université Rouen-Normandie. e-mail : sec.pr.apter@ch-havre.fr

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AED : Aide Éducative à Domicile
AEMO : Assistance Éducative en Milieu Ouvert
AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
APPAT 83 : Association des Pédiatres Praticiens de l'Aire Toulonnaise 83
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CASED : Cellule d'Accueil Spécialisée de l'Enfance en Danger
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRIP : Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Universitaire
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IP : Information Préoccupante
MJAGBF : Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial
MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative
ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale
ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PE : Protection de l'Enfance
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : L'exposition des enfants à des situations de danger ou risque de danger est un problème de santé publique majeur. Les médecins généralistes et pédiatres libéraux, responsables du suivi médical des enfants, jouent un rôle essentiel dans le repérage et la prise en charge de ces situations. Pourtant ils sont à l'origine de seulement 1 % des signalements pour maltraitance.

MÉTHODE : Nous présentons une étude observationnelle, descriptive, quantitative et transversale à type d'enquête de pratique par envoi de questionnaires aux médecins généralistes (MG) et pédiatres libéraux exerçant en cabinet dans le département du Var sur une période de sept mois, du 01.06.2021 au 31.12.2021. L'objectif principal était de faire un état des lieux des pratiques des médecins concernant la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger afin d'identifier les freins à la réalisation d'une information préoccupante (IP) et d'un signalement. L'objectif secondaire était d'identifier des pistes d'améliorations permettant de renforcer l'efficacité de la prise en charge des MG et pédiatres libéraux du Var.

RÉSULTATS : Notre échantillon était composé de 162 médecins, 134 MG et 28 pédiatres. Le taux de réponse était de 19,8 % chez les MG et 52,8 % chez les pédiatres. 75,3 % de ces médecins ont déjà été confrontés à la problématique de l'enfance en danger. Ils présentaient des difficultés concernant la gestion des situations de suspicion d'enfant en danger ou risque de danger. Seulement 17,1 % réalisaient une prise en charge efficace face à une suspicion d'enfant en risque de danger, 53,4 % lors d'une suspicion d'enfant maltraité et 44,5 % face à une suspicion d'enfant victime de violences sexuelles. Nous notons une confusion concernant le rôle et les modalités de réalisation et d'adressage de l'IP et du signalement avec des difficultés de rédaction pour 60 % et une erreur de destinataire pour 40 %. Les pédiatres connaissaient plus souvent que les MG les coordonnées des acteurs de la protection de l'enfance. 30 % des médecins n'en connaissaient aucune. Les interlocuteurs privilégiés des médecins étaient la PMI, l'hôpital, la CRIP, le procureur de la République et le confrère libéral. Le principal frein au signalement exprimé par les médecins était la peur de l'erreur diagnostique (66 %). 48,1 % des médecins se sentaient isolés face à ces situations et 84,6 % souhaitaient plus d'échanges avec les autres acteurs de la protection de l'enfance. 53,6% des pédiatres et 92,5 % des MG exprimaient le sentiment d'être insuffisamment formés.

CONCLUSION : Les pratiques des médecins libéraux varois concernant la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger pourraient être optimisées pour améliorer leur efficacité. Renforcer la formation initiale et continue, l'information et la sensibilisation des médecins libéraux ainsi que développer une collaboration plus efficace avec les différents partenaires de la protection de l'enfance sont des pistes d'amélioration pour optimiser l'efficacité de la prise en charge de ces situations en cabinet libéral. A notre échelle, dans un objectif d'amélioration des pratiques, nous proposons la diffusion aux médecins libéraux varois d'un document d'aide au repérage et la prise en charge des enfants en danger ou risque de danger intitulé « SOS enfance en danger ».

MOTS-CLÉS : maltraitance infantile, protection de l'enfance, enfant en danger ou risque de danger, information préoccupante, signalement, CRIP, procureur de la République, UAPED.