



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information
préoccupante par les médecins généralistes ?**

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2019 à 14h00
Au Pôle Formation
Par Emeline Prévost - Vanpouille

JURY

Président :

Monsieur le Professeur BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur JARDRI

Monsieur le Professeur LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur SERRON

AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

LISTE DES ABREVIATIONS

AED	Action éducative à domicile
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AFEF	Aide financière enfance famille
AMASE	Allocation mensuelle d'aide sociale à l'enfance
ASE	Aide sociale à l'enfance
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CC	Code civil
CEF	Centres éducatifs fermés
CER	Centres éducatifs renforcés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CP	Code pénal
CPFSE	Centre de placement familial socio-éducatif
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
DTPAS	Direction territoriale de prévention et d'action sociale
EAME	Etablissement d'accueil mère-enfant
FAE	Foyer d'action éducative
GIP	Groupe d'intérêt publique
HAS	Haute autorité de santé
IP	Information préoccupante

MAAESF	Mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale
MECS	Maison d'enfant à caractère social
MG	Médecin généraliste
MSU	Maitre de stage universitaire
ODAS	Observatoire national de l'action sociale
ODPE	Observatoire départemental de la protection de l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONED	Observatoire national de l'enfance en danger
ONPE	Observatoire national de la protection de l'enfance
OPP	Ordonnance de placement provisoire
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
SEAT	Services éducatifs auprès des tribunaux
SHEDD	Structure hospitalière pour l'enfance en danger du Douaisis
SNATED	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger
SSD	Service social départemental
TGI	Tribunal de grande instance
TISF	Technicien d'intervention sociale et familiale
UTPAS	Unité territoriale de prévention et d'action sociale

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. CONTEXTE.....	5
1. DEFINITIONS	5
1. L'ENFANCE EN DANGER.....	5
2. LA PROTECTION DE L'ENFANCE.....	7
2. L'INFORMATION PREOCCUPANTE.....	8
3. LA CELLULE DE RECUEIL DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE.....	11
3. PERCEPTIONS DU MEDECIN GENERALISTE.....	13
1. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	13
2. REPRESENTATIONS DE LA MALTRAITANCE	15
3. FREINS A LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE	16
4. MATERIEL & METHODES.....	18
1. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	18
2. OBJECTIFS	18
3. POPULATION ETUDIEE.....	19
• Critères d'inclusion	19
• Critères d'exclusion	19
4. RECUEIL DE DONNEES.....	19
5. ANALYSES STATISTIQUES.....	20
6. AUTORISATION	22
5. RESULTATS.....	23
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	23
2. ANALYSE UNIVARIEE.....	27
3. ANALYSE BIVARIEE.....	33
4. ANALYSE BIVARIEE COMPLEMENTAIRE.....	37
5. MODELISATION PAR REGRESSION LOGISTIQUE	39
6. DISCUSSION	40
1. Forces et faiblesses.....	40
2. Principaux résultats	42
Définition de la maltraitance infantile.....	46
Connaissance de l'information préoccupante.....	48
Freins à la transmission de l'information préoccupante.....	50
Attentes des médecins généralistes pour faciliter la transmission de l'information préoccupante	52
3. Perspectives.....	54
7. CONCLUSION	56

8. BIBLIOGRAPHIE	58
9. ANNEXES.....	63
Annexe 1 : Tableaux et figures	63
Annexe 2 : Formulaire de rédaction de l'information préoccupante	65
Annexe 3 : La législation	68
Annexe 4 : Les acteurs de la protection de l'enfance.....	78
Annexe 5 : Les structures d'accueil de la protection de l'enfance	81
Annexe 6 : Les signes d'alerte.....	84
Annexe 7 : Mail direction de la recherche concernant le CPP	87
Annexe 8 : Déclaration CNIL	88
Annexe 9 : Questionnaire limesurvey.....	91
Annexe 10 : Plaquette d'information sur l'information préoccupante destinée aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais	99

1. INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait de la maltraitance chez l'enfant un problème de santé publique majeur depuis 2006. Chaque année, dans les pays « à haut niveau de revenus », 4 à 16 % des enfants sont victimes de maltraitance physique et 1 enfant sur 10 est victime de négligence ou de maltraitance psychologique (1). Avoir subi des violences dans l'enfance est la principale cause de décès précoces à l'âge adulte, un déterminant principal de l'état de santé 50 ans après et peut faire perdre 20 ans d'espérance de vie (2),

Pour autant, selon l'étude d'incidence nationale de la Child Abuse and Neglect, seul un tiers des enfants victimes de maltraitance est porté à l'attention des services de la protection de l'enfance (3).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (4), la maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle regroupe toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences, d'exploitation commerciale, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant. Exposer un enfant au spectacle de violences conjugales est considéré comme une forme de maltraitance. Toute atteinte au développement et aux libertés individuelles de l'enfant dans un contexte de relation de supériorité de l'adulte est une forme de maltraitance.

Selon l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), au 31 décembre 2017, 308 400 mineurs sont pris en charge par la protection de l'enfance soit 21 ‰ (5). Ce chiffre est en augmentation de 13,5 % par rapport à 2007.

Depuis la Loi du 5 mars 2007 (6), la mission de protection de l'enfance est attribuée au conseil départemental. En leur sein, l'évaluation de l'enfant en danger ou à risque de l'être est dévolue à la cellule de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). Cette cellule a pour mission le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes.

L'information préoccupante (IP) est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :

- pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité 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 soient gravement compromises ou en risque de l'être (7).

La transmission d'une information préoccupante peut permettre, après évaluation et en accord avec la famille, la mise en place d'outils de prévention précoce notamment un accompagnement médicosocial de proximité. Confrontés à une situation d'enfant en danger ou à risque de l'être, la méconnaissance des cellules de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes prive les praticiens d'un entre-deux essentiel entre la non-intervention et le signalement judiciaire.

La Loi du 14 mars 2016 conforte le rôle des cellules de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes en plaçant l'enfant au centre de l'intervention et en renforçant les exigences d'évaluation des situations d'enfance en danger ou à risque. Le dernier plan interministériel (8) met en avant l'importance d'un repérage précoce des situations d'enfance en danger pour lutter contre celles-ci.

Pour 88 % des enfants de moins de 16 ans, le suivi médical régulier est assuré par leur médecin généraliste (MG). Celui-ci a le plus souvent une bonne connaissance des dimensions psycho-affectives de l'enfant, de son contexte familial et de son environnement social (9). Le médecin

généraliste est donc en première ligne pour dépister l'enfance en danger, la signaler, aider les enfants et accompagner les familles. 52 % des médecins généralistes sont confrontés à un cas d'enfant maltraité au cours de leur carrière (10). Pour autant, le taux de transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes est très faible, 2 % à 5 % des informations préoccupantes proviennent du corps médical (11).

Une thèse qualitative réalisée dans l'Hérault en 2017 (12) montre qu'il existe une grande diversité dans les approches, le ressenti et les difficultés propres à chaque praticien.

Les études récentes portant sur l'enfance en danger et les médecins généralistes mettent en évidence leur méconnaissance du sujet : 70,1 % des médecins généralistes ignorent le terme d'information préoccupante (10). La connaissance des différentes structures et le dialogue avec les services sociaux leur apparaissent compliqués. Les freins psychologiques, la peur du signalement abusif, la crainte de rupture avec la famille et l'absence de retour d'information sur l'évolution de l'enfant après une information préoccupante sont autant de difficultés à sa transmission.

Confronté à une situation d'enfant en danger, le médecin généraliste doit faire appel au décloisonnement de sa pratique et collaborer avec l'école, les services socio-éducatifs, les associations mais aussi la justice et les forces de l'ordre.

Au niveau local, le taux d'informations préoccupantes par les médecins généralistes libéraux du département du Nord est similaire au taux national avec 0,7 % des informations préoccupantes sur 6 556 informations préoccupantes. Le taux d'informations préoccupantes par les médecins généralistes libéraux du Pas-de-Calais est de 0,4 % sur 6 589 informations préoccupantes.

Une thèse de 2013, en Ile-et-Vilaine, met en évidence que 82,9 % des médecins généralistes souhaitent disposer d'un guide simple avec modèle de rédaction d'une information préoccupante (10). Une thèse, réalisée en Loire Atlantique en 2016, met en avant l'utilité d'un outil d'information sur l'information préoccupante à destination des médecins généralistes (13).

L'enfance en danger est un problème grave, fréquent, auquel les médecins généralistes sont confrontés au cours de leur carrière. Par méconnaissance et fausses croyances, ils ne sont que très rarement à l'origine d'une information préoccupante.

Cette thèse a pour objectif de quantifier les freins et recueillir les attentes quant à la transmission de l'information préoccupante auprès des médecins généralistes du département du Nord-Pas-de-Calais et d'aider à la mise en place d'un outil facilitant la transmission de l'information préoccupante.

2. CONTEXTE

1. DEFINITIONS

1. L'ENFANCE EN DANGER

L'enfance en danger a été redéfinie suite à la Loi du 5 mars 2007 et regroupe l'enfant maltraité et l'enfant en risque de danger (14,15) :

- L'enfant est maltraité quand « il est victime de violences physiques, d'abus sexuels, d'actes de cruauté mentale, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (16)
 - Violences physiques telles que les coups, brûlures, secouement, et à l'extrême la mort de l'enfant
 - Violences sexuelles telles que l'attouchement et le viol
 - Violences psychologiques graves telles que l'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.
 - Négligences lourdes visibles par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale, le nanisme psychosocial et la non-dispensation de soins nécessaires au bon développement et à la santé de l'enfant.

Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs formes de mauvais traitements. A cela, on peut ajouter trois cas particuliers que sont l'enfant témoin de violence conjugale, le syndrome du bébé secoué et le syndrome de Münchhausen par procuration.

- L'enfant est en risque de danger quand « sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (7)

Le décès de la petite Marina Sabatier en août 2009, à l'âge de 8 ans, à la suite de sévices infligés par ses deux parents et au terme d'une vie de maltraitance subie par l'enfant met en lumière les défaillances possibles des systèmes de protection de l'enfance. Cette affaire judiciaire accélère la réflexion et les démarches pour mieux préserver les intérêts de l'enfant jusqu'à l'inscrire dans la loi votée le 14 mars 2016. La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection (17).

En 2016, le comité des droits de l'enfant lors de l'audition de la France rappelle la priorité du respect des besoins fondamentaux de l'enfant : le besoin d'expérience et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi, le besoin d'identité. Le Dr Marie-Paule Martin-Blachais explique que la satisfaction du besoin de sécurité physique et affective conditionne la satisfaction de ces autres besoins. Le besoin de sécurité est alors appelé méta-besoin (18).

2. LA PROTECTION DE L'ENFANCE

La protection de l'enfance est basée sur trois niveaux de responsabilité :

- La protection parentale (19)
- La protection administrative en cas de mineur en risque de danger, sous la gouverne du Président du Conseil départemental par l'intermédiaire de l'évaluation de l'IP
- La protection judiciaire en cas de mineur en danger, sous la gouverne du Procureur de la République par l'intermédiaire du signalement judiciaire (contacter le 17 pour obtenir les coordonnées du Procureur, 6 tribunaux de grande instance dans le Nord et 4 TGI dans le Pas-de-Calais)

2. L'INFORMATION PREOCCUPANTE

L'information préoccupante est une information transmise à la CRIP la plus proche du lieu de résidence de l'enfant en risque de danger par tout citoyen pour alerter le Président du Conseil départemental sur la situation. Celle-ci est constituée de tous les éléments y compris médicaux susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger ou à risque de danger et puisse avoir besoin d'aide ; qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur (20).

La transmission d'une IP peut se faire par courrier ou par téléphone directement en joignant la CRIP, le médecin référent « protection de l'enfance » ou par l'intermédiaire du numéro enfance en danger le 119 (21). Le médecin avertit les parents dans la mesure du possible, en leur présentant cette démarche comme une aide pour rechercher avec eux les solutions possibles pour résoudre les difficultés identifiées.

Il est essentiel de bien indiquer l'ensemble des informations nécessaires lors de la rédaction de l'IP. Plus les informations concernant l'enfant seront complètes, plus la prise en charge sera rapide. Il convient donc de rapporter les faits, le plus objectivement possible, et de décrire au mieux la situation sans jugement de valeur. Les renseignements à fournir sont indiqués dans l'annexe 2.

Si l'IP est confirmée, l'évaluation médicosociale débute pour une durée de trois mois et concerne tous les enfants du foyer.

Au bout des trois mois, plusieurs situations sont possibles :

- Sans suite
- Accompagnement médicosocial de proximité avec importance du soutien à la parentalité
- Mesures administratives

- Transmission du dossier à l'autorité judiciaire

L'IP est conservée 2 ans hors mesures administratives puis est détruite.

Le cadre légal, régissant les interventions en protection sociale selon les articles en vigueur (14,15,22–27), regroupe les mesures administratives suivantes (28) :

- Aides éducatives avec maintien de l'enfant à domicile
 - Allocation mensuelle de l'aide sociale à l'enfance (AMASE)
 - Aide financière enfance famille (AFEF) accordée exceptionnellement et transitoirement, en cas d'insuffisance de revenus empêchant d'assurer la santé, la sécurité, l'entretien et l'éducation de l'enfant
 - Mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale dans la gestion de leur budget (MAAESF)
 - Technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile à titre préventif pour favoriser l'autonomie des personnes et accompagner les familles dans la gestion du quotidien
 - Action éducative à domicile (AED) si les parents sont confrontés à des difficultés éducatives. Ils doivent en faire la demande, se mobiliser et collaborer avec le travailleur social
 - Relais éducatif parents-enfants
- Accueil de l'enfant hors de son domicile
 - Accueil de jour uniquement, sans rompre la cellule familiale de manière définitive.
 - Accueil familial thérapeutique pour assurer une prise en charge thérapeutique de l'enfant, tout en favorisant le cadre familial.

- Accueil provisoire avec séparation momentanée modulable entre l'enfant et ses parents, après accord de ces derniers.
 - Accueil d'urgence de l'enfant si le représentant légal est dans l'impossibilité de donner son accord. Dans ce cas, le Procureur de la République en est immédiatement informé.
 - Accueil de 72 heures en cas de situation de rupture familiale (mineurs en situation de fugue ou de rupture relationnelle). Les parents ainsi que le Procureur de la République sont immédiatement avertis de la mise en place de cette mesure.
- Transmission aux autorités judiciaires pour demande de mesure de protection

3. LA CELLULE DE RECUEIL DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE

La CRIP a été créée suite à la Loi du 5 mars 2007 dans le but de constituer un lieu unique de recueil des IP de manière à éviter toute déperdition d'informations. Elle reçoit les IP de toute nature émanant de professionnels ou de citoyens de son territoire. Elle peut avoir une fonction de conseil pour tous les professionnels qui se retrouvent confrontés à une situation d'enfant en danger et qui doutent sur la meilleure attitude à adopter. Elle participe au recensement de l'enfance en danger et transmet ses données à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) qui les transmet à l'ONPE.

La CRIP territoriale qui traite l'IP est normalement celle du lieu de résidence de l'enfant. En cas de résidence alternée, c'est le lieu de scolarisation qui permet d'identifier la CRIP compétente.

Dès réception de l'IP, une première évaluation permet de confirmer l'IP ou non.

Dans le Nord, en 2017, 35,4 % des IP reçues ont été qualifiées et de ce fait, évaluées.

La CRIP s'adresse au déclarant professionnel lors de la réception de l'IP par l'intermédiaire d'un accusé de réception envoyé dans le mois ; lors de l'évaluation en cas de nécessité de données complémentaires ; et à l'issue de l'évaluation avec un retour d'information final.

Du fait de l'étendue géographique du Département du Nord et du nombre particulièrement important d'informations préoccupantes et de situations de protection de l'enfance, il n'a pas été possible d'installer une CRIP unique centralisée. Le choix a d'abord été fait d'installer 44 CRIP décentralisées sur les territoires des unités territoriales, puis en 2017 de recentraliser en partie en déployant 8 CRIP territoriales sur les territoires des directions territoriales. Ceci est effectif depuis le 1er juin 2019 : Lille Métropole, Métropole Roubaix-Tourcoing, Flandre Maritime, Flandre Intérieure, Douaisis, Cambrésis, Avesnois, Valenciennois.

Le Dr Ternel, médecin référent protection de l'enfance pour l'ensemble du Département du Nord a été nommée au 1er mars 2019, conformément aux exigences légales. Cela devrait permettre d'améliorer la coordination des professionnels autour de la protection de l'enfance.

Dans le Pas-de-Calais, il y a une CRIP centrale, avec un numéro unique pour l'ensemble du département, qui répartit les IP aux DTPAS compétentes. Depuis le 19 août 2019, le Dr Lipari a été nommée comme médecin référent protection de l'enfance.

3. PERCEPTIONS DU MEDECIN GENERALISTE

1. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Les articles 43 et 44 du code de déontologie définissent le rôle du médecin dans une situation de sévices à enfant :

Article 43 du code de déontologie :

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

Article 44 du code de déontologie :

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Les données de la littérature relatives à la place du MG dans le système de protection de l'enfance sont peu nombreuses mais s'accordent à dire que son rôle est fondamental tant pour le repérage et l'orientation de l'enfant maltraité que pour la prévention des sévices sur mineurs (29,30). Le MG est témoin privilégié du comportement de l'enfant et de la dynamique familiale lors de la consultation au cabinet médical et lors des visites à domicile. Cette position permet au MG de prendre en charge l'enfant dans ses dimensions bio-psycho-sociales.

Le MG est en première ligne pour le repérage des mineurs en danger. Ce rôle est difficile et source d'interrogations et de doutes. Il est souvent vécu négativement par les MG qui relayent le sujet au second plan par manque de temps et de connaissances. Ils décrivent la prise en charge de la maltraitance hors de leurs compétences (12) et transfèrent la responsabilité sur l'hôpital (31). La solitude dans les démarches ajoute de la difficulté.

Les MG perçoivent souvent leur rôle dans la maltraitance à travers le prisme du signalement judiciaire et entraperçoivent souvent, pour seule solution, le placement de l'enfant.

2. REPRESENTATIONS DE LA MALTRAITANCE

Les MG ont connaissance de la définition plurielle de la maltraitance mais ont parfois une vision stéréotypée de la maltraitance, surtout focalisée sur l'enfant gravement battu. Les formes de maltraitance « invisible » sont plus difficiles à reconnaître. Les limites de la négligence et de l'éducation autoritaire sont variables en fonction du vécu du MG et de sa réceptivité au sujet (32). Chaque MG ne réagit pas de façon identique dans le cas de la « violence éducative ordinaire » telle que la fessée par exemple (33).

Le sentiment de faible fréquence et de zone préservée est retrouvé chez de nombreux MG interrogés (34). Plusieurs médecins semblaient être soulagés de ne pas avoir « trop » d'expérience dans le domaine. D'autres MG ont le sentiment qu'il s'agit d'un sujet occulté.

Les MG sont perplexes devant le dépistage de la maltraitance infantile et ne savent pas quelles réponses apporter. Lorsque les situations demeurent problématiques, certains médecins ont du mal à « aller plus loin », c'est à dire recourir à l'IP ou au signalement. L'appréhension d'endosser une position d'enquêteur, d'être « intrusif » et le fait de devoir évoquer les mots de « maltraitance » ou même d'« inquiétude » ne sont pas faciles à aborder au cabinet. La plupart des MG pense qu'ils doivent s'assurer de la réalité de la maltraitance alors que la charge de la preuve ne leur incombe pas.

Dans l'imaginaire des MG les parents maltraitants sont souvent de milieu socio-économique précaire ou éthylique (31). Et au contraire, le milieu rural leur semble plus épargné (32,34). Les médecins installés de longue date, connaissant bien les familles sur plusieurs générations, développent une représentation faussée de leur patientèle et n'ont pas le sentiment d'avoir à rechercher une maltraitance alors inenvisageable pour eux.

3. FREINS A LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE

Les freins qui entravent les médecins dans le dépistage de la maltraitance infantile sont multiples ; plusieurs ont pu être dégagés dans différentes thèses qualitatives (35,36).

Les MG ont du mal à définir la maltraitance infantile. Il existe une part de subjectivité en fonction de la représentation du schéma éducatif propre à leur expérience et de leur perception du danger. La littérature corrobore qu'un médecin qui ne jugerait pas certaines violences comme de la maltraitance est moins enclin à réaliser un signalement devant la présence de lésions, s'il pense qu'elles ne sont que le fruit de mesures éducatives. L'attitude vis-à-vis des châtiments corporels, comme l'a montré Jackson (37) est un bon élément prédictif de la tendance à signaler. Plus une société considère la punition corporelle comme normale, plus le risque de maltraitance est grand (38).

Les trois freins les plus rapportés sont (39):

- La peur de se tromper, citée par 80,2 % des MG
- Le manque de connaissance des procédures de signalement, cité par 46,0 % des MG
- La peur de stigmatiser la famille, citée par 46,0 % des MG

La peur de la dénonciation abusive et des représailles est présente dans la littérature. La relation médecin-patient est mise à mal avec la peur de la rupture de suivi et le sentiment de trahir la famille. Pour autant, il a été mis en évidence que six mois après une IP le suivi de l'enfant et de sa famille est toujours assuré par le MG informant (40).

Les MG sont peu familiers avec la notion d'IP et méconnaissent les structures de protection de l'enfance (32,41). En effet, ils confondent IP et signalement judiciaire. Le terme d'IP était ignoré

par 70,1 % des MG interrogés et 46,3 % des MG ne connaissaient pas le rôle exact des services intervenant dans la protection de l'enfance dans l'étude de Balençon et Al (10). Dans plusieurs thèses régionales, le manque de formation initiale et le ressenti du manque d'expérience et d'expertise des médecins étaient montrés du doigt.

A cela s'ajoute la vision négative des services sociaux retrouvée chez 78,6 % des MG qui reprochent le manque de retour d'information, les placements abusifs et le manque d'uniformité des procédures. La coordination et le dialogue avec les services sociaux sont difficiles car le jargon utilisé est spécifique à l'enfance en danger. Les médecins évoquent les enquêtes et procédures de protection de l'enfance comme des actions violentes, intrusives et traumatisantes (32).

Ils restent donc parfois dans le doute et dans un sentiment d'impuissance. Le sentiment de solitude prend le dessus sur la prise en charge de la maltraitance infantile par manque d'interlocuteurs extérieurs identifiés et par manque de temps.

Des freins psychologiques sont rapportés avec des mécanismes psychiques de minimisation, de banalisation, un refus de nommer certains faits inquiétants et une peur de voir trop de maltraitances. Une étude américaine en 2005 retrouvait que 28 % des médecins avaient déjà suspecté une maltraitance chez un enfant sans l'avoir rapportée (42). Il peut exister un comportement d'identification voire d'idéalisation ou de loyauté envers les parents.

Selon le Dr Pernot-Masson : « les obstacles les plus difficiles à surmonter sont internes à notre psychisme [...] Toute situation de maltraitance est infiltrée d'une sidération de la pensée » (43).

4. MATERIEL & METHODES

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

Pour répondre à notre question, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive dite de sociologie explicative (44) auprès des MG installés dans le département du Nord-Pas-de-Calais.

L'enquête réalisée était déclarative par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire anonyme via internet sur la quantification des freins et des attentes des MG pour améliorer la transmission d'une IP.

L'ARS nous a transmis les adresses mail des MG du Nord-Pas-de-Calais. Le lien du questionnaire était accompagné d'un mail expliquant le contexte de l'étude, son sujet et ses objectifs. Le recueil de données a eu lieu sur une période de douze semaines. Une première invitation et deux relances par mail ont été effectuées à quinze jours d'intervalle pour solliciter les médecins.

Une veille bibliographique a été réalisée tout au long de notre travail avec une dernière actualisation le 29/08/2019.

2. OBJECTIFS

L'ensemble des freins à la transmission de l'IP a été mis en avant dans différentes études qualitatives mais n'a jamais été hiérarchisé. L'hypothèse principale était que le défaut de transmission par les MG provenait du manque d'information et de communication au sujet de l'IP, de sa procédure et des structures de la protection de l'enfance.

L'objectif principal de cette thèse consiste à quantifier ces freins chez les MG du Nord-Pas-de-Calais et à recueillir leurs attentes pour les lever.

L'objectif secondaire est de rechercher des corrélations entre les différentes caractéristiques de la population des MG du Nord-Pas-de-Calais et leurs perceptions de la maltraitance, de l'IP et de leurs attentes.

3. POPULATION ETUDIEE

- Critères d'inclusion

La population incluse était celle des MG libéraux en activité installés dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, contactés par mail et volontaires pour participer à notre travail.

- Critères d'exclusion

Nous avons choisi d'exclure les médecins non libéraux, retraités, remplaçants et "non thésés."

4. RECUEIL DE DONNEES

Le recueil de données a été effectué à l'aide d'un questionnaire en ligne de type limesurvey, testé préalablement auprès de trois MG afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions, ainsi que du fonctionnement du lien et du temps de passation du questionnaire.

Le questionnaire a été réalisé à partir de la revue de la littérature en fonction des principes généraux du questionnaire selon De Singly (44). Nous avons utilisé les mots-clés suivants : maltraitance infantile / des enfants, information préoccupante, signalement, sévices, violences, enfance en danger, enfants battus, child, abuse, neglect, maltreatment, prevention ; puis l'effet boule de neige à partir des bibliographies.

Le questionnaire était constitué de 19 questions, à réponse unique ou multiple. Il était divisé en quatre parties :

- La première partie portait sur les caractéristiques des médecins participants : l'âge, le genre, la parentalité, le mode d'exercice, le milieu d'exercice, le pourcentage d'activité pédiatrique, la

pratique de vacation en Protection maternelle et infantile (PMI) ou en structures de l'enfance et leur statut ou non de Maître de stage universitaire (MSU).

- La seconde partie explorait l'expérience du MG concernant l'IP.
- La troisième partie explorait la représentation qu'ont les MG de la maltraitance et de l'IP avec une échelle de Likert cotée de 1 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord).
- La quatrième partie portait sur les attentes des MG quant aux modalités et la mise en place d'un outil d'aide à la transmission de l'IP.

Le questionnaire a été soumis par mail à 1079 médecins généralistes du Nord. Le premier mail a été envoyé le 19 novembre 2018 avec une première relance le 04 décembre 2018 puis une dernière relance le 17 décembre 2018. 947 mails étaient valides. Nous avons eu 242 réponses soit un taux de participation de 25,5 %.

Il a ensuite été soumis à trois semaines d'intervalle par mail à 694 médecins généralistes du Pas-de-Calais. Le premier mail a été envoyé le 7 janvier 2019 avec une première relance le 21 janvier 2019 puis une dernière relance le 04 février 2019. 560 mails étaient valides. Nous avons eu 149 réponses soit un taux de participation de 26,6 %.

5. ANALYSES STATISTIQUES

Les variables qualitatives sont présentées avec leurs effectifs et fréquences par modalité. Les variables quantitatives sont présentées avec leur moyenne et leur écart-type lorsqu'elles suivent une distribution normale, ou leur médiane et leur intervalle interquartile dans le cas contraire. La normalité de la distribution des variables quantitatives a été évaluée par l'allure graphique de la distribution sur un histogramme.

Une analyse bivariée a été réalisée afin d'étudier l'association éventuelle entre la transmission d'une information préoccupante et plusieurs variables démographiques, d'activité et concernant la perception de la transmission d'une information préoccupante. Les variables concernant la perception ont été, compte tenu de leur distribution chaotique, binarisées de façon à avoir une valeur de 1 lorsque le score était supérieur à 5, et de 0 sinon. Les variables quantitatives étaient comparées avec un test de Student lorsqu'elles avaient une distribution d'allure normale, ou sinon un test de Wilcoxon. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test du Khi^2 lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5, ou sinon par un test de Fisher.

Une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée afin de prendre en compte les effets conjoints des variables étudiées et d'obtenir des Odds-ratio (OR) ajustés. Les variables explicatives ont été sélectionnées pour l'analyse multivariée lorsqu'elles étaient significativement associées à la transmission d'une information préoccupante en analyse bivariée au risque de 1 ère espèce de 20 %, en prenant soin de conserver au moins 10 événements par variable conformément aux recommandations de Concato et Peduzzi (45). La significativité globale a été évaluée par le test du rapport de vraisemblance, et celle de chacune des variables explicatives par un test de Wald bilatéral. Les coefficients ajustés étaient estimés, ainsi que les OR et leurs intervalles de confiance à 95 %. Le pouvoir discriminant du modèle a été évalué par l'aire sous la courbe ROC (AUC), et sa calibration par le test d'Hosmer-Lemeshow. Le pouvoir discriminant était jugé acceptable pour une AUC supérieure à 0,7 et à risque de surajustement au-delà 0,9.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 3.3.3 (2017-03-06) (46), et sauf mention contraire ont été considérées significatives au risque de 1ère espèce de 5 %.

6. AUTORISATION

Concernant le CPP, il n'était pas nécessaire de soumettre mon projet après lecture de la Loi Jardé et confirmation de la direction recherche du Centre hospitalier de Lille (annexe 7). Nous avons déclaré notre étude à la CNIL (annexe 8).

5. RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Au total 397 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ont répondu à notre étude. Ont été écartés les questionnaires aux réponses totalement incomplètes, de quatre médecins retraités, de deux médecins remplaçants, de deux médecins salariés en crèche et d'un médecin salarié en clinique. Au final 360 questionnaires ont été analysés.

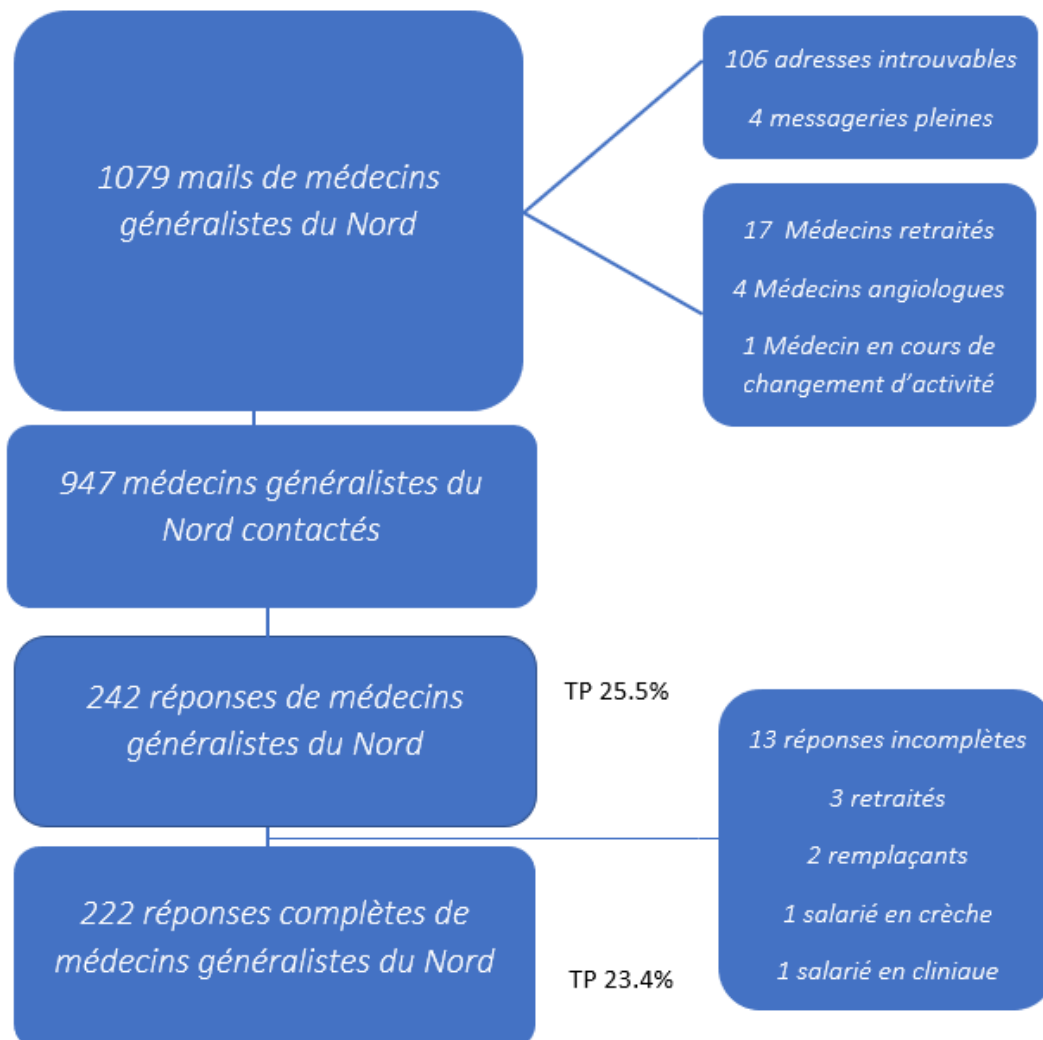


Figure 1 : flow chart médecins généralistes du Nord

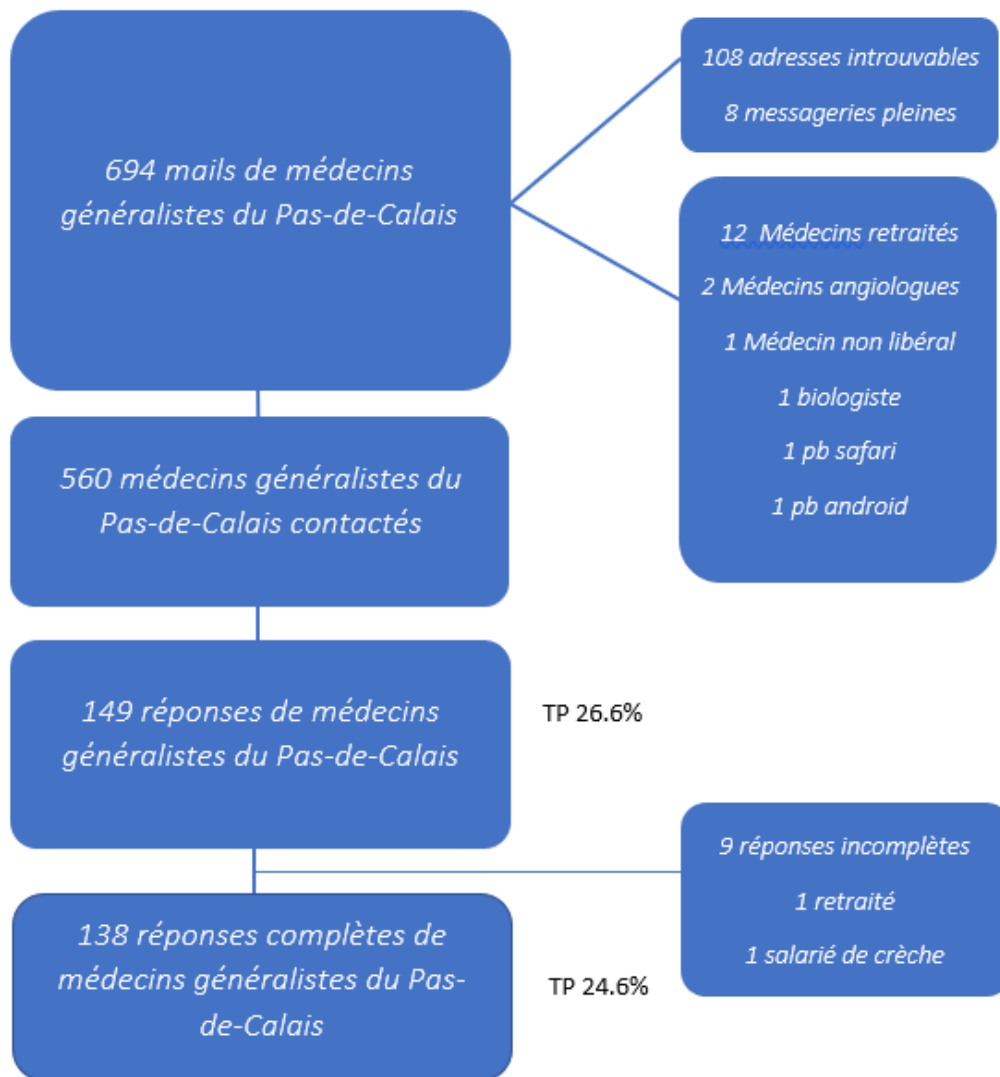


Figure 2 : flow chart médecins généralistes du Pas-de-Calais

	Nord		Pas de Calais	
	248	%	149	%
âge	33 données manquantes		21 données manquantes	
moins de 49 ans	57	23	34	23
50-59 ans	95	38	47	32
plus de 60 ans	63	25	47	32
genre	34 données manquantes		24 données manquantes	
homme	142	57	89	60
femme	72	29	36	24
parentalité	36 données manquantes		21 données manquantes	
oui	203	82	117	79
non	9	4	11	7
mode d'exercice	42 données manquantes		23 données manquantes	
seul	96	39	52	35
groupe	77	31	54	36
maison médicale pluri-professionnelle	33	13	20	13
lieu d'exercice	20 données manquantes		5 données manquantes	
rural	22	9	20	13
semi-rural	61	25	45	30
rurbain	19	8	17	11
urbain	126	51	62	42
part d'activité pédiatrique	43 données manquantes		23 données manquantes	
moins de 20 %	60	24	34	23
20-39 %	121	49	74	50
40-59 %	24	10	14	9
plus de 60 %	0	0	4	3
vacation PMI	45 données manquantes		24 données manquantes	
oui	8	3	4	3
non	195	79	121	81
maitre de stage	45 données manquantes		26 données manquantes	
oui	68	27	33	22
non	135	54	90	60
expérience personnelle	47 données manquantes		26 données manquantes	
oui	68	27	43	29
non	133	54	80	54
formation maltraitance infantile	46 données manquantes		25 données manquantes	
oui	55	22	14	9
non	147	59	110	74

Tableau 1 : caractéristiques des médecins participants

La population étudiée avait la même moyenne d'âge et le même ratio de genre que la population des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: 54,2 ans (IC95 [53.2;55.2]) vs 53 ans ; 68,4 % d'hommes et 31,6 % de femmes vs 72 % d'hommes et 28 % de femmes (données 2015, (47)).

2. ANALYSE UNIVARIEE

- Concernant la connaissance de l'information préoccupante (IP) :

64 % des MG interrogés (IC95 [59;69]) déclaraient connaître le terme d'IP et 40 % (IC95 [34;45]) déclaraient avoir déjà transmis une IP.

Devant une situation d'enfance en danger, les MG se tournaient préférentiellement vers la PMI à 53 % (IC95 [47;58]), les urgences locales à 40 % (IC95 [35;46]), la justice à 28 % (IC95 [23;33]) et l'aide sociale à l'enfance (ASE) à 20 % (IC95 [16;25]).

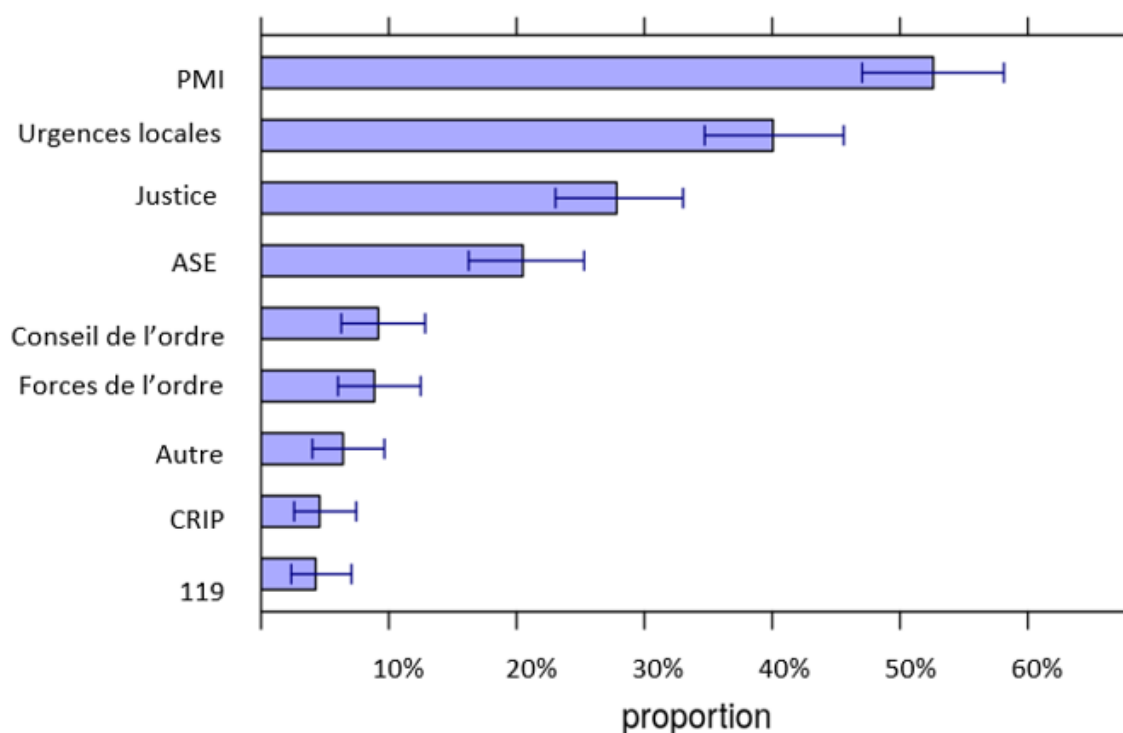


Figure 3 : structures vers lesquelles s'orientent les médecins généralistes devant une suspicion d'enfant en danger ou en risque de danger

- Concernant la perception de la maltraitance infantile :

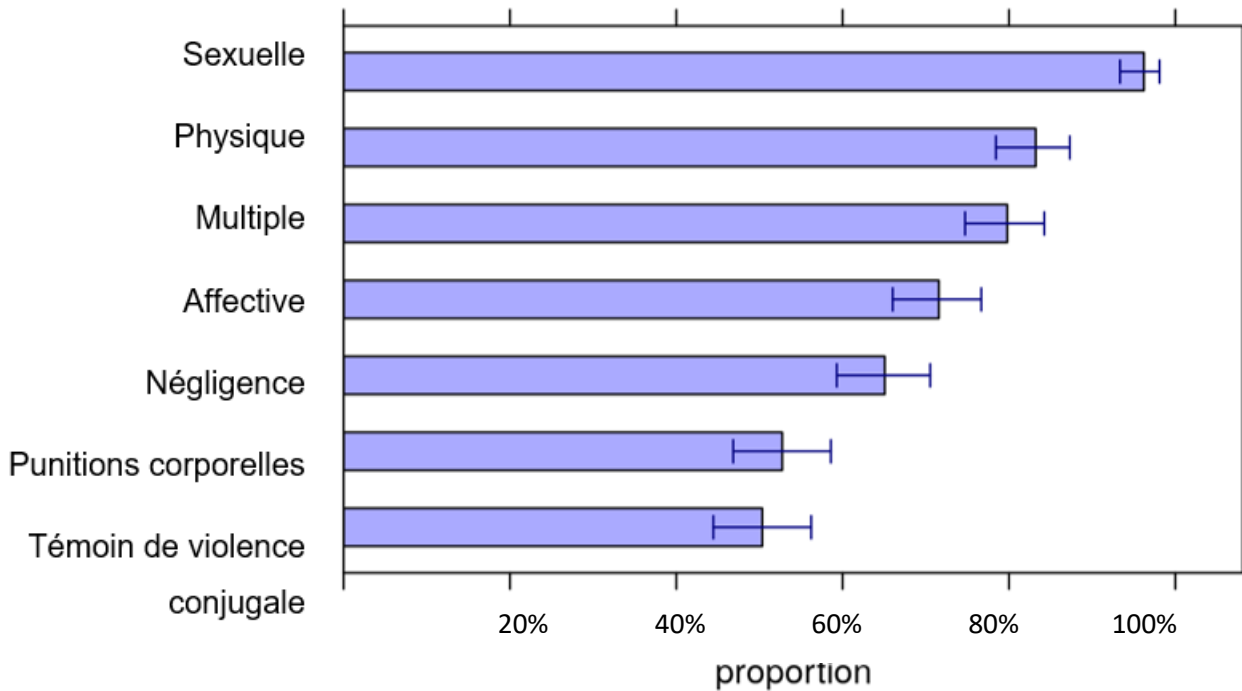


Figure 4 : perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes

Les punitions corporelles et le fait d'être témoin de violences conjugales n'ont été définies comme maltraitance que par la moitié des médecins interrogés (respectivement 53 % IC95 [47;59] et 50 % IC95 [45;56]).

- Concernant la perception de l'information préoccupante :

Les MG ont pour représentation de l'IP celle d'un signalement protection à 47 % (IC95 [41;54]) plutôt que d'une dénonciation à 9 % (IC95 [6;13]) ou d'une sanction de l'auteur de maltraitance à 6 % (IC95 [3;10]). 5 % des MG interrogés considéraient l'IP comme inutile (IC95 [3;9]).

- Concernant la transmission de l'information préoccupante :

Les principaux freins étaient par ordre d'importance selon la moyenne obtenue sur dix à l'échelle de Likert :

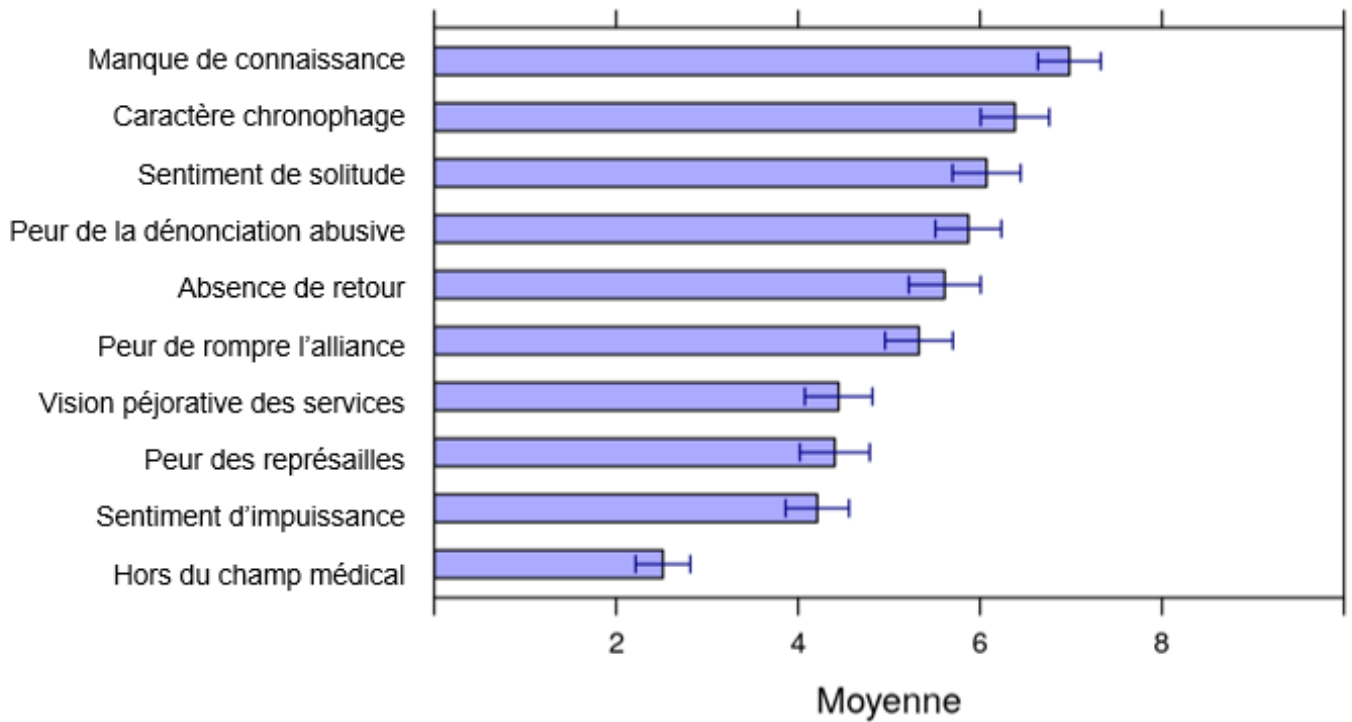


Figure 5 : principaux freins à la transmission de l'IP

Les médecins ne connaissaient pas les modalités pratiques de transmission de l'IP, c'est le premier frein à sa transmission (moyenne 7.0, IC95 [6.6-7.3]).

- Concernant les attentes des médecins généralistes pour faciliter la transmission de l'information préoccupante :

Les MG souhaitaient préférentiellement un référent unique à 63 % (IC95 [57;69]), une formation sur le sujet dans le cadre de la formation médicale continue à 56 % (IC95 [50;62]) et un guide des structures de la protection de l'enfance avec leurs coordonnées, notamment téléphoniques à 55 % (IC95 [49;60]).

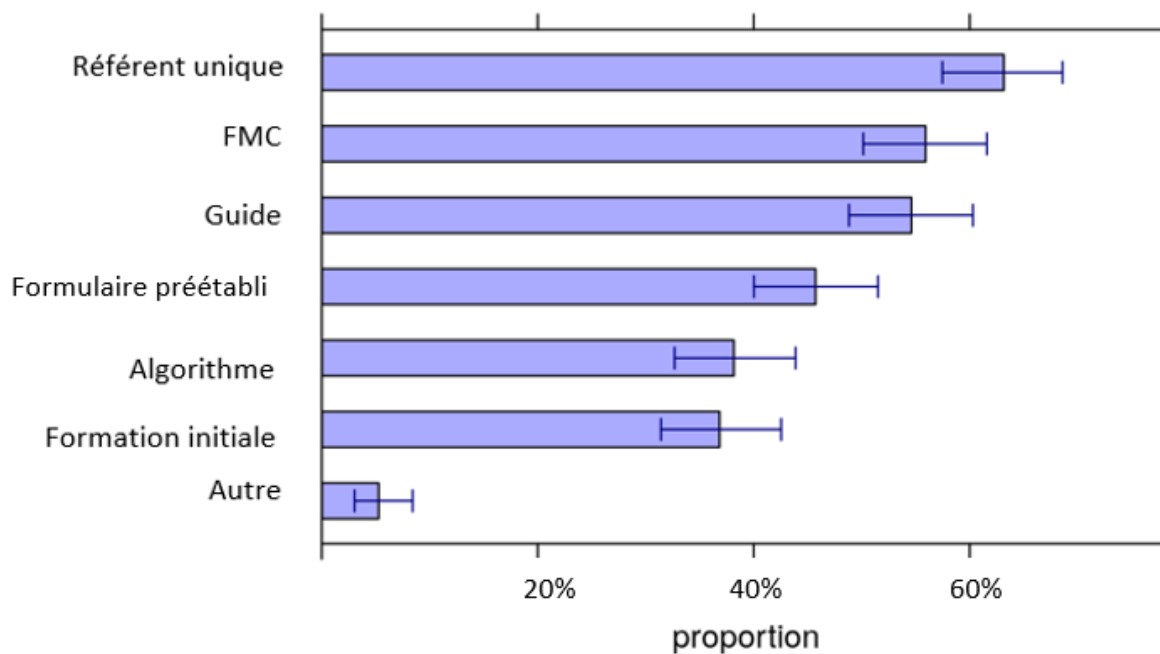


Figure 6 : attentes des médecins généralistes pour faciliter la transmission de l'information préoccupante

Les MG interrogés souhaitent pouvoir transmettre l'IP par téléphone pour 53 % (IC95 [47;58]), via une application pour 42 % (IC95 [37;48]) et par mail pour 39 % (IC95 [33;45]).

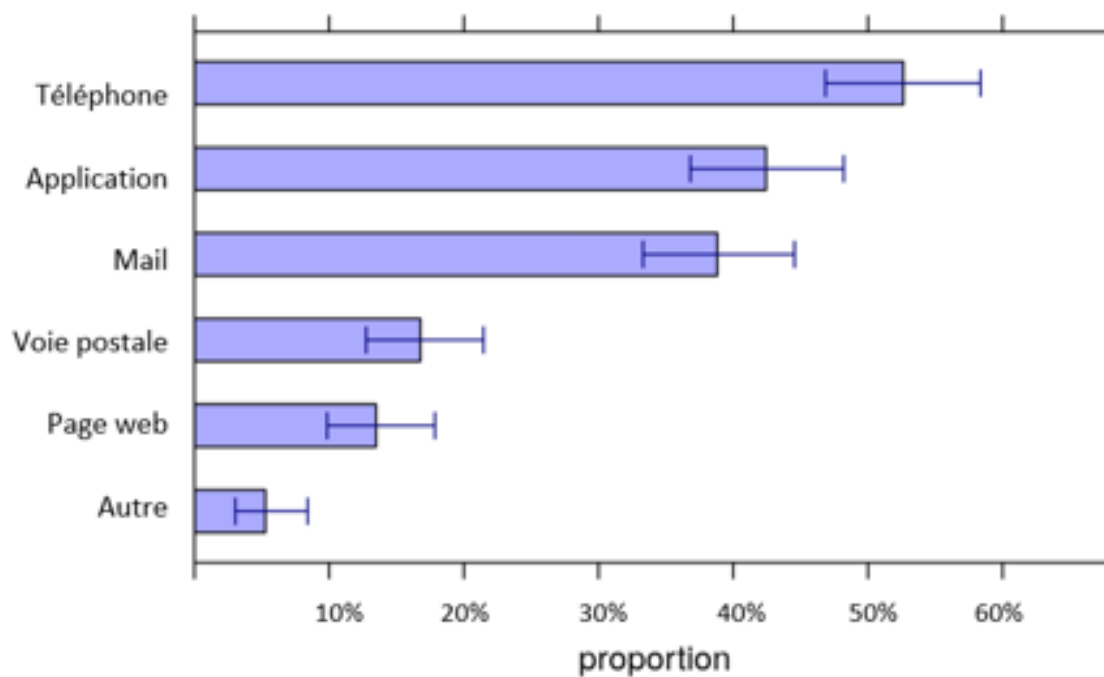


Figure 7 : attentes des médecins généralistes concernant le moyen de transmission de l'information préoccupante

Ils souhaitent avoir des informations préférentiellement sur la procédure de l'IP pour 57 % (IC95 [51;63]), les signes d'alerte pour 54 % (IC95 [48;60]), les mesures mises en place au décours pour 49 % (IC95 [43;55]) et la prise en charge de la cellule familiale pour 47 % (IC95 [41;53]).

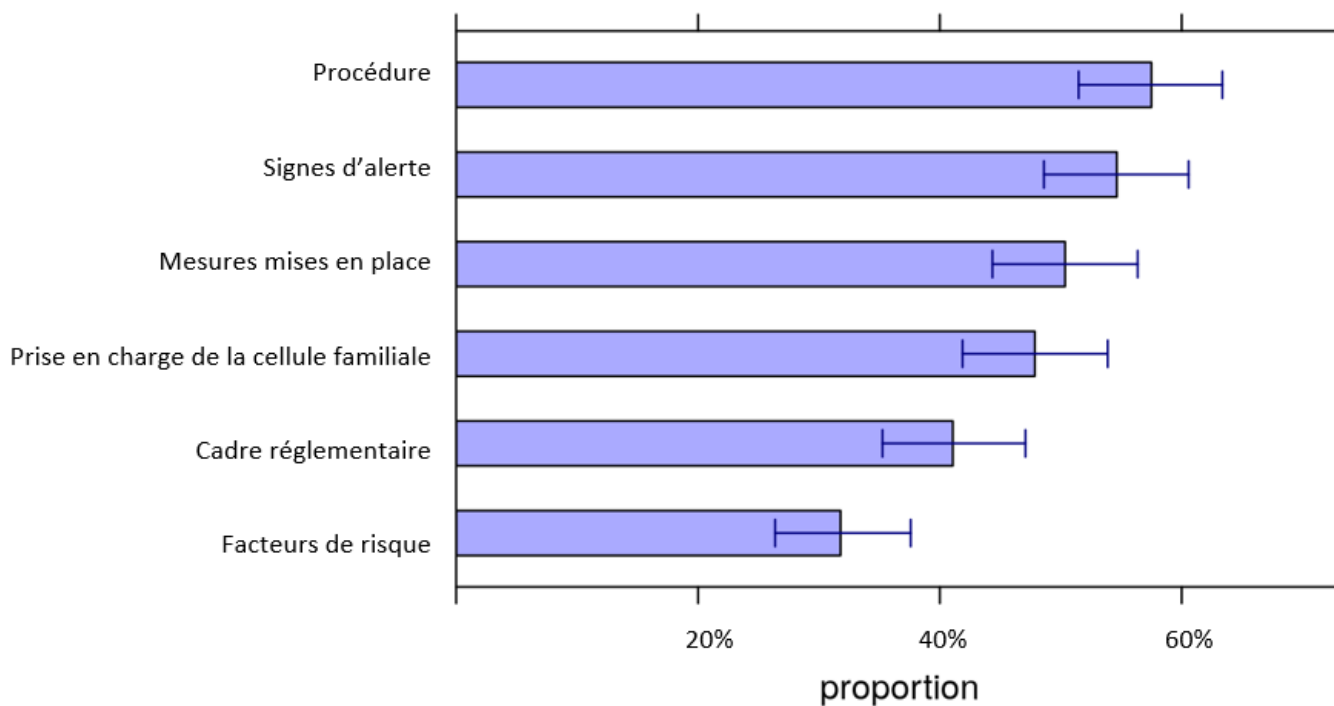


Figure 8 : attentes concernant les notions souhaitant être abordées par les médecins généralistes

3. ANALYSE BIVARIEE

L'objectif était de rechercher une corrélation significative entre transmission d'une IP et certaines variables démographiques ou la perception de la transmission d'une IP.

Il n'était pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre le genre, l'âge, la parentalité et la transmission de l'information préoccupante.

Une association significative ($p\text{-value} < 0.20$) a été retrouvée entre la transmission de l'IP et

- le fait d'avoir une expérience personnelle de la maltraitance infantile ($p\text{-value} < 10^{-4}$)
- le fait d'être maître de stage ($p\text{-value} = 0.023$)
- le fait d'avoir eu une formation sur la maltraitance infantile ($p\text{-value} = 0.015$).

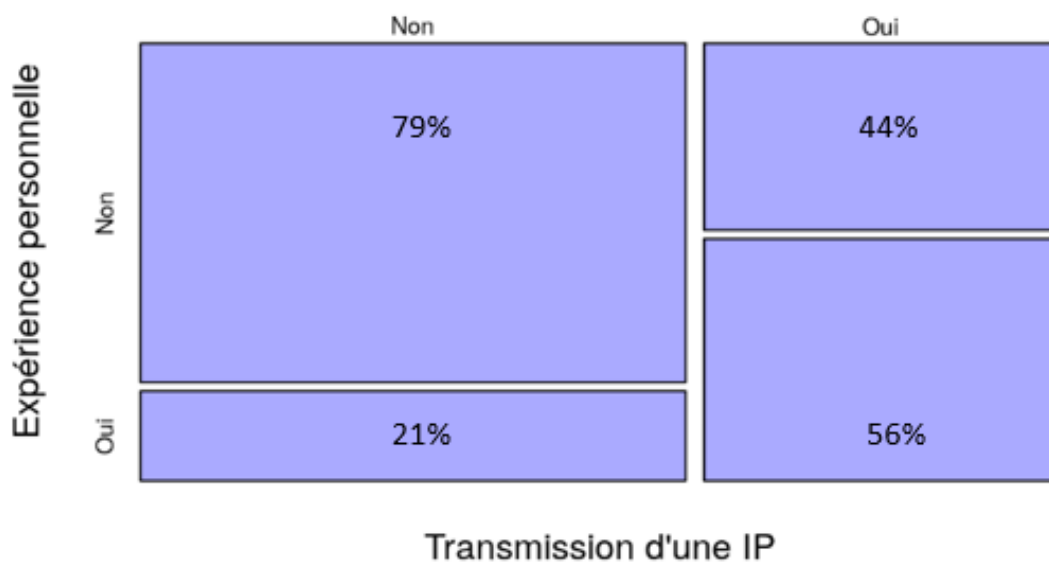


Figure 9 : mosaicplot de l'association entre l'expérience personnelle et la transmission de l'information préoccupante

56 % des MG qui ont transmis une IP ont une expérience personnelle de la maltraitance infantile sachant que ces derniers représentaient 28 % du total des MG.

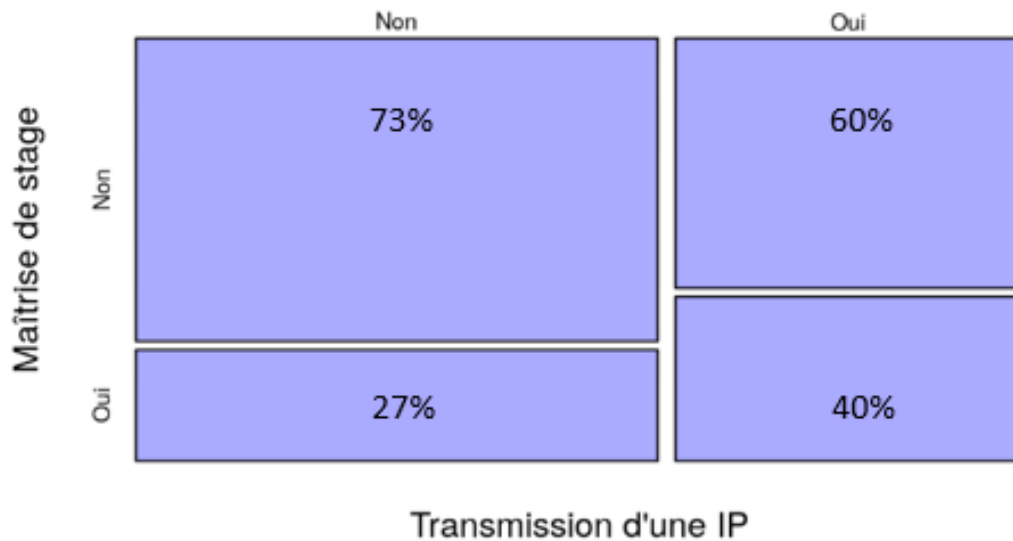


Figure 10 : mosaicplot de l'association entre la maîtrise de stage et la transmission de l'information préoccupante

40 % des MG qui ont transmis une IP sont MSU sachant que ces derniers représentaient 25 % du total des MG.

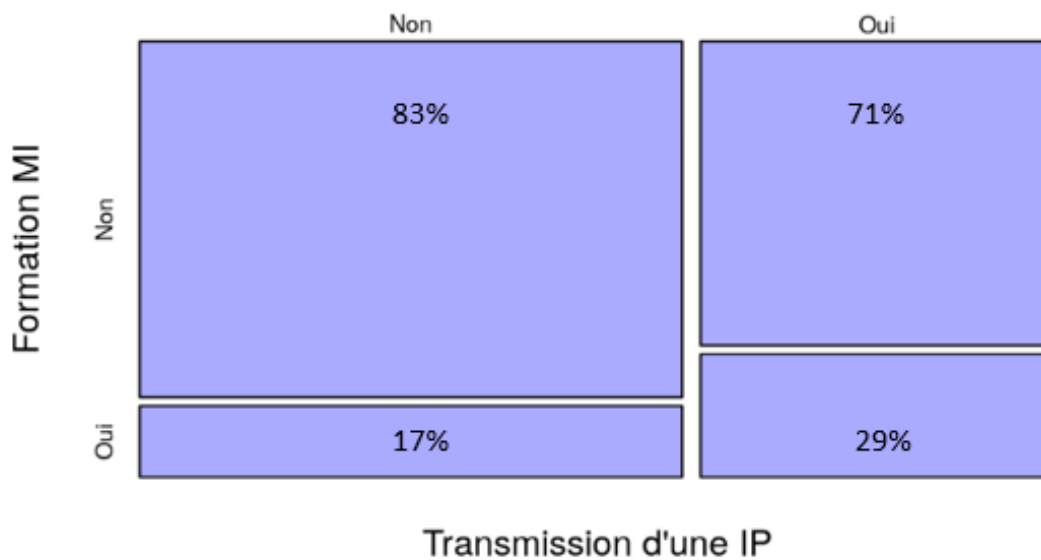


Figure 11 : mosaicplot de l'association entre la formation et la transmission de l'information préoccupante

29 % des MG qui ont transmis une IP ont participé à une formation sur la maltraitance infantile sachant que ces derniers représentaient 17 % du total des MG.

- Concernant la perception de la transmission de l'information préoccupante :

Il n'était pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre la transmission de l'IP et sa perception comme en faisant partie ou non du champ médical, le caractère chronophage, le sentiment de solitude, d'impuissance ou d'inutilité, la peur des représailles ou de rompre l'alliance avec la famille, la vision péjorative des services sociaux ou l'absence de retour sur la prise en charge.

- Concernant les freins :

Il était mis en évidence un lien statistiquement significatif entre l'absence de transmission de l'IP et

- la peur d'une dénonciation abusive (p-value < 10⁻⁴)

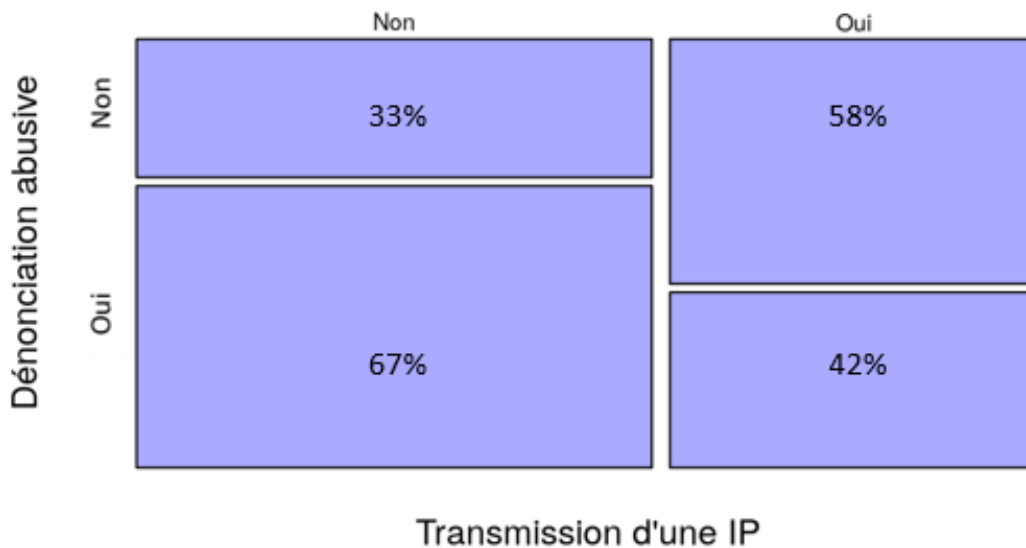


Figure 12 : mosaïcplot de l'association entre le sentiment de dénonciation abusive et la transmission d'une information préoccupante

67 % des MG qui n'ont pas transmis d'IP avaient le sentiment que l'IP est une dénonciation abusive.

- le manque de connaissance des procédures (p-value = 0.1974)

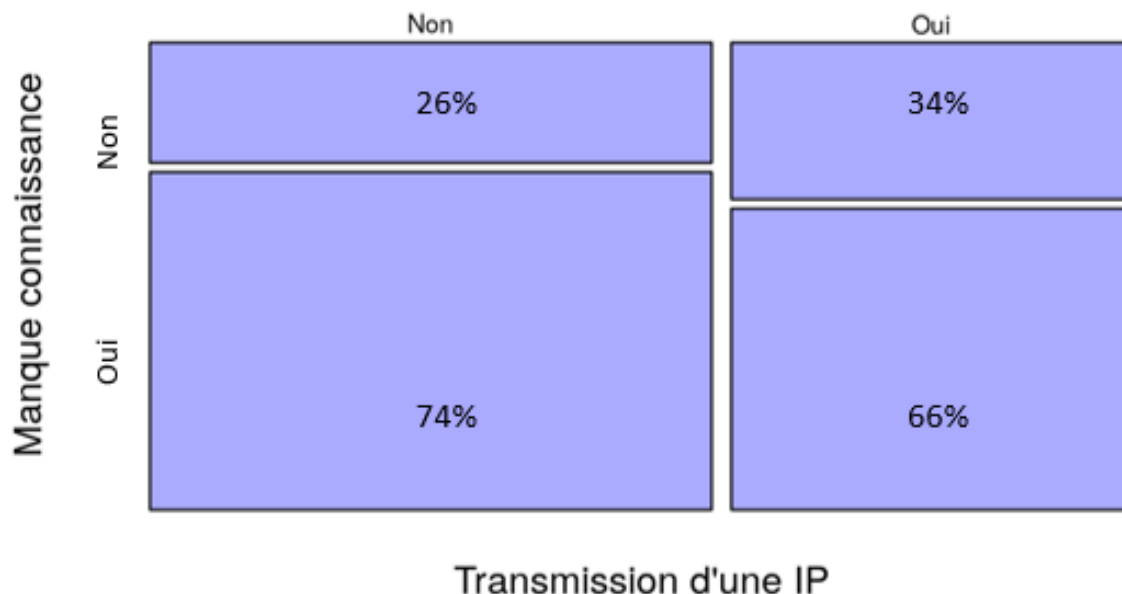


Figure 13 : mosaicplot de l'association entre le manque de connaissance et la transmission d'une IP

74 % des MG qui n'ont pas transmis d'IP disaient méconnaître l'IP.

4. ANALYSE BIVARIEE COMPLEMENTAIRE

Pour connaitre le rôle de chaque variable nous avons recherché une association entre les différentes variables retenues pour l'analyse bivariée.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence entre l'expérience personnelle et la formation à la maltraitance infantile ou la maîtrise de stage.

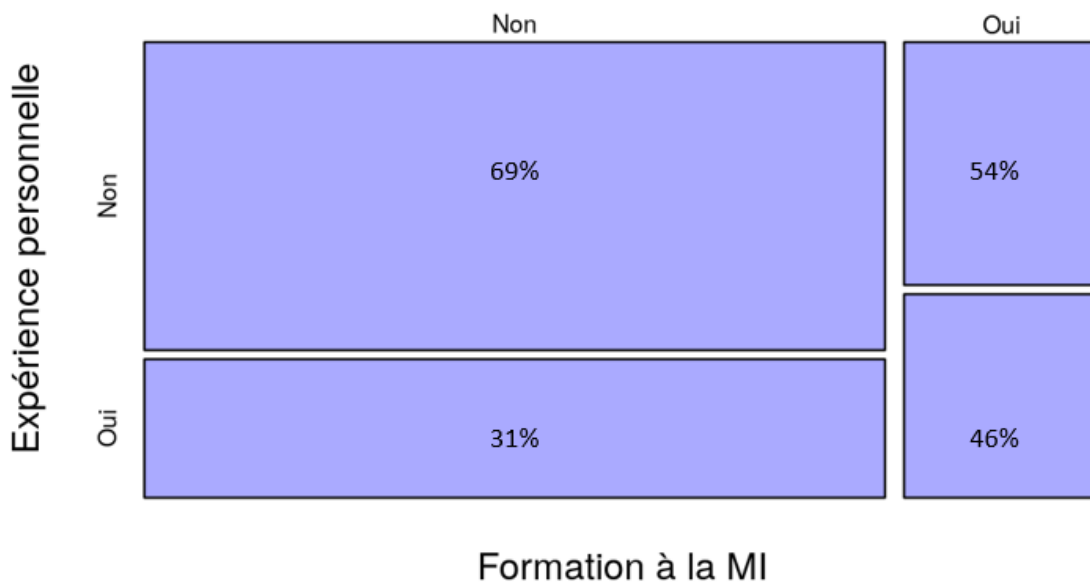


Figure 14 : mosaicplot de l'association entre l'expérience personnelle et la formation

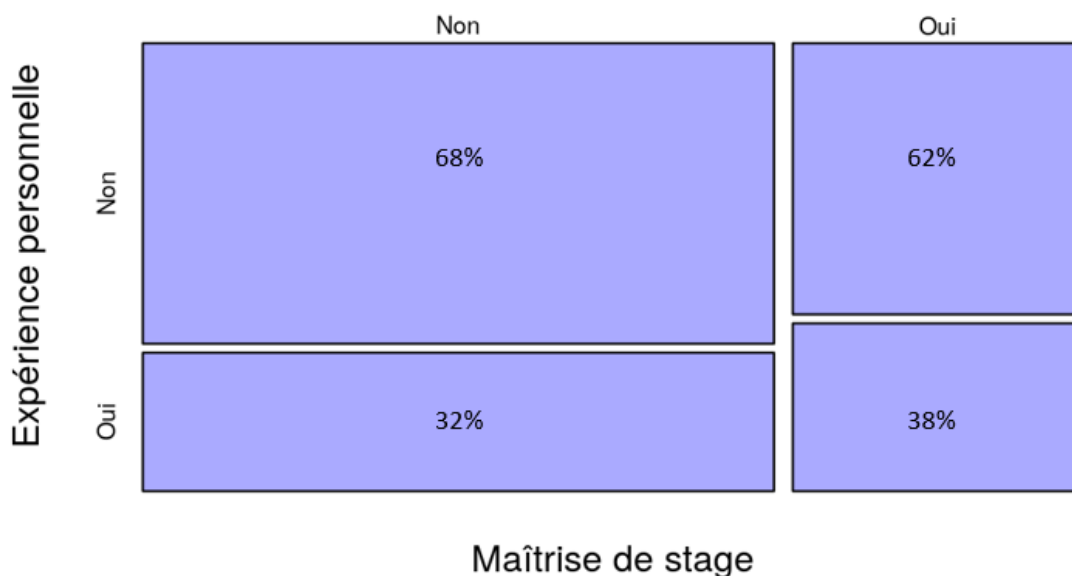


Figure 15 : mosaicplot de l'association entre l'expérience personnelle et la maîtrise de stage

Un lien significatif entre la peur de la dénonciation abusive et la manque de connaissance des procédures était retrouvé avec une p-value = 10^{-13} .

72 % des MG qui voyaient l'IP comme une dénonciation abusive avaient un manque de connaissance de l'IP.

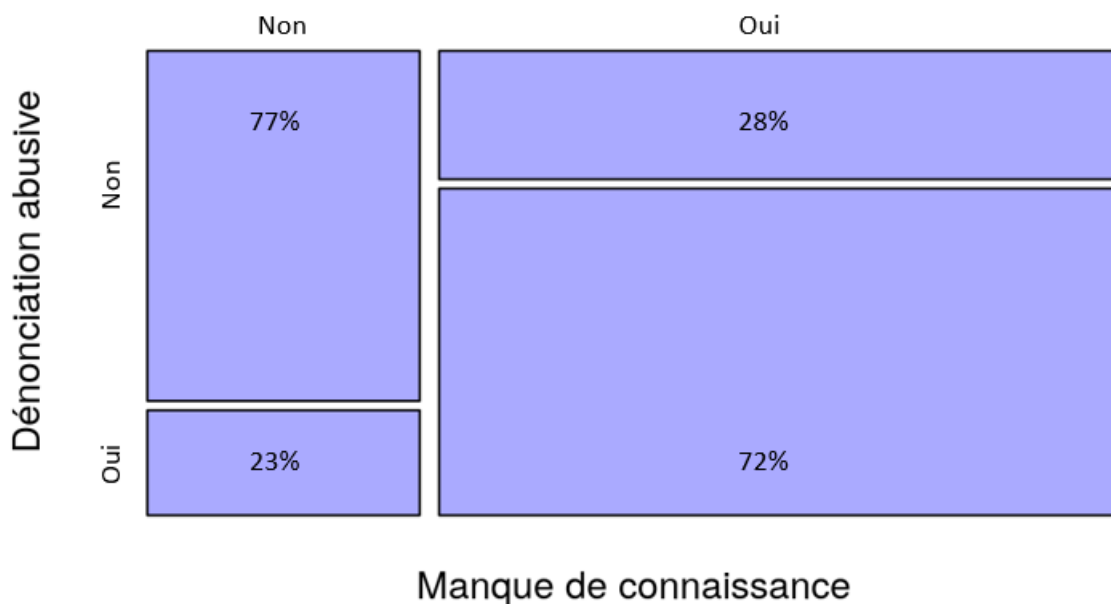


Figure 16 : mosaicplot de la peur de la dénonciation abusive et le manque de connaissance

5. MODELISATION PAR REGRESSION LOGISTIQUE

Les cinq associations significatives (p-value < 0.20) de l'analyse bivariée ont été retenues pour l'analyse multivariée.

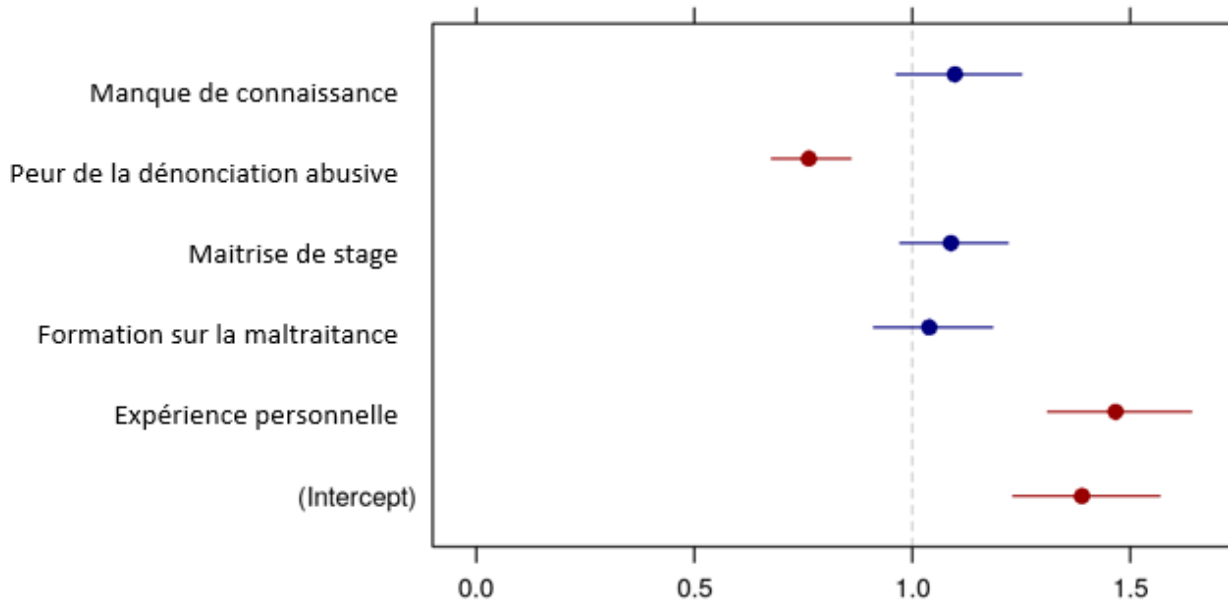


Figure 17 : modélisation par régression logistique des résultats

Il a été mis en évidence un lien statistiquement significatif qu'entre la transmission de l'IP et

- la peur de la dénonciation abusive ; p-value = 10^{-5}

La probabilité de transmettre une information préoccupante est augmentée de 47 % quand on a une expérience personnelle de la maltraitance.

- l'expérience personnelle de la maltraitance infantile ; p-value = 10^{-10}

La probabilité de transmettre une information préoccupante est réduite de 25 % quand on la considère comme une dénonciation.

Notre modélisation a été contrôlée sur trois niveaux : le nombre d'évènements, la qualité de prédiction et la calibration. Notre modèle est valide.

6. DISCUSSION

Ce travail a mis en évidence que l'expérience personnelle par le médecin généraliste de la maltraitance infantile est le principal élément facilitant la transmission de l'information préoccupante ; que la peur de la dénonciation abusive est le frein principal à la transmission de l'information préoccupante ; que cette peur de la dénonciation abusive est directement liée à un manque de connaissance de l'information préoccupante.

1. Forces et faiblesses

Un biais de sélection ne peut être exclu car les médecins ont participé de façon volontaire à notre questionnaire. Ceux qui ont choisi d'y répondre sont peut-être plus sensibles au problème de l'enfance en danger et donc potentiellement mieux formés que l'ensemble des médecins généralistes. Le taux de participation était d'environ 25 % ce qui est comparable aux études du même type (39). La taille de l'échantillon est satisfaisante pour une analyse quantitative. La population étudiée semble représentative du territoire du Nord-Pas-de-Calais mais la répartition géographique des informants ne peut être obtenue du fait de l'anonymisation des réponses.

Un autre biais de sélection est possible du fait d'avoir retiré les questionnaires sans réponse aux trois échelles de Likert. L'analyse des réponses des médecins généralistes n'ayant pas répondu aux trois questions avec l'échelle de Likert a mis en évidence que ceux qui n'avaient pas répondu de façon complète connaissaient moins le terme d'information préoccupante (59 % contre 64 %) et en avaient moins transmis que les autres participants (28 % contre 39 %). Les non répondants étaient pour 79 % des hommes et pour 21 % des femmes, ce qui rejoint les données de la littérature en faveur de médecins généralistes féminins plus sensibles au sujet de l'enfance en danger (10,12). Le genre n'était pas significativement associé à la transmission de l'IP dans notre travail.

Notre étude est basée sur une enquête déclarative. Il existe probablement des biais déclaratifs :

- Un biais d'information selon la compréhension individuelle du questionnaire, propre à chaque participant ; notamment concernant la compréhension de l'expérience personnelle de la maltraitance infantile. Les médecins généralistes ont probablement considéré une définition élargie à leur entourage voire leur patientèle alors que nous souhaitions savoir si le fait d'avoir été victime de maltraitance à titre personnel jouait un rôle dans la transmission de l'information préoccupante. Un médecin trouvait peu clair la formulation de l'item « être témoin de violences conjugales est une forme de maltraitance » avec une possible incompréhension des répondants, le terme « exposé » aurait pu être plus approprié.
- Un biais de prévarication est toujours possible dans le cadre de travail sur des sujets sensibles mais le questionnaire étant anonyme, les médecins généralistes n'ont pas eu d'intérêt personnel à adapter leur réponse.

Un biais de confusion potentiel a été diminué en réalisant une modélisation avec une analyse multivariée des cinq associations significatives de variables lors de l'analyse bivariée. Le fait d'avoir réalisé plusieurs étapes d'analyse et d'avoir binarisé les résultats des échelles de Likert diminue la puissance de notre étude. Cela entraîne une perte de chance de trouver une association significative pour d'autres critères mais renforce le fait que les associations significatives retrouvées le sont réellement.

Notre modélisation est valide et l'ensemble de ce travail suit les critères STROBE (48).

2. Principaux résultats

Ce travail a mis en avant que **le principal frein à la transmission de l'information préoccupante est la peur de la dénonciation abusive**. Cela avait déjà été évoqué dans une thèse en région Poitou Charentes (39).

En 1996, le Dr Bonnet, pédopsychiatre, est condamnée à une interdiction d'exercer pour avoir nominativement désigné les auteurs des violences présumées dans des certificats médicaux après avoir reçu dans son cabinet des victimes d'inceste. En cette année où éclate l'affaire Dutroux, les pères – auteurs des violences sexuelles – parlent de « fausses allégations ». Ils portent plainte devant le Conseil de l'Ordre. Le Dr Bonnet est condamnée à trois fois trois ans d'interdiction d'exercice.

Depuis les mentalités ont changé, les médecins se voient maintenant condamnés pour non-assistance à personne en danger s'ils restent passifs devant une suspicion d'enfant en danger.

Le 25 janvier 2006, Marc âgé de 5 ans est retrouvé mort à son domicile d'Auby près de Douai. L'enfant est décédé d'avoir été battu pendant plus d'un mois. Le principal prévenu est le beau-père de l'enfant, il est poursuivi pour "acte de torture et de barbarie sur un enfant de moins de 15 ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner". La mère est poursuivie pour complicité. En plus du couple et cinq autres personnes poursuivies pour "non dénonciation de mauvais traitement", les docteurs Tirloy et Vellemans sont poursuivis pour "non-assistance à personne en danger". Le docteur Tirloy avait ausculté l'enfant trois semaines avant le décès du jeune garçon et avait adressé un courrier à l'un de ses confrères pédopsychiatre, où il avait indiqué : « A noter que je connais la mère de ce garçon. Tout geste malveillant des parents semble à exclure ». Le docteur Vellemans, avait vu le petit garçon neuf jours avant le décès où il avait conclu à « un trouble de la sociabilité avec automutilation ». Les deux médecins ont été condamnés à trois ans de prison avec sursis et respectivement 60 000€ et 75 000€ d'amende.

La multiplicité des textes législatifs et des décrets renforce la difficulté des médecins à saisir le vrai sens de la loi. Il est important de rappeler aux médecins qu'ils ne peuvent en aucun cas être accusés de dénonciation calomnieuse pour un signalement aux autorités, sauf s'ils savent que ces données sont «totalement ou partiellement inexactes» (49).

Nous avons mis en évidence **que la peur de la dénonciation abusive était significativement associée au manque de connaissance des procédures.**

En concordance avec la littérature (50), nous renforçons l'idée que la formation des médecins généralistes au sujet de la procédure de l'IP est primordiale.

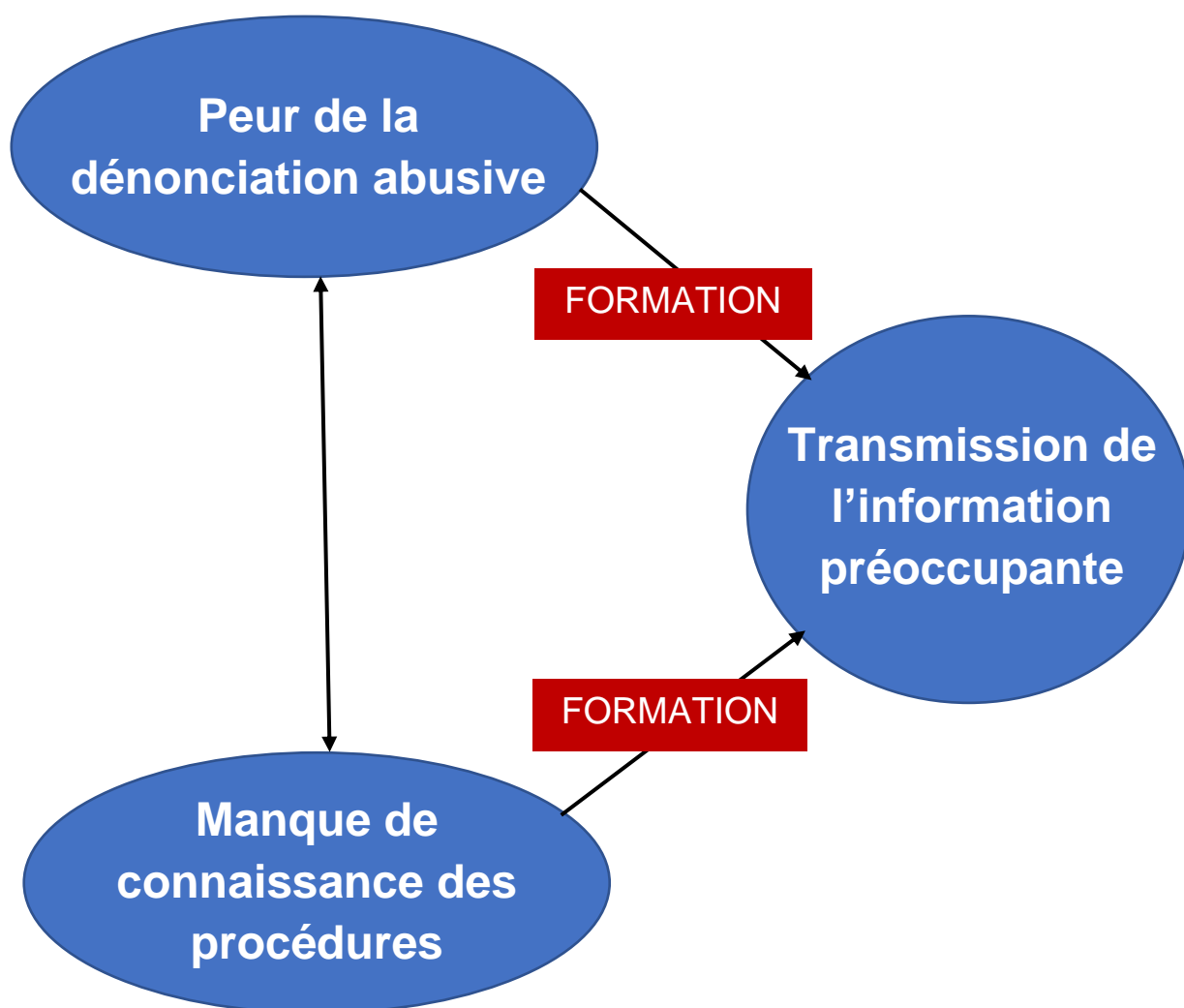


Figure 18 : schéma explicatif de l'intrication des freins dans la transmission de l'information préoccupante

Avoir une expérience personnelle au sens large de la maltraitance infantile est le principal facteur favorisant la transmission de l'IP ; probablement par une plus grande sensibilité à cette problématique d'une part et par le souci d'en protéger les autres d'autre part.

L'absence de lien statistiquement significatif entre l'âge du médecin et la transmission de l'IP peut s'expliquer par le fait que l'expérience des plus anciens est à mettre en balance avec une meilleure formation des plus jeunes sur ce sujet ; par le fait que les situations de maltraitance se présentent aux médecins sans distinction d'âge.

Une étude qualitative dans l'Hérault (12) montre que l'expérience sensible de l'IP est un mélange de sentiments : positif avec le sentiment de mener une action dans l'intérêt de l'enfant et négatif du fait des doutes et de l'appréhension du diagnostic. La recherche d'une certitude diagnostique n'incombe pas au médecin généraliste ; l'information préoccupante ne se fait que dans l'intérêt de l'enfant.

Un médecin généraliste participant déclarait n'avoir jamais eu de cas de maltraitance infantile dans sa patientèle. Il y a une grande sous-estimation des cas et la plupart des enfants victimes se confient à distance du traumatisme à l'âge adulte. En 2016, d'après l'OMS, une femme sur 5 et un homme sur 13 disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance. En France, nous avons très peu de chiffres et d'enquête réalisée directement auprès des enfants. A partir d'enquêtes auprès d'adultes sur les violences subies dans leur enfance, on peut estimer que chaque année, plus de 124 000 filles et 30 000 garçons subissent des viols ou des tentatives de viols (2,51). La persistance des violences s'explique notamment de leur invisibilité dans le grand public et des fausses représentations de la maltraitance infantile vue comme quelque chose d'exceptionnel, loin des sphères de vie des gens « normaux ». Le déni collectif face aux violences faites aux enfants a longtemps été un obstacle à la veille statistique.

Un nouveau dispositif nommé Olinpe (Observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance) a pour objectif d'améliorer la connaissance des parcours et des

conditions de vie des mineurs et jeunes majeurs suivis en protection de l'enfance. Il apporte un éclairage aux niveaux départemental et national afin d'adapter les politiques publiques de protection de l'enfance tout au long des parcours. Le prochain rapport est attendu courant 2020.

La violence sexuelle ressort en première position avant même l'ensemble des items intriqués et la violence physique.

Les MG sont de plus en plus sensibilisés à ce sujet du fait des nombreuses affaires médiatisées. La violence sexuelle est aussi mieux reconnue par le droit pénal avec un allongement de la durée de prescription à 30 ans depuis août 2018 (52). En mai 2011, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique portant sur les violences sexuelles intrafamiliales (53).

Notre étude met en avant que **les punitions corporelles ne sont considérées comme de la maltraitance que pour un médecin généraliste sur deux.**

Il apparaissait déjà dans une étude de 2003 que les médecins généralistes, surtout les plus âgés sont plus tolérants que les pédiatres (54). L'attitude vis-à-vis des châtiments corporels, comme l'a montré dans son étude Jackson (37) est un bon élément prédictif de la tendance à signaler. Une loi parue en juillet 2016 a interdit la fessée en France et précise les modalités de l'autorité parentale comme suit : « l'exclusion de tout traitement cruel, dégradant ou humiliant, y compris tout recours aux violences corporelles ».

Le fait d'être témoin de violence conjugale est perçu comme de la maltraitance par moins d'un médecin sur deux.

Cette vision est moins connue car plus récemment décrite. Une étude réalisée en 2003 (55) mettait en évidence que 63 % des enfants exposés vont plus mal que les autres. La simple présence de la violence dans le foyer suffit à désorganiser le développement de l'enfant. Ces

résultats ont été confirmés par une méta-analyse (56) qui retrouve des problèmes cliniques intériorisés et extériorisés liés à l'exposition à la violence conjugale. Le lien entre l'exposition à la violence et la maltraitance prendrait la forme d'un continuum plutôt que d'une frontière entre les deux.

Une nouvelle image de l'enfance en danger est apparue suite au rapport sur les besoins fondamentaux de l'enfant (18). Ce rapport met en avant que le principal méta-besoin de l'enfant est la sécurité. Il rappelle que le travail en collaboration des différents intervenants autour de l'enfant est essentiel avec l'établissement d'une culture commune partagée et d'un langage commun.

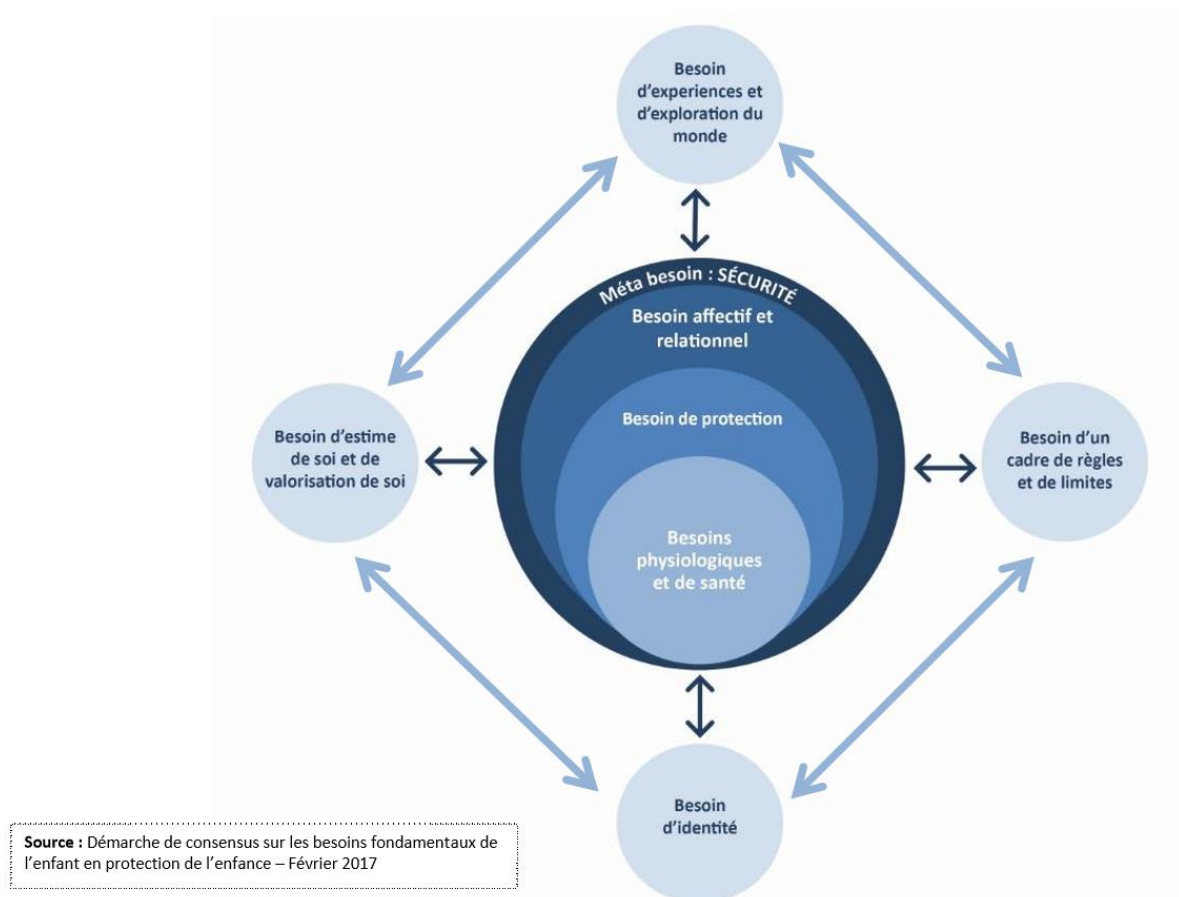


Figure 19 : carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant

Connaissance de l'information préoccupante

La connaissance du terme d'information préoccupante par les MG est de 64 % dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Ce chiffre est supérieur par rapport aux dernières thèses sur le sujet (10,34).

Ce travail est déjà un mode de formation en protection de l'enfance en soi : il permet de faire connaître le terme d'information préoccupante à ceux qui ne le connaissaient pas encore.

126 MG déclarent avoir déjà transmis une IP sur 318 MG ayant répondu à cette question, soit un taux de transmission de 39,6%. Ce chiffre est surestimé par les MG du fait d'une définition élargie de l'IP. Ils incluent probablement les situations où ils orientent l'enfant vers la PMI ou les urgences sans rédaction réelle d'une IP.

Notre enquête a révélé que l'interlocuteur privilégié des MG était la PMI puis l'hôpital et la justice.

- La PMI était bien connue des MG pour ses actions sur le terrain, et pour sa participation à la prévention précoce au sein des familles. Une étude parue en 2001 dans le journal « *Development and Psychopathology* » a montré la diminution des cas de maltraitance à enfant lorsque les mères « fragiles » avaient été suivies régulièrement par des puéricultrices, pendant les deux premières années de vie de leur enfant. A 15 ans, les enfants dont les mères avaient été suivies, présentaient moins de troubles du comportement que dans le groupe témoin (57). L'impression actuelle est celle d'une augmentation constante des enfants et des familles en détresse, sans augmentation du nombre de personnel ou de places nécessaires à l'accueil des mineurs en danger. Le budget de l'ASE est départemental – et non national. Il dépend des choix de politique locale, ce qui entraîne de fortes disparités sur le territoire.

- Les urgences locales ou le service de pédiatrie étaient une alternative souvent choisie par les MG car l'orientation est possible 24h/24h en cas de suspicion d'enfant à risque de danger. Cette orientation n'est à privilégier qu'en cas de nécessité de bilan complémentaire somatique pour ne pas encombrer les services d'urgence. Un médecin généraliste évoquait en commentaire l'orientation vers le SHEDD, Structure Hospitalière pour l'Enfance en Danger du Douaisis, en place depuis 2001 (58). Avant la délégation de la protection de l'enfance au conseil départemental, plusieurs structures existaient au sein des hôpitaux. Actuellement seules la structure d'évaluation de l'enfance en danger sur les enfants et adolescents du Douaisis et les consultations du Dr Matthews au CHRU de Lille sont encore en activité.
- Bien que n'étant pas l'interlocutrice de référence dans les situations à risque, la justice était citée par 28 % des médecins interrogés. La Loi de 2007 vise à « déjudiciariser » le traitement de la protection de l'enfance et à trouver dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille une alternative au recours judiciaire. Seules les situations d'une extrême gravité, nécessitant une mesure de protection immédiate doivent faire l'objet d'un signalement au procureur de la République. Mais, il est vrai que celui-ci est une entité unique, bien connue des médecins généralistes et joignable à n'importe quel moment.

Les médecins généralistes interrogés ne s'orientaient pas vers la CRIP ou le 119 pour la transmission de l'IP, ce qui rejoint les données de la littérature concernant la méconnaissance de ces structures de premier recours (12,30,35,59).

La mise en avant de ces deux solutions sera à privilégier dans le guide à destination des médecins généralistes.

Le manque de formation et d'information sur les situations à risque de maltraitance était le frein principal de la transmission de l'IP par les médecins généralistes.

Lors des États Généraux de l'Enfance de 2010, il était soutenu que la formation sur l'IP était un « axe indispensable à l'amélioration du repérage du danger ou risque de danger » (60). L'Ordre des médecins consacre chaque année au moins un numéro de ses Bulletins au sujet de la maltraitance. Un rappel sur le signalement et l'information préoccupante avait été présenté dans le Bulletin national de l'Ordre des médecins en 2016 (20).

La méconnaissance des différents services de la protection de l'enfance existants et le manque de collaboration des médecins généralistes avec les services de la protection de l'enfance étaient retrouvés en Ille et Vilaine (10). La majorité des médecins interrogés affirmaient qu'ils signaleraient et demanderaient plus aisément de l'aide s'ils avaient un référent médecin au sein du département (10). La généralisation nationale des CRIP devrait permettre une meilleure visibilité dans le paysage de la protection de l'enfance. La mise en place du poste de médecin référent devrait permettre une meilleure accessibilité.

Le Docteur Anne Matthews, référente enfance en danger au sein du CHRU de Lille relevait un dernier frein important : le problème de la temporalité. Ses consultations comme celles de la PMI ont lieu aux heures ouvrables et cela ne correspond pas toujours à la demande des médecins généralistes libéraux qui ont des horaires plus variables. Adresser l'enfant aux urgences pédiatriques permet de pallier cette difficulté si l'on considère que l'enfant est en danger immédiat. S'il n'y a pas de danger immédiat pour l'enfant, il est possible de temporiser pour transmettre l'IP le lendemain à la CRIP ou par l'intermédiaire du 119.

Certains médecins généralistes relevaient le fait que leurs propos ne restaient pas anonymes en appelant le 119 en tant que professionnels. De plus, il est important d'expliquer à la famille notre démarche pour qu'elle soit bien comprise et que la famille adhère aux futures aides.

Notre étude a mis en évidence que le caractère chronophage, le sentiment de solitude, d'impuissance ou d'inutilité n'influent pas sur le fait de transmettre une IP. La peur des représailles et de rompre l'alliance avec la famille n'est pas un obstacle. Les médecins généralistes ne considéraient pas la vision péjorative des services sociaux et l'absence de retour sur la prise en charge comme un frein.

Attentes des médecins généralistes pour faciliter la transmission de l'information préoccupante

Pour répondre à leurs attentes en matière d'aide à la transmission de l'information préoccupante, les médecins généralistes souhaitaient en priorité un référent unique. La mise en place récente des **médecins référents « protection de l'enfance »** dans le Nord et le Pas-de-Calais va permettre une meilleure continuité des soins.

Le Docteur Valérie Ternel prend en charge le territoire du département du Nord. Elle a pour mission la sensibilisation du corps médical à la protection de l'enfance, l'aide au repérage des enfants en danger ou à risque de l'être et à la coordination médicosociale.

Les médecins interrogés souhaitaient aussi fortement bénéficier d'une **formation sur la maltraitance**. Ces données concordent avec la littérature.

La formation initiale ou continue des médecins généralistes sur la prise en charge de la maltraitance infantile est indéniablement insuffisante, voire inexistante dans certaines facultés. La préparation à l'Examen Classant National ne comporte qu'un seul item, inclus dans le thème « maturation et vulnérabilité » et concerne les signes cliniques de l'enfance en danger avec un aparté sur la PMI (item 37). Le temps consacré à l'enseignement théorique de la maltraitance contraste fortement avec les exigences identifiées à partir d'une recherche américaine. Cette étude a mise en évidence que les médecins ayant reçu moins de dix heures de formation sur la reconnaissance de la maltraitance signalent significativement beaucoup moins que ceux qui ont bénéficié de plus de dix heures d'enseignement (61).

Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais souhaitaient avoir des informations par ordre d'importance, sur la procédure de l'information préoccupante, les signes d'alerte de la

maltraitance infantile, les mesures mises en place au décours de l'IP et la prise en charge de la cellule familiale. Ces données sont concordantes avec la littérature.

Le souhait de la mise en place d'un **guide avec les coordonnées des CRIP** a été retrouvé, tout comme dans une thèse en Poitou Charentes (39), en Ille et Vilaine (10), en Seine Maritime (62) et en Vienne (41).

Les MG souhaitaient préférentiellement transmettre l'information préoccupante par téléphone. Il existe déjà un numéro dédié et pourtant ils ne sont que 4,3 % à avoir évoqué le numéro 119 dans notre questionnaire.

Les coordonnées pour la région Nord Pas-de-Calais ont donc été introduites dans la plaquette.

Les médecins généralistes souhaitent que leurs démarches soient les plus simples possibles. Ils proposent la mise en place d'une application sécurisée ou une transmission via un mail dédié. Le problème de la sécurité des informations transmises se pose dans ces conditions et sera à évoquer lors de la création d'un outil en ligne.

En réponse à l'attente des médecins généralistes interrogés, nous avons réalisé une plaquette avec les signes d'alerte de l'enfance en danger et les coordonnées des différents intervenants de la protection à l'enfance dans le Nord-Pas-de-Calais.

3. Perspectives

L'accessibilité téléphonique du médecin référent de CRIP devrait faciliter la transmission de l'IP.

La collaboration MG – médecin référent devrait permettre une prise en charge plus rapide et un moindre sentiment de solitude. Les échanges téléphoniques sur le devenir de l'enfant entre médecins devraient favoriser la continuité des soins.

L'impact de la diffusion de la plaquette et du modèle d'information préoccupante qui y est associé sur les perceptions de la maltraitance et la transmission de l'IP d'origine médicale peut faire l'objet d'un nouveau travail de recherche.

Les médecins pourront joindre par téléphone la CRIP ou le 119. Le numéro 119 est accessible à toute personne qui a un doute sur une situation d'enfance en danger mais reste peu connu. Une campagne médiatique pourrait permettre d'y remédier.

Trois médecins généralistes proposent en commentaire que le modèle d'IP soit dématérialisé et relié au dossier médical partagé ou à l'Espace Pro par exemple. Un modèle inséré dans les logiciels médicaux permettrait de faciliter sa rédaction comme le citaient déjà Ogier et Al(32).

Concernant la formation à la transmission de l'information préoccupante, la direction enfance famille du Nord propose de mettre en place une demi-journée de formation destinée aux médecins généralistes afin de les sensibiliser sur la procédure. Celle-ci pourrait avoir lieu par l'intermédiaire de la formation initiale lors de l'internat de médecine générale ou lors des FMC. Le docteur Ternel est disponible pour y intervenir en tant qu'expert. Le pôle enfance famille du Pas-de-Calais met en avant la difficulté à former les médecins de PMI à l'accueil des internes en médecine générale. Il est nécessaire que les internes aient 40 % de temps clinique purement médical (consultation pédiatrique et gynécologique) mais la problématique sociale découverte en PMI auprès des paramédicaux est aussi très enrichissante. Il est primordial que les internes de

médecine générale puissent découvrir ce domaine afin d'être en mesure d'alerter plus facilement en cas de suspicion de situation d'enfance en danger rencontrée dans leur exercice futur en cabinet libéral.

La formation des médecins généralistes devrait leur permettre d'aborder plus sereinement la question de l'information préoccupante avec le patient et sa famille et d'expliquer l'intérêt de celle-ci afin de mettre en place différentes aides au domicile. Il est recommandé d'informer et de rechercher l'adhésion des responsables de l'autorité parentale ; l'accord et la mobilisation de la famille sont essentiels au bon déroulement des mesures administratives.

Le pacte pour la protection de l'enfance est en préparation avec une première concertation le 27 mars 2019. La deuxième concertation a eu lieu en juillet avec six groupes de travail. Monsieur Adrien TAQUET secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé met en avant trois piliers à ce pacte (63) :

- L'accompagnement à la parentalité autour des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant
- La lutte contre les violences faites aux enfants
- La réforme de l'enfance protégée

Il insiste sur le fait que la parole de l'enfant doit être mieux prise en compte et propose la création d'un fichier national des informations préoccupantes

7. CONCLUSION

En France, nous avons très peu de chiffres et pas d'enquête des violences faites aux enfants. A partir de celles faites auprès d'adultes qui rapportent les violences subies dans leur enfance, on peut estimer que chaque année : 1 enfant sur 10 est victime de violence, plus de 124 000 filles et 30 000 garçons subissent des viols ou des tentatives de viols, 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales et au moins 300 enfants sont tués. Ces violences sont la première cause de décès précoce, un déterminant principal de l'état de santé à l'âge adulte et peuvent faire perdre 20 ans d'espérance de vie.

Malgré ces chiffres, ces violences sont quasi invisibles dans notre paysage commun. Un médecin sur deux est confronté à un cas de maltraitance infantile au cours de sa carrière ; alors que le taux d'information préoccupante issue du corps médical n'excède pas 5%.

Notre travail a mis en évidence que les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ont eux aussi des représentations fausses de la maltraitance infantile, une méconnaissance de l'information préoccupante et font état de nombreux freins qui ne devraient pas être à sa transmission. Il nous paraît important d'insister sur le fait qu'il n'appartient pas au médecin d'apporter la charge de la preuve de maltraitance mais de protéger l'enfant potentiellement victime.

Nous avons mis en évidence qu'il existe une association entre le manque de connaissance et le faible taux de transmission d'informations préoccupantes par les médecins généralistes. Nous avons aussi mis en évidence que les médecins interrogés à ce sujet étaient désireux de formation et demandeurs de moyens simples pour les aider dans les situations de maltraitance.

Pour tenter de leur répondre, nous avons réalisé une plaquette à destination des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais avec les coordonnées des différents intervenants de la protection de l'enfance ; nous citons ici pour interlocuteurs privilégiés, le médecin référent de la CRIP et le 119. Nous diffuserons cette plaquette par mail à l'ensemble des médecins contactés au début de ce travail ainsi que par l'intermédiaire des directions enfance-famille du Nord-Pas-de-Calais et nous proposerons une intervention dans les différents congrès de médecine générale tels que les journées régionales de médecine générale ou le Formathon. Une évaluation de ces actions sera à réaliser à distance.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009 Jan 3 ;373(9657) :68–81.
2. Mémoire traumatique. Violences faites aux enfants [En ligne]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-faites-aux-enfants.html?PHPSESSID=ksc0j7snuffbsfjirhm9mah853> [Consulté le 12 novembre 2018].
3. Swahn MH, Whitaker DJ, Phippen CB, Leeb RT, Teplin LA, Abram KM, et al. Concordance between self-reported maltreatment and court records of abuse or neglect among high-risk youths. *Am J Public Health*. 2006 Oct ;96(10) :1849–53.
4. Organisation mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants [En ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> [Consulté le 17 septembre 2018].
5. Observatoire national de la protection de l'enfance. 13ème rapport au gouvernement et au parlement, avril 2019 [En ligne]. Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/13e_ragp_complet_web_0.pdf [Consulté le 31 mai 2019].
6. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
7. Code de l'action sociale et des familles - Article R226-2-2.
8. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants [En ligne]. Disponible sur : http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf [Consulté le 2 juin 2018].
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites [En ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-prise-en-charge-des-enfants-en-medecine-generale-une-typologie-des> [Consulté le 14 mai 2018].
10. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. *Arch Pédiatrie*. 2016 Jan 1 ;23(1) :21–6.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La maltraitance : du phénomène de société au drame de santé publique 4 avril 2002, 15ème jeudi de l'Ordre [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/maltraitance.pdf> [Consulté le 14 mai 2018].
12. Nicolas B. Maltraitance de l'enfant de moins de six ans : quel rôle pour le médecin généraliste ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Th D Méd], Université de Montpellier ; 2017.
13. Michaud E. Évaluation d'un outil d'information portant sur l'information préoccupante à l'intention des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Th D Méd], Université de Nantes ; 2016.
14. Code civil - Article 375.
15. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-1.

16. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, mise à jour juillet 2017 [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir [Consulté le 5 mai 2018].
17. Code de l'action sociale et des familles - Article L112-3.
18. Bolter F, Keravel E, Oui A, Schom A-C, Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. Rev Polit Soc Fam. 2017 ;124(1) :105–12.
19. Code civil - Article 371-1.
20. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Signalement et information préoccupante [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1696> [Consulté le 29 mai 2018].
21. Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger 119 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.allo119.gouv.fr/> [Consulté le 29 mai 2018].
22. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-1.
23. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-2.
24. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-3.
25. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-4.
26. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-5.
27. Code de l'action sociale et des familles - Article L223-2.
28. Mataigne-Weisse E. Mineurs en danger en France : place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. À propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains [Th D Méd], Université de Nancy ; 2013. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_MATAIGNE_WEISSE_EMILIE.pdf [Consulté le 10 mai 2018].
29. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes [Th D Méd], Université de Grenoble ; 2012. Médecine humaine et pathologie. dumas-00708587. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708587/document> [Consulté le 7 juin 2018]
30. Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs [Th D Méd], Université de Rouen ; 2013. Médecine humaine et pathologie. dumas-00831871. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/831871/filename/Mokdad_Benjamin.pdf [Consulté le 10 octobre 2018]
31. Dubreucq Guerif E. Signalement des suspicions des maltraitances envers les mineurs par les médecins généralistes [Th D Méd], Université Paris VI ; 2014. Disponible sur : <http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/dubreucq-these.pdf> [Consulté le 15 octobre 2018].
32. Ogier D. Médecins généralistes et protection de l'enfance : écouter, observer, s'interroger, agir : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Th D Méd], Université de Lyon Est ; 2017.

33. Bacle M-S. Le médecin généraliste face à l'enfant en danger : 10 récits de médecins de Loire-Atlantique [Th D Méd], Université de Nantes ; 2014.
34. Le Breton A-L. Prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Loiret [Th D Méd], Université de Tours ; 2013. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_LeBretonAnneLaure.pdf [Consulté le 7 juin 2018]
35. Renzi C, Farge T. Dépistage des maltraitements infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche [Th D Méd], Université de Lyon ; 2017.
36. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale [Th D Méd] Université de Paris 7 ; 2012. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4266_MARDIEUX_these.pdf [Consulté le 10 mai 2018].
37. Jackson S, Thompson RA, Christiansen EH, Colman RA, Wyatt J, Buckendahl CW, et al. Predicting abuse-prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample. *Child Abuse Negl.* 1999 Jan 1 ;23(1) :15–29.
38. Ashton V. The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2001 Mar 1 ;25(3) :389–99.
39. 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 [Th D Méd], Université de Poitiers ; 2015.
40. Sege R, Flaherty E, Jones R, Price LL, Harris D, Slora E, et al. To Report or Not to Report: Examination of the Initial Primary Care Management of Suspicious Childhood Injuries. *Acad Pediatr.* 2011 Nov 1 ;11(6) :460–6.
41. Kouto A. L'enfance en danger : repérage et prise en charge par les médecins généralistes. Enquête auprès de 83 médecins généralistes de la Vienne (86) [Th D Méd], Université de Poitiers ; 2011.
42. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors Affecting Pediatricians' Reporting of Suspected Child Maltreatment. *Ambul Pediatr.* 2005 Mar 1 ;5(2) :96–101.
43. Pernot-Masson C. La Maltraitance : partager doutes et incertitudes. *Médecine Enfance.* 2007 ;27(5) :219–220.
44. De Singly F. Le questionnaire. Armand Colin Paris ; 2016.
45. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996 Dec 1 ;49(12) :1373–9.
46. R Core Team. R : A Language and Environment for Statistical Computing [En ligne]. Vienna, Austria : R Foundation for Statistical Computing ; 2018. Disponible sur : <https://www.R-project.org/>.
47. Francione R, Bissonnier C. Démographie médicale NPDC 2015. :63.
48. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* 2015 Jan ;15(157) :34–8.
49. Code pénal - Article 226-10.

50. Dauchy A. Connaissances et attentes des médecins généralistes du Finistère en matière de protection de l'enfance [Th D Méd], Université de Bretagne occidentale ; 2018.
51. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, novembre 2015 [En ligne]. Disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/10/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf [Consulté le 10 août 2019]
52. Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes - Article 1. 2018-703 Aug 3, 2018.
53. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, mai 2011 [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur [Consulté le 5 mai 2018]
54. Tirosh E, Shechter SO, Cohen A, Jaffe M. Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse Negl.* 2003 Aug 1 ;27(8) :929–37.
55. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence : A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2003 ;71(2) :339–52.
56. Sternberg KJ, Baradaran LP, Abbott CB, Lamb ME, Guterman E. Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems : A mega-analysis. *Dev Rev.* 2006 Mar 1 ;26(1) :89–112.
57. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Charles R. Henderson J, Kitzman H, et al. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors : Can a program of nurse home visitation break the link ? *Dev Psychopathol.* 2001 Dec ;13(4) :873–90.
58. Structure hospitalière de l'enfance en danger du Douaisis. Disponible sur : <http://www.ville-douai.fr/index.php/Outils/imprimer?idpage=694&idmetacontenu=12169> [Consulté le 10 octobre 2018].
59. Conseil de l'ordre départemental des médecins de la Moselle, Bulletin de décembre 2015 [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil57.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-304/34329/bulletin_ndeg_1_-_decembre_2015_f.pdf [Consulté le 10 mai 2018].
60. Etats généraux de l'enfance. Atelier « Améliorer la transmission d'informations relatives aux enfants en danger ou en risque de danger entre les acteurs de la protection de l'enfance » séance n°1 du 18 mars 2010 [En ligne]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arch_egts_atel1_cr-2.pdf [Consulté le 14 mai 2018].
61. Tursz A. Les Oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Le Seuil ; 2010. 326 p.
62. Bausière C. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formations des médecins généralistes ? Enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes havrais [Th D Méd], Université de Rouen ; 2016.

63. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la concertation autour de la protection de l'enfance. Renforcer le pilotage de la politique publique de protection de l'enfance et la participation des personnes concernées. 26 Juin 2019 [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gt6_-_pilotage_et_participation_-_restitution_vdef2.pdf [Consulté le 20 août 2019]
64. Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.
65. Circulaire JUSF1012606C du 6 mai 2010 relative aux compétences de la protection administrative et judiciaire [En ligne]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1015443C.pdf [Consulté le 22 septembre 2018].
66. Loi n° 2012-301 du 5 mars 2012 relative au suivi des enfants en danger par la transmission des informations. 2012-301 Mar 5, 2012.
67. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 Mar 14, 2016.
68. Décret no 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » [En ligne]. Disponible sur : <http://bo-npa.fr/sites/default/files/article-files/d-2016-1503-medecin-referent.pdf> [Consulté le 20 juin 2018].
69. Code pénal - Article 434-3.
70. Observatoire national de la protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance, janvier 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf [Consulté le 13 juin 2018]
71. Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger 119. Étude annuelle relative aux appels du SNATED en 2015 [En ligne]. Disponible sur : http://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_def-070916.pdf [Consulté le 30 mai 2018].
72. Association les maux les mots pour le dire [En ligne]. Disponible sur : <https://lesmauxlesmotspourledire.fr/> [Consulté le 10 octobre 2018]
73. Association Valenciennes | Enfance et Partage [En ligne]. Disponible sur : <https://enfance-et-partage.org/comite/valenciennes/> [Consulté le 10 octobre 2018].
74. Association Tatiana Syndrome du Bébé Secoué [En ligne]. Disponible sur : <https://www.tatiana-syndromedubebesecoue.com/> [Consulté le 10 octobre 2018].
75. Association l'Enfant Bleu [En ligne]. Disponible sur : <https://enfantbleu.org/plateforme-dalerte-et-dinformation/> [Consulté le 20 août 2019]
76. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. The Lancet. 2009 Jan 10 ;373(9658) :167–80.
77. Alao O, Lavallée C. Repérer et protéger les enfants en danger, département du Nord.

9. ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux et figures

Figure 1 : flow chart médecins généralistes du Nord (p 25)

Figure 2 : flow chart médecins généralistes du Pas-de-Calais (p 26)

Figure 3 : structures vers lesquelles s'orientent les médecins généralistes devant une suspicion d'enfant en danger ou en risque de danger (p 29)

Figure 4 : perception de la maltraitance infantile par les médecins généralistes (p 30)

Figure 5 : principaux freins à la transmission de l'information préoccupante (p 31)

Figure 6 : attentes des médecins généralistes pour faciliter la transmission de l'information préoccupante (p 32)

Figure 7 : attentes des médecins généralistes concernant le moyen de transmission de l'information préoccupante (p 33)

Figure 8 : attentes concernant les notions souhaitant être abordées par les médecins généralistes (p 34)

Figure 9 : mosaicplot de l'association entre l'expérience personnelle et la transmission de l'information préoccupante (p 35)

Figure 10 : mosaicplot de l'association entre la maîtrise de stage et la transmission de l'information préoccupante (p 36)

Figure 11 : mosaicplot de l'association entre la formation et la transmission de l'information préoccupante (p 36)

Figure 12 : mosaicplot de l'association entre le sentiment de dénonciation abusive et la transmission de l'information préoccupante (p 37)

Figure 13 : mosaicplot de l'association entre le manque de connaissance et la transmission de l'information préoccupante (p 38)

Figure 14 : mosaicplot de l'association entre l'expérience personnelle et la formation (p 39)

Figure 15 : mosaicplot de l'association entre l'expérience personnelle et la maîtrise de stage (p 39)

Figure 16 : mosaicplot de l'association entre la peur de la dénonciation abusive et le manque de connaissance (p 40)

Figure 17 : modélisation par régression logistique des résultats (p 41)

Figure 18 : schéma explicatif de l'intrication des freins dans la transmission de l'information préoccupante (p 46)

Figure 19 : carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant (p 50)

Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes participants (p 27)

Tableau 2 : signes d'alerte de l'enfance en danger (p 89)

Affiche 1, 2, 3 : campagne de prévention des violences faites aux enfants (p 79-81)



**FICHE DE TRANSMISSION D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE AU
DEPARTEMENT DU NORD PAR UN PROFESSIONNEL
(hors Education Nationale)**

*Seuls les éléments suivis du signe * sont indispensables. Les autres éléments aideront à une prise en compte adaptée de la situation de l'enfant mais leur absence n'empêchera pas le traitement de l'information préoccupante.*

Identité du déclarant professionnel *

Structure :	<u>Si différente du déclarant, personne à contacter pour avoir des précisions</u>
Adresse :	
Téléphone :	Nom : Prénom :
Nom : Prénom :	Fonction :
Fonction :	Téléphone (ligne directe):
Téléphone (ligne directe):	Mail :
Mail :	

Identité du (ou des) enfants concerné(s) par l'information préoccupante (insérer des pages si plus de 2 enfants sont concernés)

Nom de l'enfant* :	
Prénom de l'enfant* :	
Date de naissance :	Age :
Adresse de résidence de l'enfant* :	
Identité du parent 1 *	
Nom* :	
Prénom* :	
Adresse si différente de l'enfant :	
Identité du parent 2	
Nom :	
Prénom :	
Adresse si différente de l'enfant :	

Identité d'un autre adulte hébergeant l'enfant

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Nom de l'enfant* :

Prénom de l'enfant* :

Date de naissance :

Age :

Adresse de résidence de l'enfant* :

Identité du détenteur du parent 1 *

Nom* :

Prénom* :

Adresse si différente de l'enfant :

Identité du détenteur du parent 2

Nom :

Prénom :

Adresse si différente de l'enfant :

Identité d'un autre adulte hébergeant l'enfant

Nom :

Prénom :

lien avec l'enfant :

Éléments préoccupants dans la situation du (ou des) enfant(s)

Cocher les éléments de danger concernés

Enfant(s) : indiquer si tous les enfants ou certains d'entre eux sont concernés	
Santé en danger ou en risque de danger Exemples : défaut de soin, lésions physiques, absences à des rendez-vous médicaux...	<input type="checkbox"/>
Sécurité en danger ou en risque de danger Exemples : violences physiques ou psychologiques, accidents domestiques...	<input type="checkbox"/>
Moralité en danger ou en risque de danger Exemples : pornographie, mendicité...	<input type="checkbox"/>
Condition d'éducation gravement compromise ou en risque de l'être Exemples : déscolarisation, alcoolisme, toxicomanie...	<input type="checkbox"/>
Conditions de développement physique, intellectuel, affectif ou social gravement compromises ou en risque de l'être Exemples : attitudes phobiques, comportement sexuel inadapté, développement statur pondéral non satisfaisant	<input type="checkbox"/>

Présentation synthétique des éléments qui vous préoccupent *

Quels sont les faits constitutifs de l'information préoccupante ? Quand et où les faits se sont-ils produits ? Sont-ils isolés ou répétitifs ? Constatés ou rapportés ? Que dit l'enfant de ce qu'il vit ? Y a-t-il des constatations médicales ? Dans quel contexte social ou familial l'enfant vit-il ? Est-il scolarisé, en absentéisme scolaire fréquent, déscolarisé ? Est-il hospitalisé ou avec un suivi médical particulier ?

Une note sociale et/ou une note d'observation médicale peuvent être jointes au présent document.

Conclusion

Le déclarant a l'obligation d'informer les détenteurs de l'autorité parentale de la transmission d'une information préoccupante au Département du Nord, sauf intérêt contraire de l'enfant.

Avez-vous informé les détenteurs de l'autorité parentale de la transmission de l'information préoccupante à la CRIP du Département ?

oui

non

Si non, pour quel motif ?

Date

Signature du déclarant

Ce document doit être remis dans les meilleurs délais sous format dématérialisé ou sous format papier à la CRIP la plus proche du lieu de résidence habituelle de l'enfant. Voir les coordonnées des CRIP ci-après.

Information Préoccupante

Nom-Prénom du/des mineurs :

.....

Document de recueil à transmettre à la Cellule Départementale

Conseil Général du Pas de Calais

Hôtel du département

Direction de l'Enfance et de la famille

Bureau de Coordination du Signalement
et de l'Enfance en Danger

Rue Ferdinand Buisson

62018 ARRAS Cedex 9

Tél : 03.21.21.89.89

Fax : 03.21.60.41.35

Mail : informationspreoccupantes@cg62.fr

Envoyé à la Cellule Départementale,

le :

INFORMATION PREOCCUPANTE

1. TRANSMISSION DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE:

Date		heure		N° d'enregistrement (réservé à la cellule départementale)	
Par				Fonction	

2. PERSONNE À L'ORIGINE DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE:

1. Identifiée			
Nom Prénom		Qualité	
INSTITUTION			
Adresse et Téléphone			

2. ANONYME

AUTRES PROFESSIONNELS ASSOCIÉS À L'ÉLABORATION DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE :

- o NOMS:.....
- o COORDONNÉES :.....

3. IDENTIFICATION DE(S) ENFANT(S) CONCERNÉ(S) PAR L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE :

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE

1. IDENTIFICATION DE LA FAMILLE DANS LAQUELLE RÉSIDE(NT) L'(ES) ENFANT(S) :

MADAME		MONSIEUR	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Date de naissance		Date de naissance	
Qualité/enfant		Qualité/enfant	
Situation professionnelle		Situation professionnelle	
Adresse de la famille Tél.			

IDENTIFICATION DU/DES DÉTENTEUR(S) DE L'AUTORITÉ PARENTALE :

	Nom	Prénom	Adresse
Mère			
Père			

ENVIRONNEMENT FAMILIAL DANS LEQUEL VIT L'ENFANT :

1. avec ses 2 parents		6. avec un autre membre de sa famille (<i>grands-parents, oncle, tante....</i>)	
2. avec sa mère seule		7. confié à l'ASE en établissement	
3. avec son père seul		8. confié à l'ASE en famille d'accueil	
4. avec sa mère dans une famille recomposée		9. autres (<i>à préciser</i>)	
5. avec son père dans une famille recomposée			

AUTRES ENFANTS PRESENTS AU FOYER :

NOM	PRENOM	SEXE	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

AUTRES PERSONNE(S) PRESENTE(S) AU DOMICILE FAMILIAL :

NOM	PRENOM	SEXE

La famille bénéficie-t-elle d'un accompagnement ?	Oui	Non
1. Par la Maison Département Solidarité		
2. Par un autre service ? Précisez :		
3. Ne sait pas <input type="checkbox"/>		

4. CONTENU DE L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Nature, date et lieu des faits à l'origine de l'information préoccupante :
(observations-phrases recueillies-événements précis)

La situation a-t-elle déjà fait l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement ?

Éléments du contexte familial :
(Il s'agit des éléments connus par le rédacteur de l'Information Préoccupante)

5. **IMPLICATION DE LA FAMILLE** : (art L. 226-2-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles : « sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité, sont préalablement informés de la transmission de l'information préoccupante »)

La transmission de l'information préoccupante a-t-elle fait l'objet d'une information préalable auprès de la famille ou de(s) la personne(s) exerçant l'autorité parentale? Sinon, pourquoi ?

La famille ou la personne exerçant l'autorité parentale est-elle consciente des difficultés ?

Identification de la capacité de la famille ou de la personne exerçant l'autorité parentale à se mobiliser et/ou à coopérer au travers d'une proposition d'aide ?

L'attente d'une proposition d'aide est-elle exprimée par la famille ?

FICHE D'INFORMATION PREOCCUPANTE.

Rédigée le :

Par :

Signature :

Annexe 3 : La législation

Historiquement, les cellules de prise en charge de l'enfance en danger étaient présentes dans chaque centre hospitalier du Nord. Celles-ci ont pour la plupart disparu quand la protection de l'enfance a été confiée au conseil général en 1986 (64) qui deviendra ensuite le conseil départemental.

Actuellement, dans le Nord, subsistent pour seules structures hospitalières la consultation du Dr MATTHEWS référente de l'enfance en danger au niveau du CHRU de Lille et le SHEDD de Douai (58).

Depuis la réforme de 2007, le conseil départemental est responsable de la protection de l'enfance. La mission d'évaluation est dévolue à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), placée sous la responsabilité du Président du Conseil départemental.

Plusieurs lois jalonnent la mise en place de la protection de l'enfance :

- La Loi du 5 mars 2007 (6) est la principale loi de la protection de l'enfance. Elle est rapidement mise en place suite à l'affaire d'Outreau. Celle-ci privilégie le maintien de l'enfant au sein de la famille et comporte certaines limites.
- La circulaire en date du 6 mai 2010 (65) permet la transmission des informations d'évaluation de l'enfant de la protection administrative vers la protection judiciaire.
- La circulaire du 5 mars 2012 (66) permet la transmission des informations d'évaluation de l'enfant d'un département à l'autre.
- La révision de la Loi le 14 mars 2016 (67) recentre la loi sur l'enfant et la fratrie en prenant en compte les besoins fondamentaux et les conséquences sur l'enfant. Elle crée le conseil national et l'observatoire national de la protection de l'enfance. La mise en place d'un médecin référent « protection de l'enfance » est retrouvée dans le but de coordonner les actions médicosociales (68).

Tout citoyen peut transmettre une information préoccupante. En ce qui concerne les MG, il existe une obligation de signaler toute suspicion de maltraitance infantile et de mettre en œuvre les moyens pour protéger l'enfant (art 44 du code de déontologie et 226-14 du code pénal). S'il y a nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant, il faut alors l'hospitaliser.

En cas de non transmission d'une IP dans le cas d'une situation de maltraitance, le MG peut être mis en examen pour non-assistance à personne en danger et risque jusqu'à 5 ans de prison et 75 000 € d'amende (69).

La préoccupation des MG ne peut être considérée comme une dénonciation calomnieuse que s'il est prouvé que son rédacteur a agi de mauvaise foi c'est-à-dire dans l'intention de nuire (49).

Le respect du secret médical est légalement levé dans la transmission des informations nécessaires à l'évaluation de l'enfant. Depuis 2016, la possibilité de partage d'informations à caractère secret dans le but d'aider à l'évaluation d'une IP par n'importe quel professionnel de santé est actée. La transmission d'une IP repose sur un certificat et se doit de rester neutre sans citer l'auteur de la maltraitance. Il s'agit de reprendre les dires de l'enfant ou du signalant entre guillemets puis de décrire les lésions retrouvées chez le mineur (signes directs et indirects) (59).

Un modèle d'information préoccupante est utilisable (annexe 2).

Les faits de maltraitance sont prescrits six ans après la majorité de l'enfant et les faits d'agressions sexuels sont prescrits 30 ans après en cas de crimes (dont le viol) et 10 ans après en cas de délits (attouchements). Dans de nombreux cas, les révélations sont tardives à l'âge adulte (2).



STOP AUX VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS

1 ENFANT SUR 4
A SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES



1 FILLE SUR 5
1 GARÇON SUR 13
ONT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES



LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS SONT
UNE GRAVE ATTEINTE À LEUR INTÉGRITÉ
PHYSIQUE ET MENTALE, AINSI QU'À LEURS DROITS

1 ENFANT SUR 3
A SUBI DES VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES



AVOIR SUBI DES VIOLENCES
DANS L'ENFANCE
PEUT FAIRE PERDRE
20 ANS
D'ESPÉRANCE DE VIE



www.memoiretraumatique.org
www.21septembre.com

SOURCES :

- 400.000 enfants victimes de violence sexuelle en France
- 400.000 enfants victimes de violence sexuelle en France
- 400.000 enfants victimes de violence sexuelle en France
- 400.000 enfants victimes de violence sexuelle en France

Affiche 1 : campagne de prévention des violences faites aux enfants



STOP AUX VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS

CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

140 000 ENFANTS
SONT EXPOSÉS À DES
VIOLENCES CONJUGALES



Source : Observatoire National de la Violence Conjugale

124 000 FILLES
30 000 GARÇONS
SUBISSENT DES VIOLS



Source : Enquête nationale sur la violence faite aux enfants

FRÉQUENTES ET RÉPANDUES DANS TOUS
LES MILIEUX. LES VIOLENCES SONT AVANT TOUT
COMMISES PAR DES PERSONNES CENSÉES
PROTÉGER LES ENFANTS.

AU MOINS 300 ENFANTS
SONT TUÉS



Source : Observatoire National de la Violence Conjugale

**AVOIR SUBI DES VIOLENCES
DANS L'ENFANCE
EST LA
PRINCIPALE
CAUSE DE DÉCÈS PRÉCOCE**



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

www.memoiretraumatique.org
www.ctpsaoci.com

RÉFÉRENCES

- OMS (2002), *Violence et Cadre de vie et santé* - in 2002 et 2005 - in 2009 en 2009 et 2010 national aux enfants. Médecine des Femmes
- *Violence faite aux femmes - la principale cause* - in 11 novembre 2011
- *Violence faite aux femmes - la principale cause* - in 11 novembre 2011
- *Violence faite aux femmes - la principale cause* - in 11 novembre 2011

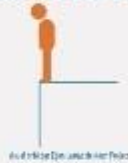
Affiche 2 : campagne de prévention des violences faites aux enfants



STOP AUX VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS

ELLES REPRÉSENTENT LE PRINCIPAL RISQUE

DE SUICIDE ET DE TENTATIVES DE SUICIDE



www.mnarsedtraumatique.org

D'ADDICTIONS ALCOOLISME, TABAGISME, PRISE DE SUBSTANCES...



www.mnarsedtraumatique.org

AVOIR SUBI DES VIOLENCES DANS L'ENFANCE
EST LA PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS PRÉCOCE À
L'ÂGE ADULTE ET LE DÉTERMINANT PRINCIPAL DE
LA SANTÉ, MÊME 50 ANS APRÈS

DE GROSSESSE PRÉCOCE



www.mnarsedtraumatique.org

DE SUBIR DE NOUVELLES VIOLENCES OU D'EN COMMETTRE



www.mnarsedtraumatique.org
www.stopauxviolences.com

SOURCES

- Kessler, R. C., Berglund, N. L., Canino, G. J., et al. - "Risk Persistence of Post-traumatic Stress Disorder: A Symptom Network and Hierarchical Model." *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 1-12.
- Finkelhor, D. - "The Effects of Trauma on Children: A Conceptualization, Theoretical Framework, and Health Care." *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 1-10.
- Cascard, S., & Finkelhor, D. - "The Effects of Trauma on Children: A Conceptualization, Theoretical Framework, and Health Care." *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 1-10.
- Cascard, S., & Finkelhor, D. - "The Effects of Trauma on Children: A Conceptualization, Theoretical Framework, and Health Care." *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 1-10.

Affiche 3 : campagne de prévention des violences faites aux enfants

Annexe 4 : Les acteurs de la protection de l'enfance

Au sein des CRIP, plusieurs intervenants, dédiés et formés spécifiquement, travaillent en collaboration pour la protection de l'enfance. Des puéricultrices, des assistantes sociales et des référentes de l'aide sociale à l'enfance se chargent de l'enquête sociale par binôme.

La DTPAS est le lieu de coordination et de concertation de ces différents services :

- **L'aide sociale à l'enfance (ASE)**

Action centrée sur la prévention (aides financières, actions éducatives en milieu ouvert) et le recueil d'enfants placés hors de leur domicile familial, en accord avec la famille.

- **La Protection maternelle et infantile (PMI)**

Service de santé publique ouvert à tous, dont les objectifs sont la protection et la promotion de la santé afin d'aider les familles et l'enfant. Ses actions sont focalisées sur le péri-partum, la petite enfance et l'enfance. Ce service comprend des médecins, des puéricultrices, des sages-femmes, des psychologues et des conseillères conjugales qui travaillent en équipe pluridisciplinaire. La PMI a une mission centrée sur l'accompagnement et la prévention

- **Le service social départemental (SSD)**

Service public chargé d'actions polyvalentes menées par des assistant(e)s de service social qui aident les familles connaissant des difficultés sociales dans le but de restaurer leur autonomie et d'assurer leur insertion. Le SSD participe aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Depuis 2004, il existe le groupement d'intérêt public enfance en danger (GIP) financé à parité par l'Etat et les départements qui se charge du recensement et de l'orientation des situations de suspicion de maltraitance. Il rassemble deux entités :

- **l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED)** renommé **Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)** en 2016, qui recense, analyse et diffuse les pratiques de prévention et d'intervention en protection de l'enfance. En 2018, pour la première fois, l'ONPE est en capacité de produire l'estimation consolidée de la population des enfants et jeunes majeurs suivie en protection de l'enfance à N - 1, soit au 31 décembre 2016. Ainsi, au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 299 600 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 20,4 ‰ des mineurs (70). En 2016, 92 639 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants, un chiffre en augmentation régulière depuis 2011. 131 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés en 2016 par les forces de sécurité. Parmi ces mineurs, 67 sont décédés dans le cadre intrafamilial, c'est-à-dire que l'auteur des faits se trouve être un parent (père, mère, beaux-parents ou grands-parents). Concernant les décès d'enfants dans le cadre intrafamilial, près de 4 enfants sur 5 sont âgés de moins de 5 ans. Les derniers chiffres au 31 décembre 2017 rapportent 308 400 mineures relevant du dispositif de la protection de l'enfance ce qui représente 21 ‰ des mineurs.

- **le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED)** qui gère le numéro d'appel gratuit, le 119. Les écoutants conseillent, orientent les appelants et si nécessaire, transmettent les informations à la CRIP du département concerné. L'appel n'apparaît pas sur les factures détaillées de téléphone. En 2016, 32 766 appels ont été traités, soit une moyenne de 90 appels par jour (71). Il s'agit de 15 438 informations préoccupantes (IP) adressées aux CRIP du département concerné et de 17 328 aides immédiates (AI) lorsque le SNATED répond à sa mission de soutien, de conseil et d'orientation notamment lorsque des éléments d'identification ou de danger manquent pour permettre la transmission au département. Comme les années précédentes, le Nord (632 IP), Paris (588 IP), les Bouches-du-Rhône (555 IP), le Pas-de-Calais et la Seine-Saint-Denis enregistrent près d'une IP nationale sur cinq. Au total en 2016,

63 984 auteurs présumés sont dénombrés. Les auteurs présumés appartiennent à la famille proche de l'enfant pour 94,4 % des enfants en danger.

Des **associations d'aide à la prise en charge de l'enfance en danger** existent dans le département du Nord-Pas-de-Calais :

- Les maux les mots pour le dire, basée sur Lille (72)
- Enfance et partage, basée sur Valenciennes (73) qui propose un numéro gratuit et anonyme, le 0800 05 1234. Cette ligne d'écoute, de soutien, de conseil et d'orientation est ouverte du lundi au vendredi de 10h à 18h, pour les victimes mineures et les témoins de violences faites aux enfants.
- L'association Tatiana concernant spécifiquement le syndrome du bébé secoué (74)
- L'enfant Bleu qui a créé un site internet et une application AlerterPourSauver.org (75). L'objectif est de permettre à tout enfant maltraité ou à un témoin - grâce à un système de géolocalisation - de trouver au plus proche de chez lui et le plus rapidement possible un interlocuteur ou une institution qui pourront l'aider. Il y a aussi un espace d'information sur l'enfance en danger et les moyens d'agir selon que l'on soit victime, témoin ou professionnel de santé.

Les établissements et services relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance

L'ASE est une compétence obligatoire des Conseils Départementaux dont les missions sont définies dans l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles. Elle gère différents types d'établissements :

Les Etablissements d'accueil mère-enfant (EAME) appelés "centres maternels" ou "maisons maternelles" accueillent les femmes enceintes ou les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de 3 ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, dans le but d'éviter les abandons d'enfants.

Les Pouponnières à caractère social sont des services de garde jour et nuit d'enfants de moins de 3 ans qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille, ni bénéficier d'un placement familial surveillé.

Les Foyers de l'enfance accueillent tout mineur en difficulté ou en danger confié par sa famille ou par mesure judiciaire au service de l'ASE.

Les Villages d'enfants accueillent des frères et sœurs orphelins ou confiés par le juge ou l'ASE. Ils sont pris en charge dans un cadre de type familial constitué autour d'une éducatrice qui s'engage à suivre leur éducation.

Les Maisons d'enfants à caractère social (MECS) accueillent temporairement les enfants ou les adolescents dont les familles se retrouvent en difficulté momentanée ou durable et ne peuvent assumer la charge et l'éducation de leurs enfants.

Les Centres de placement familial socio-éducatif (CPFSE) accueillent dans le cadre de la protection administrative ou judiciaire de l'enfance, des jeunes éloignés de leur famille en raison de difficultés d'ordre social ou éducatif, avec le concours d'assistantes maternelles salariées du

centre qui participent étroitement à la mise en œuvre du projet pédagogique propre à chacun d'eux, en les recevant à leur domicile.

Les établissements et services relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) est une compétence de l'Etat, particulièrement du ministère en charge de la justice et gère différents types d'établissements :

Les Foyers d'action éducative (FAE) sont des structures d'accueil et d'hébergement collectif de mineurs (délinquants ou en danger) que le magistrat estime devoir séparer temporairement de leur milieu de vie habituel. Ils permettent la recherche de solutions de scolarisation, de formations adaptées ou de parcours de préparation au monde du travail.

Les Centres éducatifs renforcés (CER) sont des structures d'hébergement collectif destinées aux mineurs délinquants en grande difficulté ou en voie de marginalisation qui ont besoin, pour un temps limité, d'être éloignés de leur milieu habituel. L'accueil y est organisé par sessions de trois mois autour d'activités éducatives et pédagogiques intensives.

Les Centres éducatifs fermés (CEF) sont des structures d'hébergement collectif destinées aux mineurs délinquants multirécidivistes de 13 à 18 ans, pour une période de six mois renouvelable. Les mineurs placés dans ces centres font l'objet d'une prise en charge éducative et pédagogique renforcée.

Les Services éducatifs auprès des tribunaux (SEAT), au sein des juridictions les plus importantes, sont chargés de l'orientation éducative des mineurs délinquants déférés. Ils jouent un rôle de conseil auprès du juge en matière de peines alternatives à l'incarcération. Ils assurent le suivi des mesures de milieu ouvert ordonnées en matière pénale et civile et sont chargés du suivi des mineurs incarcérés. Ils ont une mission d'accueil et d'orientation auprès des jeunes et de leur famille. Au sein des juridictions plus petites, ces missions sont assurées par les Centres d'action éducative (CAE). Les CAE sont chargés d'une fonction d'investigation en vue d'apporter une aide à la décision du magistrat et de la prise en charge éducative des mineurs maintenus

dans leur famille, qu'ils soient délinquants ou en danger. Ils sont chargés de l'intervention en "milieu ouvert", comme de la mise en œuvre et du suivi de diverses mesures pénales (réparation, contrôle judiciaire, liberté surveillée, etc.).

Les Services d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) ont pour objectif de protéger les mineurs dans le cadre de leur milieu familial. Il s'agit d'aider et conseiller les familles en difficultés. Ils interviennent à la demande de l'autorité administrative (Président du Conseil départemental) ou judiciaire (Juge pour enfants).

Annexe 6 : Les signes d'alerte

Il faut un faisceau d'arguments et de doutes pour transmettre une information préoccupante. Aucun test de dépistage n'est validé (16).

Certains facteurs de vulnérabilité sont rapportés dans la littérature (61,76) :

- En rapport avec l'enfant : moins d'un an, prématurité, gémellité, handicap, maladie chronique, troubles du développement et/ou du comportement, genre (fille pour les abus sexuels et garçon pour le syndrome du bébé secoué).
- En rapport avec la mère : jeune âge maternel, grossesse non suivie/non déclarée/non désirée, hospitalisation pendant la grossesse et dépression du post-partum.
- En rapport avec les parents : antécédents de maltraitance subie, pathologie mentale, addictions, violences conjugales, inoccupation parentale, isolement social et surtout moral.

Aucun lien significatif n'a été mis en avant concernant le milieu social ; la maltraitance infantile est à rechercher dans tous les milieux socio-économiques.

On recherche dans l'anamnèse, des signes en faveur d'une maltraitance infantile :

Eléments transmis de surveillance inadaptée

Absence d'explications pour une blessure

Explications non concordantes avec l'âge de l'enfant

Explications incompatibles avec la blessure

Explications changeantes avec le temps

Retard de recours aux soins

Plaintes somatiques récurrentes sans étiologie objectivée

Conduites à risque chez l'adolescent (tentative de suicide, fugue, addictions, déscolarisation)

L'examen clinique permet de mettre en évidence des signes directs de maltraitance et des signes indirects, se traduisant par des troubles comportementaux (alimentation, sommeil, hygiène, scolarité, etc.)

	SIGNES DIRECTS = Cliniques	SIGNES INDIRECTS = Troubles du comportement / personnalité
Violences physiques	<p>Hématomes, ecchymoses</p> <p>Brûlures</p> <p>Fractures</p> <p>Morsures, Griffes</p> <p>Alopécies</p> <p>Plaies linéaires (coups de martinet, ...)</p> <p>Plaies circulaires</p> <p>Traces de strangulation</p> <p>Syndrome de Tourniquet</p>	<p>Dépression ; troubles sommeil ; troubles sphinctériens – énurésie, encoprésie ; douleurs abdominales ;</p> <p>Inhibition ; Agressivité ; Instabilité ; surexcitation ; Mutisme ; Enfant sauvage ; Avidité affective ; Attitude provocatrice ; Changement brutal de comportement, d'humeur ; Changement de caractère de l'enfant ; Angoisse, peur ; balancement, tics, affabulation, absence de communication, etc.</p> <p>Par rapport à l'école : absentéisme scolaire ; retard scolaire ; blocage des apprentissages ; chute brutale des résultats scolaires ;</p> <p>Troubles du langage : bégaiement, vocabulaire limité et ordurier,</p>
Violences sexuelles	<p>Lésions génitales</p> <p>Saignement vaginal/rectal</p> <p>Infection génito-urinaire ; IST</p> <p>Grossesse</p>	<p>Troubles de l'alimentation : Anorexie ; Boulimie ; Enfant qui a faim ; Potomanie</p> <p>Passages à l'acte : vol, fugue, tentatives de suicide, automutilation, toxicomanie, prostitution, vandalisme, etc.</p>
Violences psychologiques		
Négligences lourdes	<p>Défaut d'hygiène, parasitose...</p> <p>Mauvais état général</p> <p>Retard staturopondéral,</p> <p>Dénutrition</p> <p>Retard psychomoteur</p>	

Tableau 2 : signes d'alerte de l'enfance en danger (77)

Il faut veiller à éliminer les diagnostics différentiels tels que les troubles de coagulation, la fragilité osseuse, les lésions cutanées traumatiques ou infectieuses.

Les conséquences notables à long terme pour l'enfant existent, notamment un mauvais état de santé général, une obésité, des addictions, une sensibilité aux attaques de panique, des troubles mentaux à type de dépression, anxiété majeure, conduite antisociale et tentative de suicide (61).

Annexe 7 : Mail direction de la recherche concernant le CPP



DRS.PROMOTION <DRS.PROMOTION@CHRU-LILLE.FR>

25/09/2018 13:40

À : 'Emeline PREVOST'

Madame,

Votre projet n'implique pas la personne humaine et ne relève donc pas de la compétence d'un CPP (hors Loi Jardé).

Une déclaration auprès de la CNIL est à effectuer et relève de la MR004 (n'impliquant pas la personne humaine).

Bien cordialement.



Emilie LAINAT
Secrétariat – Pôle Promotion Interne
Direction de la Recherche et de l'Innovation
CENTRE HOSPITALER UNIVERSITAIRE DE LILLE
6 rue du Pr Laguesse - 59037 Lille Cedex
Tel : 03.20.44.41.45 - Mail : drs.promotion@chru-lille.fr

201979

Utilisés : 0 Ko

Éléments généraux

Responsable(s) chargé(s) de la mise en oeuvre	Didier Gosset
Interlocuteur(s)	Emeline Prevost Guillaume Serron
Nom du traitement	Comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais ?
Priorité du traitement (1=haute, 4=basse)	4
Date d'ouverture du dossier	7 mai 2019
Etat de la déclaration	Traitement déclaré
Date de mise en oeuvre	1 déc. 2018
Date fin de traitement prévu	31 oct. 2019
Composante(s)	Faculté de Médecine
Service(s) concerné(s)	Département de Médecine Générale
Autre service	

Informations générales

Dates et auteurs	Date de création	07/05/2019 17:11
	Date de modification	17/05/2019 17:07
	Créateur	Nicolas Ragot
	Contributeurs	Nicolas Ragot et Jean-Luc Tessier
	Dernier contributeur	Jean-Luc Tessier
Version visualisée		0,1
Objet de la mise à jour		
Date de la mise à jour		
Bloc-notes		
Documents		QUESTIONNAIRE

https://ged.univ-lille.fr/ruxeo/nxpath/default/CIL/workspaces/Université de Lille/Registre Université de L/5310840064882276489@view_documents?page=galaxy%2Fprint&conversationId=0NXMAIN1

1/5

annexes LIMESURVEY.docx

Formalités

Type de Déclaration normale

Lien vers la référence

Consentement des personnes concernées

Article 6.1.a du Règlement (UE) n°2016/679

Evaluation des pratiques professionnelles

Article R1121-1-II-2° Code de la Santé Publique

Si déclaration à la CNIL n°

Finalité Dans le cadre de sa thèse de médecine générale, Madame Emeline PREVOST, Porteuse du projet, réalise une étude dont l'objectif principal consiste à quantifier les freins au signalement de la maltraitance infantile chez les médecins généralistes du département du Nord et de recueillir leurs attentes pour les lever. Cette thèse est dirigée par le Dr Guillaume SERRON. Des tests préliminaires du questionnaire ont été réalisés au préalable de la déclaration pour valider le questionnaire.

Détails des finalités Pour accomplir cette finalité, la porteuse du projet va réaliser une enquête en ligne via un questionnaire LimeSurvey paramétré en mode anonyme. I- Recrutement -L'ARS transmet les adresses mail des MG du Nord (environ 2000). -Un mail leur est envoyé pour leur proposer de répondre au questionnaire. II-Enquête -Le lien du questionnaire est accompagné d'un mail expliquant le contexte de l'étude, son sujet et ses objectifs. -Le recueil

Données traitées

Données anonymes	Non
Méthode de collecte des données	Liste de contact ARS
Données identifiantes (directe et indirecte)	Nom + Prénom + Adresse mail
Autres données non identifiantes	Données du questionnaire
Interconnexion de fichiers	Non
Zone de libre commentaire	
Données sensibles	Non
Risques et impacts sur la vie privée	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

https://ged.univ-lille.fr/ruxeo/nxpath/default/CIL/workspaces/Université de Lille/Registre Université de L/5310840064882276489@view_documents?page=galaxy%2Fprint&conversationId=0NXMAIN1

2/5

de données a eu lieu sur une période de six semaines. -Une première invitation et deux relances par mail sont effectuées à quinze jours d'intervalle pour solliciter les médecins.

Type de traitement	Facultatif
Application(s) logicielle(s) utilisée(s)	Limesurvey
Catégories des personnes concernées par le traitement	
Autres personnes concernées	médecins généralistes installés dans le département du Nord présents sur la liste de l'ARS
Nombre approximatif de personnes concernées	400 personnes
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Mail de présentation de l'étude
Fichier(s) d'information	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.
Fonction de la personne auprès de laquelle s'exerce le droit d'accès	dpo@univ-lille.fr

https://ged.univ-lille.fr/ruxeo/oxpath/default/CIL/workspaces/Université de Lille/Registre Université de L/5310840064882276489@view_documents?page=galaxy%2Fprint&conversationId=0NXMAIN1

3/5

Autre personne	Mme Emeline PREVOST Dr Guillaume SERRON
----------------	---

Destinataires des données

Catégories de destinataires internes	
Procédure d'habilitation des personnels	Non
Destinataires externes	
Transfert de données hors de l'UE	Non

Durée de conservation

Sous-traitance

Sous-traitance	non
Détails	
Convention(s) ou Contrat(s)	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.

Sécurité des données (technique)

Hébergement des données (technique)	Ordinateur portable personnel
Authentification	Compte local
Site https	Non
Données cryptées	Non
Autres précisez	

Sécurité des données (organisationnelle)

Documentation(s) spécifique(s)	Il n'y a pas de fichier joint à ce document.
--------------------------------	--

https://ged.univ-lille.fr/ruxeo/oxpath/default/CIL/workspaces/Université de Lille/Registre Université de L/5310840064882276489@view_documents?page=galaxy%2Fprint&conversationId=0NXMAIN1

4/5

Audit

Comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes du Nord-Pas de Calais ?

Je vous invite à participer à ma thèse sur le signalement de la maltraitance infantile par les médecins généralistes dans le Nord-Pas de Calais.

En 2014, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est estimé à 290 000 sur la France entière, soit 19,8 ‰ des moins de 18 ans (1).

Si 52% des médecins généralistes sont confrontés à un cas d'enfant maltraité au cours de leur carrière (2), ils ne sont à l'origine que de 0,7% des informations préoccupantes dans le Nord-Pas de Calais.

Pour aboutir à la mise en place d'un outil de transmission des informations préoccupantes adapté au mieux, ce questionnaire, adressé à l'ensemble des médecins généralistes du Nord, vise à quantifier les freins à la transmission de l'information préoccupante et à recueillir vos attentes pour les lever.

Nous comptons sur chacun de vous pour que la participation soit à la hauteur de l'enjeu, alors prêt ? Partez !

L'ensemble des réponses est exploité dans le respect de l'anonymat. Pour plus de renseignements, vous pouvez me contacter par mail : prevost.em@gmail.com.

Merci d'avance !

1. Rapport ONPE_janvier_2018.pdf Disponible sur:

https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf

2. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. 1 Thèse protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine. Arch Pédiatrie. 1 janv 2016;23(1):21-6.

Il y a 19 questions dans ce questionnaire

Votre profil

Quel est votre âge ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

.....ans

Votre genre

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Féminin

Masculin

Votre parentalité

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Sans enfant

Avec enfant(s)

Votre mode d'exercice

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Seul(e)

Cabinet de groupe de médecins

Maison médicale pluri-professionnelle

Autre

Votre milieu d'exercice

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Rural

Semi-rural

Rurbain (travaille en ville et habite à la campagne)

Urbain

Quelle est la part de pédiatrie dans votre activité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

< 20%

20-39%

40-59%

> 60%

Réalisez-vous des vacations en protection maternelle et infantile ou dans une structure de l'enfance ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Etes-vous maître de stage ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Avez-vous une expérience personnelle de la maltraitance infantile ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Avez-vous déjà eu une formation sur la maltraitance infantile ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Votre expérience de l'information préoccupante

Connaissez-vous le terme d'information préoccupante ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Avez-vous déjà transmis une information préoccupante ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Dans votre pratique, vers quelle(s) structure(s) vous tournez-vous en cas de suspicion de maltraitance infantile ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- l'Aide sociale à l'enfance

- le Conseil de l'ordre des médecins

- la Protection maternelle et infantile

- le 119

- la CRIP

- les urgences locales

- les forces de l'ordre

- la justice

Autre :

Votre perception de la maltraitance et de l'information préoccupante

Votre perception de la maltraitance infantile

Diriez-vous que vous n'êtes pas du tout d'accord (1) ou tout à fait d'accord (10) avec les propositions suivantes

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans réponse
- Les mauvais traitements physiques sont une forme de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les sévices sexuels sont une forme de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les mauvais traitements affectifs sont une forme de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Le manque de soins ou la négligence d'une enfant est une forme de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les punitions corporelles sont une forme de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Etre témoin de violences conjugales est une forme de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- la maltraitance englobe souvent plusieurs des items précédents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre perception de l'information préoccupante

Diriez-vous que vous n'êtes pas du tout d'accord (1) ou tout à fait d'accord (10) avec les propositions suivantes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans réponse
- L'information préoccupante est une notion dont vous n'avez pas connaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- L'information préoccupante est une mesure de protection de la victime de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- L'information préoccupante est une dénonciation de l'auteur de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- L'information préoccupante est une sanction à l'encontre de l'auteur de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- L'information préoccupante est inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre perception de la transmission d'une information préoccupante

Diriez-vous que vous n'êtes pas du tout d'accord (1) ou tout à fait d'accord (10) avec les propositions suivantes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans réponse
- La transmission de l'information préoccupante n'appartient pas au champ médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La transmission de l'information préoccupante est chronophage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Le sentiment de solitude dans la démarche est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Le sentiment d'impuissance, d'inutilité de la démarche, est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La peur des représailles est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- L'absence de retour sur la prise en charge au décours est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La peur d'être l'auteur d'une dénonciation abusive est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Le manque de connaissance des procédures est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La peur de rompre l'alliance avec le patient est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La vision péjorative des services de la protection de l'enfance est un frein à la transmission de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vos attentes quant à la transmission de l'information préoccupante

Selon vous, qu'est ce qui faciliterait la transmission de l'information préoccupante ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Disposer d'un référent unique

- Disposer d'un guide des structures de la protection de l'enfance avec leurs coordonnées, notamment téléphoniques

- Disposer d'un algorithme de prise en charge

- Disposer d'un formulaire préétabli

- Bénéficier d'une demi-journée de formation initiale durant l'internat de médecine générale

- Bénéficier d'une formation sur le sujet dans le cadre de la formation médicale continue

Autre :

Quel(s) média(s) vous semblent le mieux adaptés à la transmission de l'information préoccupante ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- le courrier postal

- le téléphone

- le web

- le mail

- une application dédiée

Autre :

Quelles notions souhaiteriez-vous voir aborder au sujet de l'information préoccupante ?

Diriez-vous que vous n'êtes pas intéressé du tout (1) ou très intéressé (10) par les propositions suivantes :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans réponse
- Le cadre législatif et réglementaire de la maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les facteurs de risque de maltraitance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les signes d'alerte qui doivent mener à l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La procédure de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les mesures mises en place au décours de l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- La prise en charge de la cellule familiale après l'information préoccupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Un grand merci pour votre participation

Si vous souhaitez connaître les résultats de mon travail, vous pouvez me contacter par mail : prevost.em@gmail.com.

Qui contacter ?

Cellule de recueil de l'IP (CRIP)

Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30
et de 13h30 à 17h30

Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED)

Tel : 119
A n'importe quel moment

Signalement judiciaire en cas d'urgence

Tel : 17 pour joindre le procureur

NORD

Médecin référent « protection de l'enfance »
Dr TERNEL Valérie - Tel : 03.59.73.81.29
valerie.ternel@lenord.fr

Métropole Lille
crip-dtml@lenord.fr - Tel : 03.59.73.75.10

Métropole Roubaix-Tourcoing
crip-dtmrt@lenord.fr - Tel : 03.59.73.03.80

Flandre Maritime
crip-dtfm@lenord.fr - Tel : 03.59.73.41.10

Flandre intérieure
crip-dtffi@lenord.fr - Tel : 03.59.73.42.30

Douais
crip-dtd@lenord.fr - Tel : 03.59.73.31.50
SHEDD : Tel : 03.27.94.72.35 ou 03.27.94.77.72

Cambrésis
crip-dtc@lenord.fr - Tel : 03.59.73.39.09

Avesnois
crip-dta@lenord.fr - Tel : 03.59.73.18.40

Valenciennois
crip-dtv@lenord.fr - Tel : 03.59.73.29.70

PAS-DE-CALAIS

Médecin référent « protection de l'enfance »
Dr LIPARI Agathe - Tel : 03.21.21.65.68
sylvain.lipari.agathe@pasdecalais.fr

informationspreoccupantes@pasdecalais.fr
Tel : 03.21.21.89.89
Fax : 03.21.60.41.35



**TRANSMISSION DE
L'INFORMATION
PREOCCUPANTE
DANS LE CADRE DE
LA MALTRAITANCE
INFANTILE**

NE RESTEZ PAS SEUL(E)



Les signes d'alerte

« **Pensez-y, c'est 10 fois plus fréquent que vous le pensez, cela touche toutes les classes sociales** »

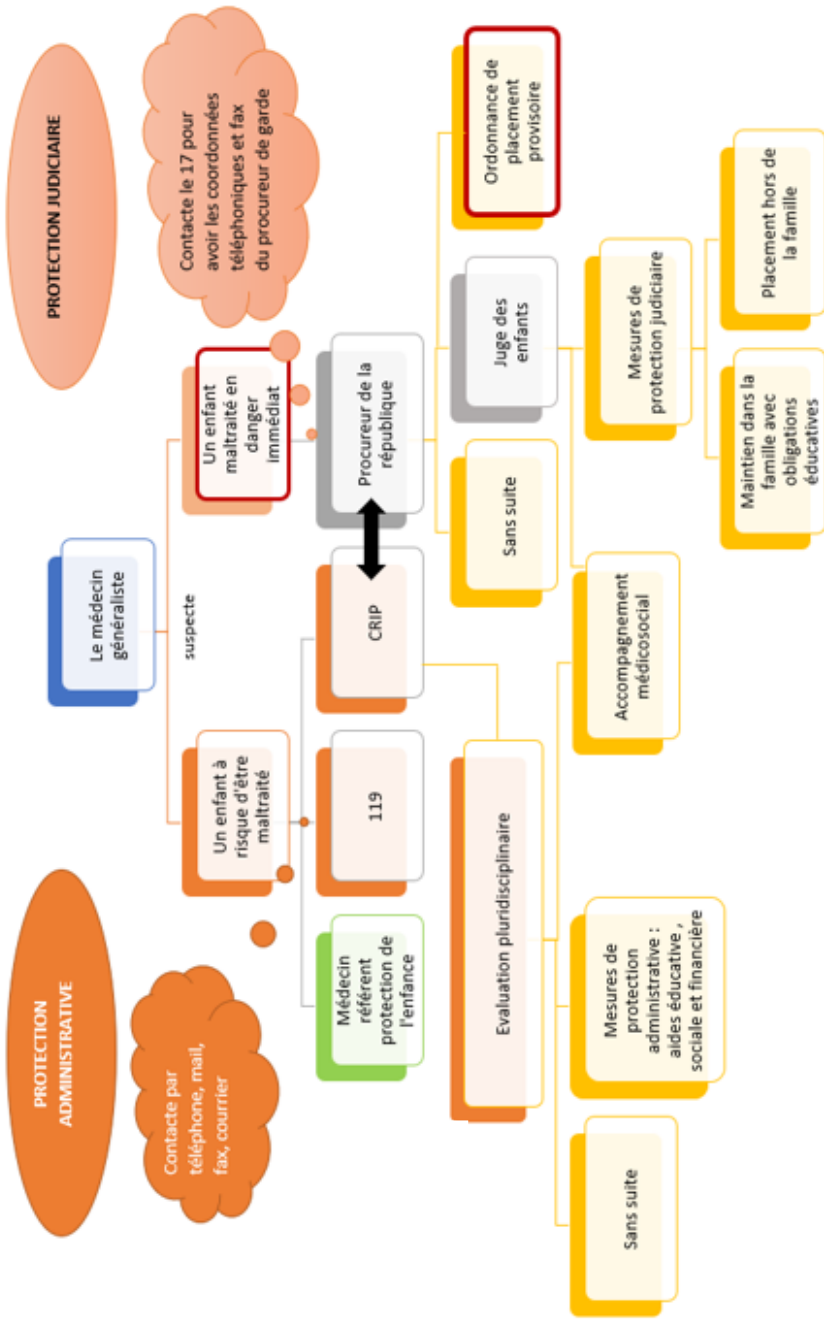
- Une ecchymose ou fracture avant l'âge du déplacement
- Des accidents domestiques multiples
- Un mécanisme accidentel peu plausible
- Une absence inhabituelle d'expression de la douleur
- Des consultations répétées avec une symptomatologie floue
- Des mises en danger répétées
- Un retard de croissance staturo-pondérale
- Un retard de développement psychomoteur
- Des troubles du comportement et des apprentissages sans étiologie

LE MEDECIN N'A PAS A ETRE CERTAIN DE LA MALTRAITANCE NI A EN APPORTER LA PREUVE

PROTEGER UN ENFANT VICTIME DE VIOLENCE OU EN SITUATION A RISQUE DE L'ETRE EST UNE OBLIGATION LEGALE ET DEONTOLOGIQUE

QU'EST-CE QU'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE ?

L'IP est constituée de tous les éléments y compris médicaux susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur.



QUE SE PASSE-T-IL APRES L'EVALUATION DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE ?

- Soutien et accompagnement médicosocial de proximité
- Aides éducatives avec maintien de l'enfant à domicile : aide financière, accompagnement en économie sociale et familiale dans la gestion de leur budget, technicien d'intervention sociale et familiale à domicile à titre préventif pour favoriser l'autonomie des personnes et accompagner les familles dans la gestion du quotidien, instauration d'une aide éducative à domicile si les parents sont confrontés à des difficultés éducatives, relai éducatif parents-enfants.
- Accueil de l'enfant hors de son domicile : accueil de jour, accueil familial thérapeutique, accueil provisoire avec séparation momentanée modifiable entre l'enfant et ses parents, accueil d'urgence de l'enfant, accueil de 72 heures en cas de situation de rupture familiale (mineurs en situation de fugue ou de rupture relationnelle).
- Transmission aux autorités judiciaires pour demande de mesure de protection

Nom : PREVOST-VANPOUILLE

Prénom : Emeline

Date de Soutenance : 02/10/2019

Titre de la Thèse : Enfance en danger : comment faciliter la transmission de l'information préoccupante par les médecins généralistes ?

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : maltraitance infantile / des enfants, information préoccupante, signalement, sévices, violences, enfance en danger, enfants battus

Résumé :

Contexte : La maltraitance chez l'enfant est un problème de santé publique majeur depuis 2006. Le conseil départemental a en charge les cellules de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) relatives aux mineurs en danger ou à risque de l'être. Le médecin généraliste (MG) est en première ligne pour dépister l'enfance en danger et la signaler. Le taux de transmission de l'information préoccupante (IP) par les MG est faible : 2 % à 5 % des IP. Cette thèse a pour objectif de quantifier les freins et recueillir les attentes quant à la transmission de l'IP auprès des MG du Nord-Pas-de-Calais et aider à la mise en place d'un outil facilitant la transmission de l'IP.

Méthode : Etude quantitative descriptive via un auto-questionnaire anonyme sur limesurvey envoyé par mail aux MG du Nord-Pas-de-Calais. 360 questionnaires analysés en univarié et bivarié puis modélisation.

Résultats : Le principal frein à la transmission de l'IP est la peur de la dénonciation abusive (p-value = 10^{-5}). Le principal élément facilitant est le fait d'avoir eu une expérience personnelle de la maltraitance infantile (p-value = 10^{-10}). Nous avons mis en évidence une association entre le manque de connaissance et la peur de la dénonciation abusive (p-value = 10^{-13}). Les attentes des MG pour faciliter la transmission de l'IP sont un référent unique à 63 % (IC95 [57;69]), une formation sur le sujet dans le cadre de la formation médicale continue à 56 % (IC95 [50;62]) et un guide des structures de la protection de l'enfance avec leurs coordonnées, notamment téléphoniques à 55 % (IC95 [49;60]).

Discussion : La formation et la protection juridique des MG par la législation en cas d'alerte est à mettre en avant. La mise en place du médecin référent protection de l'enfance, des CRIP, du numéro unique 119 et d'une plaquette avec les coordonnées des structures devraient permettre de faciliter la transmission de l'IP et le dépistage de l'enfance en danger par les MG. Cette plaquette est proposée aux pôles enfance-famille des deux départements afin de le diffuser à l'ensemble des MG.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Berkhout

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jardri, Monsieur le Professeur Lefebvre

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Serron

