



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année :2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'utilisation de l'information préoccupante par les
médecins généralistes face à une situation d'enfant en
danger de maltraitance.
Étude quantitative menée dans le Nord et le Pas-de-Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2024 à 16 h 00
au Pôle Formation
par **Chloé HEN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Avertissement

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

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	10
RÉSUME	11
I) INTRODUCTION	12
1) CONTEXTE	12
2) ÉPIDEMIOLOGIE	12
3) DEFINITIONS DE LA MALTRAITANCE INFANTILE	13
4) HISTORIQUE	15
5) DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	17
II) MATERIEL & METHODES	19
1) DESCRIPTION DE L'ÉTUDE	19
2) POPULATION ETUDIEE	19
3) ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	19
4) MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES	21
5) ANALYSES STATISTIQUES	22
6) CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE	22
III) RESULTATS	23
1) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	23
2) ANALYSES UNIVARIEES	24
3) ANALYSES BIVARIEES.....	31
IV) DISCUSSION	34
1) FORCES ET FAIBLESSES	34
2) PRINCIPAUX RESULTATS	35
3) PERSPECTIVES.....	40
V) CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	48

ABREVIATIONS

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CépiDc Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès

CHU Centre Hospitalo-universitaire

CIDE Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CIIVISE Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

CPP Comité de Protection des personnes

CRIP Cellules de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes

HAS Haute Autorité de Santé

IP Information préoccupante

INSERM Institut National de la santé et de la recherche médicale

MSU Maître de Stage Universitaire

N°119 ou **SNATED** Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

ODAS Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONPE Observatoire National de Protection de l'Enfance

PMI Protection materno-infantile

UAPED Unité d'accueil pédiatrique de l'enfant en danger

UTPAS Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

RÉSUMÉ

La maltraitance infantile touche 1 enfant sur 10 dans les pays développés. Seulement 1% des informations préoccupantes sont rédigées par des médecins libéraux. L'objectif principal de notre étude est d'étudier l'utilisation de l'information préoccupante par les médecins généralistes face à une situation d'enfant en danger de maltraitance dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Étude quantitative descriptive transversale menée dans le Nord-Pas-de-Calais du 24/07/2023 au 05/09/2023. Le questionnaire a été diffusé par mail aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et sur internet. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel EasyMedStat®. L'analyse statistique comparative a été réalisée à l'aide des tests Chi-2 et Fisher avec un seuil de significativité $p < 0,05$, le risque α étant de 5 %. L'étude a été menée de manière à répondre aux critères de qualité STROBE.

Au total 142 questionnaires ont été analysés. La prévalence de la maltraitance infantile est sous-estimée par 73,9% des participants. La CRIP est connue par 76,1% des participants. Face à une situation d'enfant en danger de maltraitance, 61,8% des médecins rédigent une IP. Les difficultés à la rédaction d'une IP sont : la complexité à identifier les situations d'enfant en danger, les difficultés émotionnelles et les difficultés techniques tel que la méconnaissance de la méthode de rédaction d'une IP.

Le recours à l'information préoccupante est faible par les difficultés à repérer les situations d'enfant en danger et à en poser le diagnostic. Sensibiliser les médecins à la maltraitance permet d'améliorer le repérage des situations d'enfant en danger. La formation des médecins à la rédaction de l'IP et la diffusion des contacts de la protection infantile sont essentielles. Le médecin ne doit pas rester seul face à ces situations et a besoin d'être accompagné dans la prise en charge de l'enfant en danger par les acteurs de la protection de l'enfance.

I) INTRODUCTION

1) Contexte

La diffusion dans les journaux d'histoires de maltraitance infantile met régulièrement la France en émoi. En août 2022, dans l'affaire de Noyelles-sur-Lens, les parents ont été condamnés pour maltraitance sur leurs 10 enfants. Cette affaire a de nouveau montré la nécessité d'améliorer le dépistage et la prise en charge des violences faites aux enfants (1).

Le 12 septembre 2023, une campagne de sensibilisation sur les violences sexuelles envers les enfants a été diffusée à la télévision. Dans ce spot télévisé, on entend une petite fille dire : « Il m'a dit : « c'est notre petit secret, rien qu'à nous deux » Il est venu dans ma chambre, il m'a dit qu'on pouvait faire des choses de grands tous les deux. Ce soir, c'est lui qui vient me garder et je n'ai pas très envie, mais je ne peux pas le dire, c'est un secret » (2). Chaque année en France, 160.000 enfants sont victimes de violences sexuelles. Autrement dit, un enfant est victime d'un viol ou d'une agression sexuelle toutes les 3 minutes. Cette campagne fait suite au rapport de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIIVISE) chargée d'analyser des témoignages de victimes de violences sexuelles dans l'enfance (3).

Le 20 septembre 2023 à Lille, lors du congrès « L'enfant face aux violences conjugales », organisé par l'association *Les maux pour le dire*, Mme Caubel Charlotte, Secrétaire d'État auprès de la Première Ministre chargée de l'enfance, a annoncé le début d'une vaste campagne de sensibilisation sur les maltraitements infantiles. L'État se mobilise et veut éveiller les consciences dans la population et auprès des professionnels.

2) Épidémiologie

Les chiffres sur la maltraitance infantile sont probablement sous-estimés par un manque de données fiables (4). Le Dr. Tursz Anne a réalisé une étude sur les morts suspectes du nourrisson pendant la période 1996-2000. Cette étude a mis en évidence la discordance entre les chiffres

des infanticides officiellement recensés qui sont de 17 cas par an et le taux identifié par la recherche de l'unité 750 de l'INSERM qui est de 255 cas par an (5). Dans les pays à hauts revenus, 4 à 16% des enfants seraient victimes de maltraitements physiques et 10% des enfants seraient victimes de violences psychologiques ou de négligences. Dans 80% des cas, ces maltraitements sont intra-familiaux (6).

En France depuis 2016, les données de la protection de l'enfance sont publiées chaque année par l'Observatoire National de Protection de l'Enfance (ONPE). Ce dernier a pour but de quantifier, analyser et prévenir les maltraitements. Le rapport de l'ONPE de mars 2023 fait état de 310 500 enfants mineurs et 35 100 majeurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance au 31 décembre 2021. Les dépenses départementales pour l'aide sociale à l'enfance continuent d'augmenter et s'élèvent à plus de 9,1 milliards d'euros pour l'année 2021. On dénombre également 49 mineurs décédés de mort violente au sein de la famille (soit près d'un enfant par semaine) (7). Une cartographie des principaux chiffres disponibles a été publiée permettant de quantifier la maltraitance infantile intrafamiliale en France (**Annexe 1**).

3) Définitions de la maltraitance infantile

Une des difficultés à quantifier la maltraitance infantile est liée à la multitude de définitions qui existe. Nous retenons trois définitions qui nous semblent pertinentes pour circonscrire ce concept.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2019, « La maltraitance de l'enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi

comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes » (8).

L'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) définit en 2001, la maltraitance de manière globale. L'enfant en danger de maltraitance regroupe :

- « **L'enfant maltraité** » est victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement psychologique et physique.
- « **l'enfant en risque de maltraitance** » connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité (9).

La définition la plus récente a été instaurée par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 avec l'article L119-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) :

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Au travers de ces définitions, on comprend qu'il s'agit de tout acte volontaire ou non, par action ou par omission, ne permettant pas de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant, pour son épanouissement et son bon développement physique, psychique, social et émotionnel (**Annexe 2**).

4) Historique

La condition des enfants a évolué lentement au travers des siècles. L'étymologie du mot « Enfant » vient du latin « infans » qui signifie être sans parole.

Dans l'Antiquité, l'enfant est considéré comme un être inachevé, sans droit. Au Moyen-âge, il est une source utile de main d'œuvre pour ses parents, l'enfant est soumis à la puissance paternelle. Il faudra attendre la Révolution française pour que l'enfant soit peu à peu considéré comme un sujet de droit vulnérable, qui nécessite une protection.

Le premier article scientifique abordant le sujet de la maltraitance est rédigé par Ambroise Tardieu en 1860, et est intitulé « Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants ». Les auteurs de ces mauvais traitements sont majoritairement les parents (10). Les travaux de Tardieu sont complètement ignorés de la communauté scientifique.

Un siècle plus tard, les communautés scientifiques prennent conscience de ce fléau avec le développement de la radiographie et la description de fractures d'âges différents par Henry Kempe et la publication en 1962 de l'article « The battered-child syndrome » (11).

L'émergence des neurosciences au XX^e siècle met en lumière les conséquences à court, moyen et long terme des maltraitances. Les maltraitances entraînent une diminution de l'espérance de vie pouvant aller jusqu'à 20 ans de moins que la population générale (12). On observe une majoration de la morbidité, des pathologies cardiovasculaires, des maladies auto-immunes, de l'obésité, des douleurs chroniques inexplicables mais aussi des troubles psychologiques (anxiété, dépression, suicide), une majoration de consommation de toxiques, une désinsertion sociale (par difficulté de régulation émotionnelle) et une répétition transgénérationnelle de la violence (13–15).

La détection précoce de ces familles fragiles est essentielle pour diminuer les risques à court et long terme. Un enfant placé tardivement coûte à la société 3 fois plus qu'un enfant pris en charge rapidement (16). Un enfant subissant toutes sortes de maltraitements pendant des années avec un placement tardif développera davantage de troubles de l'attachement et de troubles psychologiques. Ces enfants ont des difficultés d'interactions avec les autres et souvent ne parviennent pas à s'adapter à la société. Leur instabilité émotionnelle rend leur placement difficile par la mise en échec des mesures de placement proposées.

En 2007, la réforme de la protection de l'enfance a créé les Cellules de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP). Elles ont pour mission de collecter, d'analyser, évaluer et orienter vers une prise en charge administrative ou une transmission au judiciaire, les suspicions d'enfant en danger (17). L'objectif de cette délégation départementale était de décharger le procureur de la République des situations ne relevant pas du judiciaire et ainsi permettre une prise en charge plus rapide des situations pour lesquelles une aide administrative est suffisante.

L'information préoccupante (IP) est définie par le décret n°2013-994. Il s'agit d'une « information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être (18). Il peut s'agir de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur (19).

La maltraitance infantile est une notion récente, qui évolue lentement. Pour preuve, les châtiments corporels sont punis par la loi en France depuis juillet 2019. Le débat sociétal qui avait accompagné cette loi montre les difficultés à se rendre compte de ce fléau et le conflit entre coutumes, mœurs et méthodes d'éducation. La maltraitance infantile reste encore un sujet tabou qui met mal à l'aise. Henry Kempe fit scandale lors de la publication de son article en 1962. Il est le premier à identifier les parents comme auteur des maltraitances infantiles. Il parle « d'aversion de voir », il est difficilement concevable que les parents soient les auteurs de mauvais traitements sur leurs propres enfants. Henry Kempe se disait « consterné de voir de brillants jeunes médecins inventer n'importe quel diagnostic pour éviter celui que les lésions présentées par un enfant rendaient absolument criant » (20).

Le décret du 23 novembre 2021 reconnaît l'enfant exposé aux violences conjugales comme co-victime et non plus comme simple témoin (21). La société et les lois continuent d'évoluer pour que l'enfant soit peu à peu considéré comme un sujet de droit à part entière.

5) Démarche diagnostique

Théoriquement la démarche à suivre face à une maltraitance semble bien établie : une fiche mémo a été rédigée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 et actualisée en 2017 (22). En pratique, signaler des faits de maltraitance est complexe.

Seulement 5% des informations préoccupantes sont rédigées par les médecins, dont 1% par les médecins libéraux et 4% par les médecins hospitaliers (23). Ce taux est faible quand on sait que les médecins généralistes suivent de façon régulière les enfants âgés de moins de 2 ans. Les consultations obligatoires de suivi sont des moments propices à la détection de l'enfant en danger. La scolarisation est obligatoire à partir de l'âge de 3 ans, l'éducation nationale est un des premiers pourvoyeurs d'informations préoccupantes (24). De la naissance à l'âge de 3 ans, des enfants sont peut-être laissés en proie à des violences dans l'ignorance générale.

Les faits de violences graves sont plus facilement détectables par la présence de signes physiques rendant la maltraitance visible. « Les maltraitances vécues restent particulièrement difficiles à diagnostiquer et à caractériser. Quand les signes sur le corps n'existent pas ou plus, les maltraitances vont être déduites des effets qu'elles entraînent : la détection repose alors sur la présence chez l'enfant de comportements ou d'attitudes considérés comme des signaux d'alerte mais qui, pris isolément, ne constituent pas à proprement parler de critères diagnostiques » (25).

Nous cherchons à étudier l'utilisation de l'information préoccupante par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance. L'objectif secondaire est de connaître les difficultés rencontrées dans la rédaction d'une IP afin d'apporter des pistes d'amélioration.

II) MATERIEL & METHODES

1) Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, quantitative et transversale, portant sur l'utilisation de l'information préoccupante par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance.

2) Population étudiée

La population cible de notre étude incluait les médecins généralistes installés ou remplaçants. Les médecins devaient avoir une activité de médecine générale et exercer dans le département du Nord et/ou du Pas-de-Calais. Les médecins interrogés pouvaient être thésés ou non.

Les critères de non-inclusions de l'étude sont :

- Les médecins généralistes retraités.
- Les médecins généralistes avec une activité exclusivement hospitalière.
- Les internes de médecine générale. Un interne doit se référer à son Maître de Stage universitaire (MSU), il est peu probable qu'un interne réalise une IP seul sans en référer à son maître de stage.
- Les médecins exerçants dans un autre département que le Nord et/ou le Pas-de-Calais. Chaque département ayant sa propre organisation de la protection de l'enfance.

3) Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé après la constitution d'une revue de la littérature sur la maltraitance infantile. Les mots clefs, maltraitance infantile, protection de l'enfance et information préoccupante ont été recherchés sur les sites PubMed, Cairns et GoogleScholar.

Un auto-questionnaire a été réalisé via le logiciel en ligne Limesurvey®. Face à un sujet sensible comme les maltraitances, il nous a semblé judicieux d'utiliser un questionnaire en ligne pour espérer un plus haut taux de réponse.

Le questionnaire est constitué de 18 questions à choix multiple ou unique. Il est composé de 3 parties (**Annexe 3**). La durée de réponse était estimée à 10 minutes.

La première partie (questions 1 à 7) porte sur les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, type d'exercice, lieux d'exercices), la participation à des formations pédiatriques et l'estimation de la proportion d'activité pédiatrique.

La seconde partie du questionnaire (questions 8 et 9), évalue les médecins participants sur leurs connaissances de la prévalence de la maltraitance et la connaissance de la CRIP. La troisième partie (questions 10 à 18) porte sur les pratiques employées par les médecins généralistes face à une situation d'enfant en danger de maltraitance, les difficultés techniques et émotionnelles rencontrées.

Préalablement le questionnaire a été testé sur cinq médecins généralistes afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et du fonctionnement du questionnaire en ligne.

Au cours du questionnaire, la définition de la maltraitance par l'ODAS a été choisie pour sa facilité de compréhension, bien que la définition ait été actualisée en 2022 dans le code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (26).

La définition par l'ODAS comprend l'enfant maltraité et l'enfant en danger de maltraitance. Il nous a semblé judicieux de faire cette précision afin que les participants ne pensent pas uniquement aux situations de dangers graves et immédiats, qui sont des maltraitances souvent visibles avec orientation vers l'hôpital pour mise à l'abri. Dans ce travail, nous souhaitons étudier l'ensemble

des maltraitances y compris les mauvais traitements invisibles (négligences, violences psychologiques, enfant témoin de violence conjugales, conditions d'existence ne permettant pas de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant...).

4) Modalités de recueil des données

L'enquête réalisée est déclarative via un auto-questionnaire anonyme. Le questionnaire a été diffusé sur internet via les réseaux sociaux (les groupes de médecins remplaçants du Nord et du Pas-de-Calais et groupes de diffusion de questionnaire de thèse). Le questionnaire a été envoyé par mail à la liste des maîtres de stage de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et aux Communautés professionnelles territoriales de Santé (CPTS) du Nord et du Pas-De-Calais. Notre questionnaire a été publié sur le site de l'Ordre des médecins du Nord dans la catégorie « THESE'APP ». La diffusion par mail et via les réseaux sociaux a été choisie pour sa praticité, sa rapidité et son faible coût.

Le lien d'accès au questionnaire était accompagné d'un mail explicatif du contexte de l'étude, son sujet et ses objectifs. En fin de questionnaire, des QR-codes étaient à disposition pour télécharger un guide pratique avec les numéros utiles pour aider à la rédaction d'une IP.

Le recueil de données a eu lieu sur la période du 24 juillet 2023 au 5 septembre 2023.

Un mail de relance a été envoyé à la même liste de diffusion le 19 août 2023.

La réponse au questionnaire signifiait acceptation et consentement à la participation à l'étude. Nous avons constitué une base de données en répertoriant les réponses de façon anonyme dans un fichier tableur Microsoft Excel®.

5) Analyses statistiques

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel en ligne EasyMedStat®. Chaque item du questionnaire a été analysé de manière descriptive en exprimant les résultats sous forme d'effectifs et de pourcentages. Nous avons comparé les stratégies mises en place par les médecins « rédacteurs d'une IP » et les « non rédacteurs d'une IP » lorsqu'ils ont déjà fait face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance. L'analyse statistique comparative a été réalisée à l'aide des tests Chi-2 et Fisher avec un seuil de significativité $p < 0,05$, le risque α étant de 5 %.

6) Cadre éthique et réglementaire

Notre étude n'impliquant pas la personne humaine, nous sommes hors loi Jardé, l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire. Nous avons fait une déclaration auprès du délégué de la protection des données au sein de l'université de Lille. L'autorisation de réaliser l'étude a été obtenue le 1^{er} mars 2023 (**Annexe 4**).

La modélisation de l'étude est valide et l'ensemble de ce travail suit les critères STROBE (**Annexe 5**).

III) RESULTATS

1) Caractéristiques de la population

Nous avons envoyé 252 mails à des médecins généralistes maîtres de stage du Nord et du Pas-de-Calais, 45 mails aux CPTS du Nord et du Pas-de-Calais, diffusion sur la plateforme « THESE'APP » de l'ordre des médecins du Nord et sur les réseaux sociaux. Sur les 177 réponses recueillies, 31 réponses incomplètes et 4 réponses provenant d'un autre département du Nord et du Pas-de-Calais ont été exclues de l'analyse. Au final 142 questionnaires ont été analysés.

		Nord N		Pas-de- Calais N		Nord et Pas-de- Calais N		Effectif N	Proportion %
Nombre de médecins répondants		88	%	43	%	11	%	142	%
Genre	Femme	61	69,3%	25	58,1%	7	63,6%	93	65,5%
	Homme	27	31%	18	41,9%	4	36,4%	49	34,5%
Âge	≤ 34 ans	43	48,9%	18	41,9%	8	72,7%	69	48,6%
	35 - 49 ans	29	33,0%	14	32,6%	3	27,3%	46	32,4%
	≥ 50 ans	16	18,2%	11	25,6%	0	-	27	19,0%
Propotion d'activité pédiatrique	< 10 %	13	14,8%	2	4,7%	1	9,1%	16	11,3%
	10 %- 30%	59	67,0%	33	76,7%	9	81,8%	101	71,1%
	30 % - 50 %	14	15,9%	3	7,0%	1	9,1%	18	12,7%
	> 50%	2	2,3%	5	11,6%	0	-	7	4,9%
Formation pédiatrie	Oui	32	36,4%	11	25,6%	2	18,2%	45	31,7%
	Non	56	63,6%	32	74,4%	9	81,8%	97	68,3%
Type d'exercice	Remplaçant	8	9,1%	36	83,7%	11	100,0%	55	38,7%
	Groupe	19	21,6%	20	46,5%	0	-	39	27,5%
	MSP	33	37,5%	16	37,2%	0	-	49	34,5%
	Seul	9	10,2%	4	9,3%	0	-	13	9,2%
autres activités pédiatriques*	Oui	5	5,7%	1	2,3%	9	81,8%	15	10,6%
	Non	83	94,3%	42	97,7%	2	18,2%	127	89,4%

*vacation en PMI, médecin scolaire, médecin de crèche, vacations aux urgences pédiatriques.

Figure 1: Tableau des caractéristiques des médecins participants à l'étude.

La moyenne d'âge de notre effectif est de **37,6 ans** (IC95 [35,9 ; 39,3]). Notre population est composée de **65,5%** de femmes.

2) Analyses univariées

- **Connaissances sur la maltraitance.**

Sur l'ensemble des participants à notre étude :

- 37 médecins déclarent, la maltraitance touche **1 enfant sur 10**, soit **26,1%** ;
- 75 médecins déclarent, la maltraitance touche **1 enfant sur 100**, soit **52,8%** ;
- 30 médecins déclarent que la maltraitance touche **1 enfant sur 1000** soit **21,1%** de l'échantillon.

Cent-huit participants (76,1%) déclarent connaître la CRIP.

- **Faire face à une situation d'enfant en danger de maltraitance.**

Quatre-vingt-neuf (62,7 %) participants déclarent avoir déjà fait face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance.

La **figure 2** montre les actions mises en place par les médecins généralistes face à une situation d'enfant en danger de maltraitance :

- 55 médecins déclarent avoir **rédigé une information préoccupante**, soit **61,8%**.
- 41 médecins déclarent avoir **orienté vers les urgences** soit **46,1%**.
- 26 médecins déclarent avoir **géré la situation seul** soit **29,2%**.
- 8 participants (9%) déclarent avoir contacté le 119 pour transmettre leurs préoccupations et 7 participants (7,9%) déclarent avoir pris contact avec la Protection Materno-infantile (PMI) pour gérer la situation ensemble.

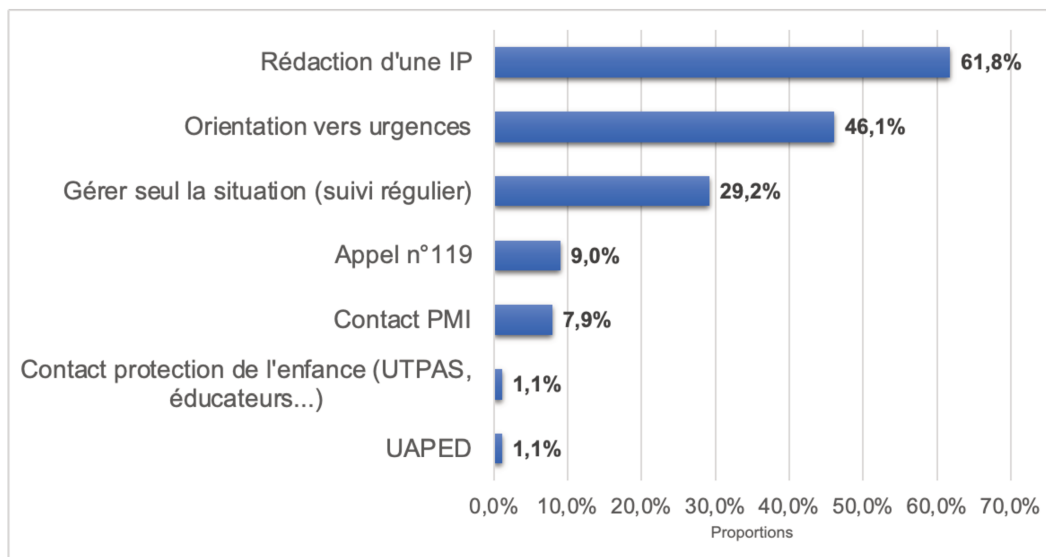


Figure 2: Actions mises en place par les médecins généralistes lorsqu'ils font face à une situation d'enfant en danger de maltraitance.

Les médecins qui n'ont pas rédigé d'IP face à une situation de maltraitance, ont tendance à orienter les enfants vers les **urgences pédiatriques** (55,9%) ou à **gérer la situation seul** avec des consultations de suivi réguliers (47,1%).

- **Les éléments d'alerte recherchés pour étayer le diagnostic.**

Les signes qui alertent le médecin dans une situation de suspicion d'enfant en danger de maltraitance sont présentés dans la **figure 3**.

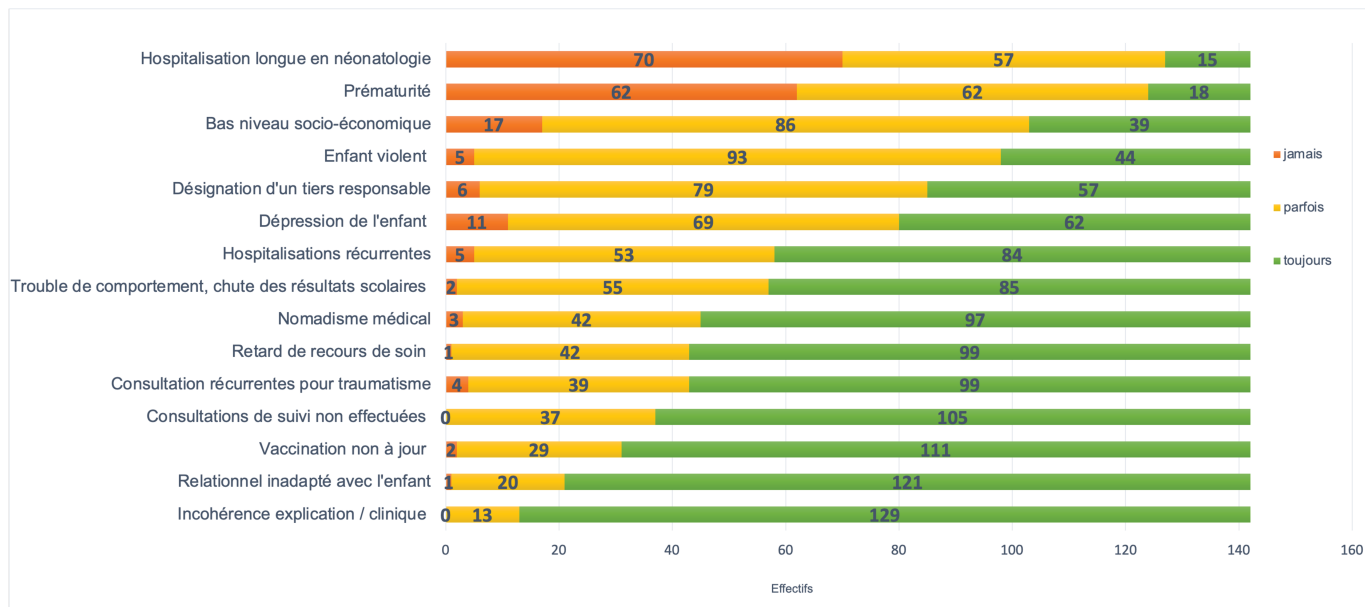


Figure 3: Les signes d'alerte à rechercher face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance pour étayer le diagnostic selon l'ensemble des participants à l'étude (médecins ayant déjà fait face ou non à une situation de suspicion de maltraitance).

Les signes d'alerte à rechercher face à une situation d'enfant en danger de maltraitance auxquels les médecins de notre étude déclarent faire toujours attention sont :

- **L'incohérence entre les propos rapportés et la clinique** pour 129 participants (**90%**)
- Le **relationnel inadapté** avec l'enfant pour 121 participants (**85%**)
- Les **vaccinations non à jour** pour 111 participants (**78,1 %**)
- Les **consultations de suivi non effectuées** pour 105 participants (**73,9 %**)
- Les consultations récurrentes pour traumatisme pour 99 participants (69,7%), le retard au recours aux soins pour 99 participants (69,7%) et le nomadisme médical pour 97 participants (68,3%).

Le **bas niveau social** est un signe d'alerte auxquels 39 participants déclarent être **toujours** attentifs soit **27,4%**, 86 participants déclarent y être **parfois** attentifs soit **60,5%** et 17 participants n'y prêtent **jamais** attention soit **11,9%**.

La **prématurité** est un signe d'alerte pour 18 participants soit **12,6%**. **L'hospitalisation longue en néonatalogie** n'est jamais un signe d'appel pour 70 participants soit **49,2%**.

- **Outils utilisés pour transmettre l'information préoccupante**

Cinquante-cinq participants de l'étude (soit 38,7 % de l'ensemble des participants), ont déjà rédigé une information préoccupante.

Pour rédiger l'information préoccupante, les médecins de l'étude ont utilisé :

- Le **formulaire du département** du Nord ou du Pas-de-Calais par **32,7%**,
- Une **lettre** pour **29,1%** d'entre eux,
- Le formulaire disponible sur le site de l'ordre des médecins a été utilisé par 10,9 %.
- Utilisation d'un autre outil pour 16,4% (communication avec PMI, CRIP ou UTPAS, document d'un service de pédiatrie)
- Utilisation du logiciel métier pour 5,4%, transmission de l'information en appelant le n°119 pour 3,6%.

- **Contacts utilisés par les médecins face à une situation de maltraitance**

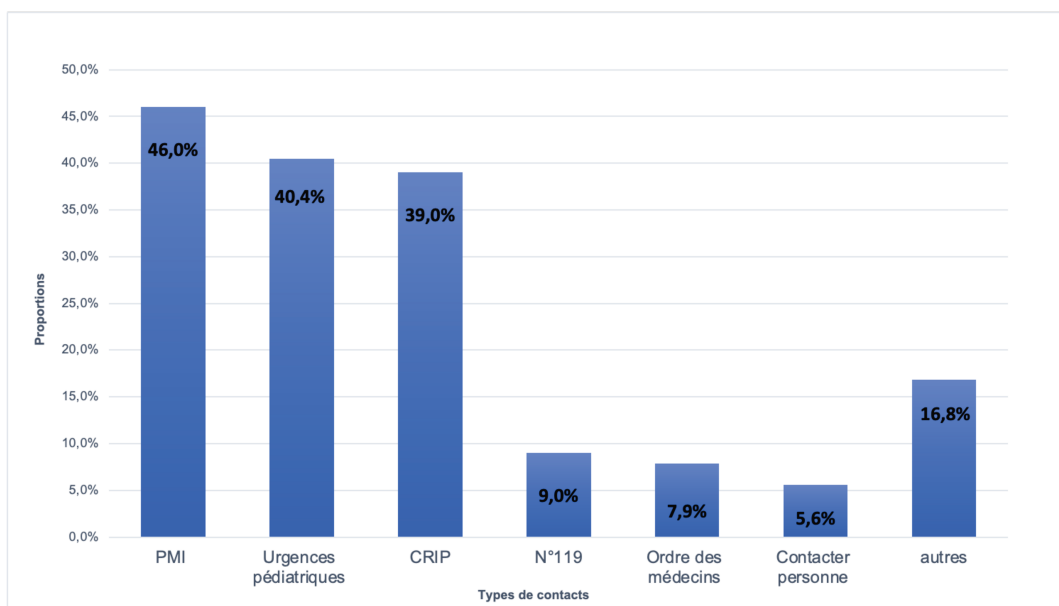


Figure 4: Répartition des contacts utilisés par les médecins ayant fait face à une situation d'enfant en danger de maltraitance

Sur les 55 participants qui déclarent avoir déjà rédigé une information préoccupante, 94,5% d'entre eux déclarent avoir déjà contacté une institution de la protection de l'enfance pour les aider dans la prise en charge. Pour les 5,5% restant, ils en ont discuté avec des collègues et

confrères généralistes. Aucun rédacteur d'information préoccupante n'est resté seul face à la situation :

- 30 rédacteurs ont déjà contacté la **CRIP** soit **54,6%**
- 30 rédacteurs ont déjà contacté la **PMI** soit **54,6%**
- 21 rédacteurs ont déjà contacté les **urgences pédiatriques** soit **38,2%**
- 7 rédacteurs ont déjà contacté le n°119 soit 12,7%
- 6 rédacteurs ont déjà contacté l'ordre des médecins soit 10,9%

Trente-quatre participants déclarent avoir fait face à une situation de maltraitance mais ne pas avoir rédigé d'information préoccupante, parmi eux :

- 15 participants ont contacté les **urgences** soit **44,1 %**
- 11 participants ont contacté la **PMI** soit **32,4 %**
- 5 participants ont contacté la **CRIP** soit **14,7 %**
- 5 participants n'ont contacté **personne** soit **14,7 %**
- 1 participant a contacté le **n°119** soit **2,9 %**
- 1 participant a contacté l'**ordre des médecins** soit **2,9%**

- **Les difficultés émotionnelles rencontrées.**

Les principales difficultés émotionnelles rencontrées par les rédacteurs d'une information préoccupante sont :

- Pour **45,5 %** des rédacteurs, il y a la peur d'émettre une **fausse dénonciation**.
- La **peur des conséquences** et notamment le placement de l'enfant pour **40,0 %** d'entre eux.
- **38,2 %** estiment **manquer de recul** pour prendre la décision de la rédaction d'une information préoccupante.
- **25,5%** des participants qui ont rédigé une IP ont peur de **rompre le lien** avec le patient.

Les personnes qui ont fait face à une suspicion de maltraitance, mais qui n'ont pas rédigé d'information préoccupante éprouvent les difficultés émotionnelles suivantes :

- La peur de la **fausse dénonciation** pour **73,5 %**.
- Le sentiment de **manquer de recul** pour prendre la décision de rédaction d'une information préoccupante pour **61,7 %**.
- La peur des **conséquences pour l'enfant** et notamment le placement de l'enfant pour **38,2%**.
- La peur des **représailles** pour **32,3%**.

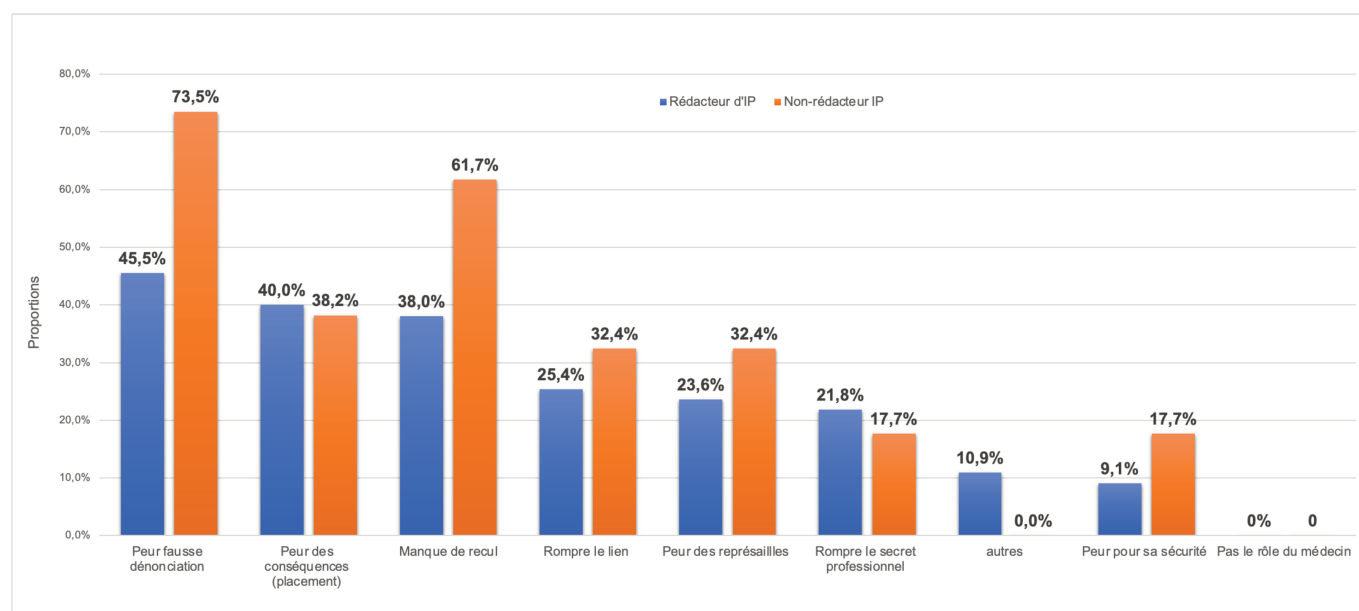


Figure 5: *Comparaison des difficultés émotionnelles rencontrées par les médecins rédacteurs et non rédacteurs d'IP face à une situation d'enfant en danger.*

- **Les difficultés techniques rencontrées.**

Les personnes confrontées à une situation d'enfant en danger et qui ont déjà rédigé une information préoccupante rapportent avoir eu des difficultés techniques à la rédaction de celle-ci :

- Difficultés à **trouver les contacts** pour adresser l'information préoccupante pour **49,1%**
- Difficultés à rédiger l'information préoccupante par **manque de connaissance sur les**

éléments à noter dans une information préoccupante pour **32,7%**

- La démarche est **chronophage** pour **30,9%** des rédacteurs d'information préoccupante
- Les autres difficultés rencontrées sont les difficultés à trouver un formulaire IP (14,6%), la non-anonymisation des IP (10,9%).

Un espace libre était laissé dans le questionnaire pour que les médecins puissent indiquer les autres difficultés techniques auxquelles nous n'avions pas pensé et qu'ils auraient pu rencontrer dans la rédaction de l'IP. Certains ont indiqué avoir des difficultés à **annoncer la rédaction d'une IP à la famille**. Par ailleurs, **l'absence de retour des conclusions de l'évaluation de l'IP** et le **décalage entre information transmise à la CRIP et les mesures mises en place** sont ressentis comme des problèmes majeurs.

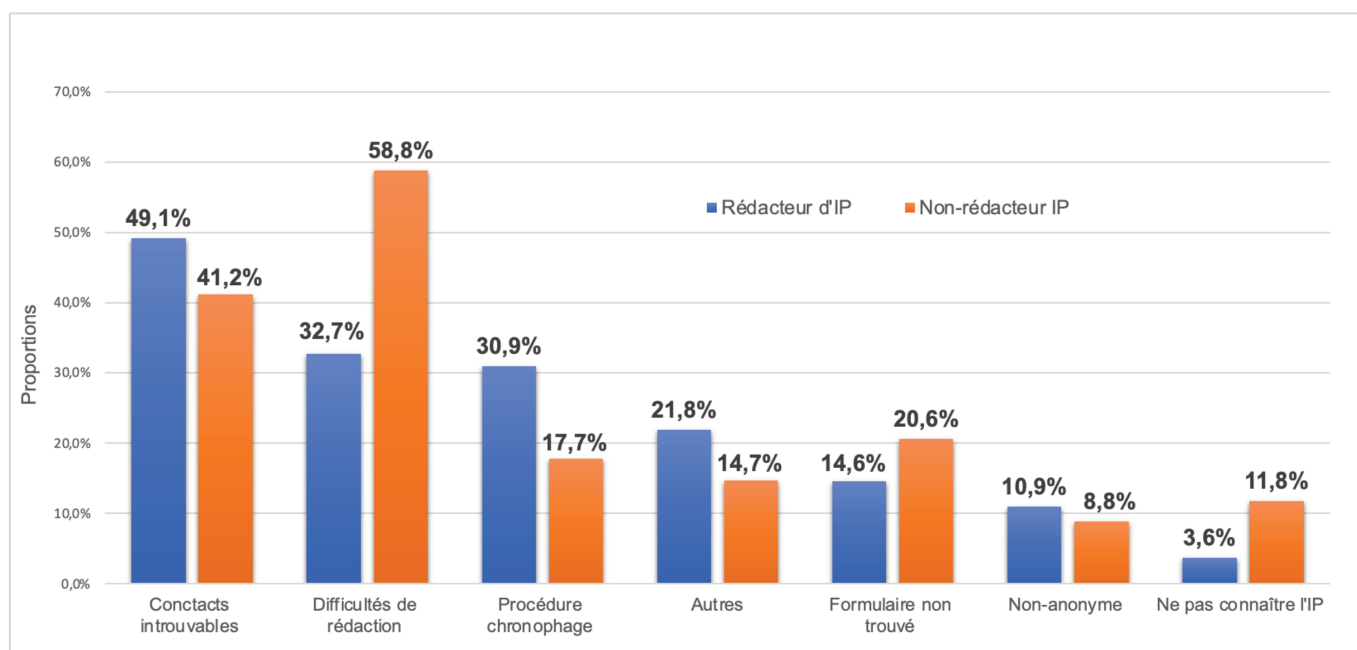


Figure 6: *Comparaison des difficultés techniques rencontrées par les médecins rédacteurs et non-rédacteurs d'IP face à une situation d'enfant en danger de maltraitance.*

3) Analyses bivariées.

- **Faire face à une situation d'enfant en danger de maltraitance :**

Nous avons cherché à savoir si une corrélation significative existait entre « déclarer avoir fait face à une situation d'enfant en danger » et certaines variables démographiques et type d'activité.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre faire face à une situation d'enfant en danger de maltraitance et le genre (p-value 0,309), le lieu d'exercice (p-value >0,075), la proportion d'activité pédiatrique (p-value 0,055), ni le fait d'avoir eu une formation pédiatrique (p-value 0,109).

Il existe une différence significative entre déclarer faire face à une situation de maltraitance et **l'âge des participants** avec une p-value de 0,011.

Tranches d'âge	Avoir fait face N=89 (%)	Ne pas avoir fait face N=53 (%)	p-value
20-34	36 (40,5%)	35 (66,0%)	0,011
35-49	34 (38,1%)	10 (19,0%)	
50-65	19 (21,4%)	8 (15,0%)	

Figure 7: Tableau de l'analyse bivariée comparant l'âge et avoir fait face à une situation de maltraitance.

Il existe une différence significative entre déclarer faire face à une situation de maltraitance et **connaître la prévalence de la maltraitance infantile** de 1 enfant sur 10 avec une p-value 0,008.

Connaissance prévalence maltraitance	Avoir fait face à la maltraitance N=89 (%)	Ne pas avoir fait face à la maltraitance N=53 (%)	p-value
1 enfant sur 1000	16 (18,0%)	14 (26,4%)	0,008
1 enfant sur 100	42 (47,2%)	33 (62,3%)	
1 enfant sur 10	31 (34,8%)	6 (11,3%)	

Figure 8: Tableau de l'analyse bivariée comparant la connaissance de la prévalence de la maltraitance infantile avec faire face à une situation de maltraitance.

- **Rédiger une information préoccupante :**

La rédaction d'une information préoccupante n'est pas associée de manière statistiquement significative avec le genre (p-value 0,115), le lieu d'exercice (p-value >0,54) ou la proportion d'activité pédiatrique (p-value 0,285).

Une association significative a été retrouvée entre la rédaction d'une information préoccupante et la **participation à des formations pédiatriques (30% / 3% ; p-value < 0,001)**.

- **Stratégies mises en place face à une situation de maltraitance :**

Faire face à une situation d'enfant en danger de maltraitance et ne pas rédiger d'IP est associé de manière significative avec **gérer la situation seul (18,2% / 47,1% ; p-value = 0,008)**.

La rédaction d'une IP est significativement associée avec la **prise de contact avec la CRIP (54,5% / 14,7% ; p-value < 0,001)** et la non-rédaction d'une IP est associée de manière statistiquement significative avec le fait de ne **contacter personne (14,7% ; p-value = 0,007)**.

- **Difficultés émotionnelles rencontrées :**

Les difficultés émotionnelles associées de manière statistiquement significative avec la non-rédaction d'une IP sont :

- La **peur d'une fausse dénonciation (45,5% / 73,5% ; p-value = 0,018)**
- Le **manque d'éléments et de recul (38,2% / 61,8% ; p-value <0,052)**

La rédaction d'une IP n'est pas associée de manière significative avec la peur des représailles (p-value = 0,462), la peur des conséquences dont le placement de l'enfant (p-value > 0,999), la peur de rompre le secret professionnel (p-value = 0,788), la peur pour sa propre sécurité (p-value = 0,322), et la peur de rompre le lien avec le patient (p-value = 0,645).

- **Comparaison des difficultés techniques :**

Ne pas savoir comment rédiger une information préoccupante est associé statistiquement à la non-rédaction d'une information préoccupante (32,7% / **58,8%** ; p-value = 0,028).

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la rédaction d'une IP et la difficulté à trouver les contacts pour adresser une IP (p-value = 0,611), les difficultés à trouver le formulaire de l'IP (p-value = 0,563), ni sur la non-anonymisation de l'information préoccupante (p-value > 0,999).

IV) DISCUSSION

1) Forces et faiblesses

Notre étude comporte des biais que nous avons tenté de limiter. La taille de l'échantillon est satisfaisante pour une analyse quantitative.

Notre étude comporte des biais de sélection. La population étudiée n'est pas représentative des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Notre échantillon a une moyenne d'âge de 37,6 ans. La moyenne d'âge de notre étude est plus jeune que la moyenne d'âge des médecins du Nord qui est de 47,7 ans et de 49,7 ans pour le Pas-de-Calais en 2020 (27). Pour diffuser notre questionnaire nous avons utilisé la liste des maîtres de stage de l'ARS des Hauts-de-France, nous avons un biais de sélection avec des médecins majoritairement maîtres de stage.

Notre étude présente un biais de volontariat inhérent à la réalisation de notre enquête par questionnaire. Nous supposons que les médecins ayant pris le temps de répondre à notre enquête étaient des médecins sensibles à la thématique ou ayant déjà fait face à une situation de maltraitance. La population étudiée est composée à 65,5% de femmes, ce qui correspond aux données de la littérature, les médecins généralistes féminins sont plus sensibles aux maltraitances infantiles (28). Ce taux plus élevé peut être lié à la féminisation de la profession. En 2020 les femmes représentent 50,4% des effectifs généralistes en activité, elles représentaient 39,2% de la profession en 2010 (27).

Notre étude est déclarative, ce qui engendre :

- Un **biais d'information** : la définition de l'enfant en danger de maltraitance n'étant peut-être pas maîtrisée par tous les participants, nous avons limité ce biais en ajoutant la définition de l'enfant en danger de maltraitance de l'ODAS. Nous n'avons pas défini l'information préoccupante et nous n'avons pas parlé du signalement, qui sont souvent source de confusion auprès des médecins.

- Un **biais de confusion** : Certains médecins qui avaient déclaré ne pas avoir fait face à une situation d'enfant en danger de maltraitance, n'ont pu répondre en se basant sur leur expérience. Ils ont imaginé leurs actions lorsqu'ils feront face à un enfant en danger. Ce biais a été limité en restreignant les analyses bivariées aux médecins ayant déclaré avoir fait face à une situation de maltraitance.
- Un **biais de suggestion** : La formulation des questions a pu par moment influencer le choix de réponse des médecins. Un questionnaire à choix multiples a tendance à limiter l'expression des répondants. Nous avons laissé des réponses libres afin de laisser le participant s'exprimer sur les démarches mises en place et les difficultés rencontrées auxquelles nous n'aurions peut-être pas pensé en élaborant ce questionnaire.
- **Ce travail comporte probablement un biais de prévarication.** Biais inévitable devant un sujet sensible comme les maltraitances, mais qui est limité par l'anonymisation des réponses et par un questionnaire en ligne, sans confrontation direct avec un interviewer.

2) Principaux résultats

- **Connaissances :**

Le taux estimé d'enfants victimes de maltraitances est de 1 enfant sur 10. **La prévalence de la maltraitance est sous-estimée par 105 (73,9%) des participants.** Nous avons constaté que la connaissance de la prévalence de la maltraitance infantile était statistiquement associée avec le fait de déclarer avoir fait face à une suspicion d'enfant en danger. **Connaître l'amplitude de ce fléau semble améliorer la vigilance et le repérage par le médecin.** Il est essentiel d'informer et de produire des données épidémiologiques pour éveiller les consciences et attirer l'attention sur ce problème sociétal.

La CRIP est connue par 76,1% des participants de notre étude. Une étude menée en 2016 en Ille-et-Vilaine retrouvait une méconnaissance de la CRIP par 77,2% des médecins participants

à l'étude (28). On observe une nette amélioration de la connaissance de la CRIP par les médecins généralistes.

Notre étude a mis en évidence que **les signes d'alerte de l'enfant en danger ne sont pas bien connus des médecins**. Seulement 18 participants (12,6%) déclarent être toujours attentifs à la prématurité et 15 participants soit (10%) être attentifs lorsqu'un enfant a été longuement hospitalisé en néonatalogie. Dans la littérature, 86% des médecins pensent que la prématurité est un facteur protecteur, car l'enfant plus fragile physiquement aura tendance à être plus protégé par ses parents (29). **La prématurité et l'hospitalisation longue en néonatalogie sont pourtant des facteurs de risque de maltraitance de par la rupture de l'attachement parental** (30).

Dans notre étude, le bas niveau socio-économique est identifié comme un signe d'appel de maltraitance par 87,9%. Le type de maltraitements semble varier en fonction du niveau socio-économiques mais ce fléau concerne toutes les classes sociales. Le syndrome du bébé secoué et les violences conjugales touchent toutes les catégories socio-économiques. Les niveaux socio-économiques bas sont souvent sur-représentés car plus facilement suspectés, explorés et dénoncés. Une étude américaine a montré la sur-représentation des populations noires dans les signalements de maltraitance qui avaient eu plus d'examen radiologiques que les enfants blancs pour le même type de lésion (31). **Le bas niveau socio-économique est considéré comme un facteur de vulnérabilité par précarité financière mais n'est pas un signe d'appel de maltraitance**.

L'article « Reconnaître et prendre en charge la maltraitance », publié en 2016 par le Dr S. Bontemps et al., résume les facteurs de risques et les signaux d'alerte, qui par leurs accumulations doivent faire suspecter une situation d'enfant en danger de maltraitance. Le diagnostic de maltraitance s'appuie sur l'évaluation des facteurs de risque, les lésions constatées, les propos recueillis, ainsi que sur le comportement de l'enfant et de son entourage (32).

L'ouvrage « Maltraitance chez l'enfant » est une ressource complète qui d'après les auteurs devraient être lu par tout médecin. Dans ce livre sont répertoriés tous les éléments cliniques qui doivent faire suspecter une maltraitance (33).

- **Stratégies mises en place :**

Cinquante-cinq participants de notre étude déclarent avoir déjà rédigé une information préoccupante, soit 38,7% de l'ensemble des participants à l'étude. Quarante-vingt-neuf participants de notre étude ont déjà fait face à une situation d'enfant en danger de maltraitance soit 62,7% de notre échantillon. **Lorsque les médecins généralistes se retrouvent face à un enfant en danger, la majorité d'entre eux rédigent une information préoccupante (61,8%).**

Les participants qui n'ont pas rédigé une IP orientent préférentiellement l'enfant vers les urgences pédiatriques ou gèrent la situation seul.

Notre étude a montré un lien statistiquement significatif entre la rédaction d'une information préoccupante et la prise de contact avec la CRIP. Il est essentiel de diffuser les coordonnées de la CRIP auprès des professionnels afin qu'ils puissent facilement contacter cet organisme lorsqu'ils se retrouvent face à ces situations. Il faut s'entourer et discuter entre professionnels pour prendre en charge l'enfant en danger. Prendre seul la décision de rédiger une IP peut être lourde psychologiquement. Avoir un avis extérieur en exposant la situation peut aider le médecin à prendre la meilleure des décisions.

Les médecins qui ont déjà rédigé une information préoccupante ont utilisé le formulaire disponible sur le site du département du Nord (**Annexe 6**) ou du département du Pas-de-Calais (**Annexe 7**) pour 32,7% d'entre eux. Ce faible taux d'utilisation est probablement lié à la difficulté à trouver ce formulaire sur internet. Depuis 2023, le département du Nord a actualisé son site rendant l'accès au formulaire et aux contacts des CRIP beaucoup plus facile.

- **Difficultés émotionnelles :**

Les médecins ayant déjà rédigé une information préoccupante partageaient des difficultés émotionnelles identiques aux personnes qui n'ont pas rédigé d'IP. Ils ont peur de la fausse dénonciation, peur des conséquences notamment pour l'enfant et ils estiment manquer de recul pour prendre la décision de rédiger une IP.

67,8% des personnes qui ont fait face à une situation d'enfant en danger de maltraitance et qui n'ont pas rédigé d'IP, déclarent **manquer de recul sur la situation pour rédiger une IP**. Il faut rappeler que le médecin n'a pas à établir la vérité, ce n'est pas à lui d'enquêter. L'article 43 du Code de déontologie médicale rappelle que le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que ses besoins fondamentaux pour son développement sont compromis par son entourage (34). Lorsqu'un médecin constate qu'un enfant est victime de sévices ou de privations, il doit alerter les autorités judiciaires ou administratives compétentes (35). L'article 434-3 du code pénal rappelle que ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives sur la situation d'un mineur suspecté d'être victime de maltraitance est puni par la loi de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende. Si le défaut d'information concerne la situation d'un enfant âgé de moins de 15 ans les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement de 75 000 € d'amende (36).

Les médecins ont **peur de la fausse dénonciation** et craignent probablement que la démarche puisse se retourner contre eux. Or, signaler un enfant en risque de danger est un devoir légal et déontologique. 23,2% de l'ensemble des participants à notre questionnaire expriment avoir le sentiment de rompre le secret professionnel si une information préoccupante est rédigée. L'article 226-14 du code pénal, délie le médecin du secret médical et l'autorise à informer le procureur ou la CRIP sur la situation d'un enfant en risque de danger de maltraitance. Le médecin n'encourt aucune sanction civile, pénale ou disciplinaire sur la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, sauf si il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi (37).

Nous avons laissé un espace libre d'expression. Les médecins ont déclaré d'autres difficultés émotionnelles qu'ils avaient pu éprouver lors de la rédaction d'une IP comme de la **colère** face un système de protection qui est sous tension, un découragement face à une démarche **qui semble compliquée** et un **sentiment d'impuissance** par l'absence de retour sur les mesures mises en place. Poser le diagnostic est difficile pour de nombreux médecins, par manque de formation et par la solitude ressentie face à ces situations. Toutes ces difficultés ont déjà été évoquées dans d'autres études (28,29,38). Aucune difficulté émotionnelle n'a été éprouvée par 4,5% des médecins déclarant avoir fait face à une maltraitance. Ce taux est comparable à l'étude menée sur les médecins généralistes en Ille-et-Vilaine en 2013 (28).

- **Difficultés techniques**

Les personnes ayant rédigées une information préoccupante ont trouvé la **démarche chronophage** (30,9%). Nous supposons que ceci pourrait constituer un frein à renouveler l'expérience lorsqu'une nouvelle situation de suspicion d'enfant en danger se présente à eux. Ils ont eu des difficultés pour trouver les contacts, adresser l'information préoccupante et trouver le formulaire de l'information préoccupante. Notre guide pratique a pour but de pallier à ces difficultés.

La principale difficulté technique rencontrée par les participants n'ayant pas rédigés d'information préoccupante était **la méconnaissance de la méthode de rédaction de l'IP (58,8%)**. L'utilisation du formulaire du département du Nord ou du Pas-de-Calais aide à la rédaction de l'IP en indiquant les éléments essentiels à renseigner. Les personnes qui ont déjà rédigé une IP déclarent tous avoir déjà contacté les personnes ressources (médecin référent de l'enfant en danger, Unité Accueil Pédiatrique de l'Enfant en Danger, médecins de CRIP, 119...). Il ne faut pas hésiter à contacter les acteurs de la protection de l'enfance pour demander conseils ou être épaulé dans la démarche de rédaction d'une IP. La prise en charge de ces situations doit être pluridisciplinaire et globale, le médecin ne peut gérer ce type de situation complexe seul.

3) Perspectives.

Les Unités d'Accueil Pédiatrique de l'Enfant en Danger (UAPED) qui devraient prochainement être fonctionnelles, seront un recours précieux pour les médecins généralistes. Ces unités auront pour missions la prise en charge de l'enfant en danger immédiat mais aussi l'accompagnement des médecins libéraux pour la prise en charge et l'aide à la rédaction d'une IP. Ces structures se développent petit à petit, depuis 2019 elles sont inscrites dans le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants (39). L'UAPED est déjà effective à l'hôpital de Roubaix. Au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Lille, des consultations de pédiatrie sociale et un réseau de prise en charge de l'enfant en danger sont fonctionnelles. Il manque actuellement une campagne de diffusion auprès des médecins généralistes de l'existence de ces structures avec les contacts directs.

Beaucoup d'espoir se porte aujourd'hui sur les UAPED, qui se basent sur des structures similaires fonctionnelles depuis plusieurs années à l'étranger. Aux États-Unis, les Child Advocacy Centers (CAC) ou dans les pays nordiques, les Barnahus ont déjà fait la preuve de leur efficacité sur la prise en charge globale des victimes sur le plan judiciaire, médical et psychologique. Au sein de ces structures les victimes se sentent protégées et les démarches sont simplifiées car centralisées (40).

La maltraitance est un sujet complexe : aborder avec les parents nos inquiétudes pour un enfant peut être difficile. Des formations avec mises en situation et l'intervention de l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance seraient intéressantes, il s'agit d'une des missions des UAPED.

Il existe peu d'échelle de dépistage de la maltraitance infantile. Son diagnostic repose sur un ensemble de facteurs de risque et de signaux d'alertes.

Des outils diagnostiques des violences physiques se développent: aux Etats-Unis, l'outil de dépistage TEN-4 FACES P, permet de distinguer les ecchymoses accidentelles, des lésions

infligées chez les enfants de moins de 4 ans (41). En France, un algorithme a été envisagé pour repérer les enfants potentiellement victimes de violences physiques à partir des données informatiques des dossiers médicaux des hôpitaux mais cet algorithme reste à améliorer avant de pouvoir être utilisé (42). L'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) dépiste le retrait des enfants entre 2 mois et 2 ans, son utilisation a été validée en France et peut être un outil dans le dépistage des enfants en danger de maltraitance (43). Les échelles sont une aide diagnostique pour les médecins mais ne semblent pas suffisantes face à la complexité et la singularité de chaque situation.

Dans le cadre du nouveau plan interministériel 2023-2027 des violences faites aux enfants, une formation en ligne a été ouverte à tous les professionnels de santé. Cette formation est gratuite et permet grâce à différentes vidéos de comprendre l'amplitude du fléau et les démarches à suivre pour informer les autorités compétentes à travers l'expertise de professionnels de terrain (44).

La fiche guide pratique que nous avons établi a pour objectif d'éclairer et d'accompagner les médecins généralistes dans la rédaction d'une information préoccupante en centralisant les contacts et les liens d'accès vers les formulaires d'IP du Nord et du Pas-de-Calais. Cet outil de poche a pour but de faire gagner du temps et d'encourager les médecins généralistes à rédiger une IP (**Annexe 8**). L'existence d'un outil d'aide à la rédaction d'une IP a déjà fait ses preuves dans l'amélioration des pratiques en Loire Atlantique (45).

V) CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence que le recours à l'information préoccupante est faible notamment à cause des difficultés à repérer les situations d'enfant en danger et à en poser le diagnostic. La majorité des médecins qui suspectent un enfant en danger connaissent la CRIP et rédigent une information préoccupante. Les médecins qui n'ont pas eu recours à l'IP face à une suspicion d'enfant en danger, ont été freinés principalement par la méconnaissance de la méthode de rédaction de l'IP et les difficultés émotionnelles telles que la peur de la fausse dénonciation, la peur des conséquences pour l'enfant et le sentiment de manquer de recul pour rédiger une IP. Le médecin ne doit pas rester seul, il est important d'être entouré notamment par les acteurs de la protection de l'enfance pour prendre en charge ces situations. La protection des enfants devrait être supérieure aux appréhensions des médecins.

Nous proposons des pistes d'amélioration dans le but d'encourager à la rédaction d'une IP

(Figure 9) :

- La **sensibilisation** des professionnels aux maltraitances infantiles. Nous avons mis en évidence que la connaissance de la prévalence de la maltraitance infantile est associée à une sensibilisation et à un meilleur repérage des situations d'enfants en danger de maltraitance. Produire des chiffres sur la maltraitance et les diffuser permet d'éveiller les consciences et rendre compte qu'il ne s'agit pas d'un évènement rare. Tout médecin au cours de sa carrière a été, est, et sera confronté à des situations d'enfant en danger. Il est important de diffuser les contacts et les ressources utiles aux médecins généralistes pour la rédaction de l'IP.
- La **formation** des professionnels au repérage, à la rédaction de l'IP et à l'annonce du diagnostic aux familles est essentielle. Les situations ne sont pas toujours visibles, c'est au médecin d'être attentif à l'ensemble des facteurs de risques et aux signaux d'alerte. Il faut favoriser l'utilisation des formulaires de l'IP réalisés par les départements afin de

collecter le maximum d'informations utiles à l'enquête de la CRIP mais aussi pour faciliter la rédaction de l'IP par le médecin.

- **L'accompagnement** des médecins généralistes. La rédaction d'une IP peut mettre le médecin dans une situation d'inconfort émotionnel. Pour limiter l'impact, il est essentiel de s'entourer et de discuter avec les acteurs de la protection de l'enfance. Le médecin généraliste a besoin de connaître ses droits pour mieux se sentir protégé lors de la rédaction d'une IP. De plus, informer le médecin généraliste des suites de l'IP, lui permettrait d'être inclus dans la prise en charge globale de l'enfant et engendrerait un renforcement positif de l'utilité de son action.

Notre travail a été un moyen de diffusion d'un guide pratique d'aide à la rédaction d'une information préoccupante pour les médecins généralistes, il serait intéressant d'en étudier l'impact sur les pratiques des médecins du Nord et du Pas-de-Calais dans un futur travail.

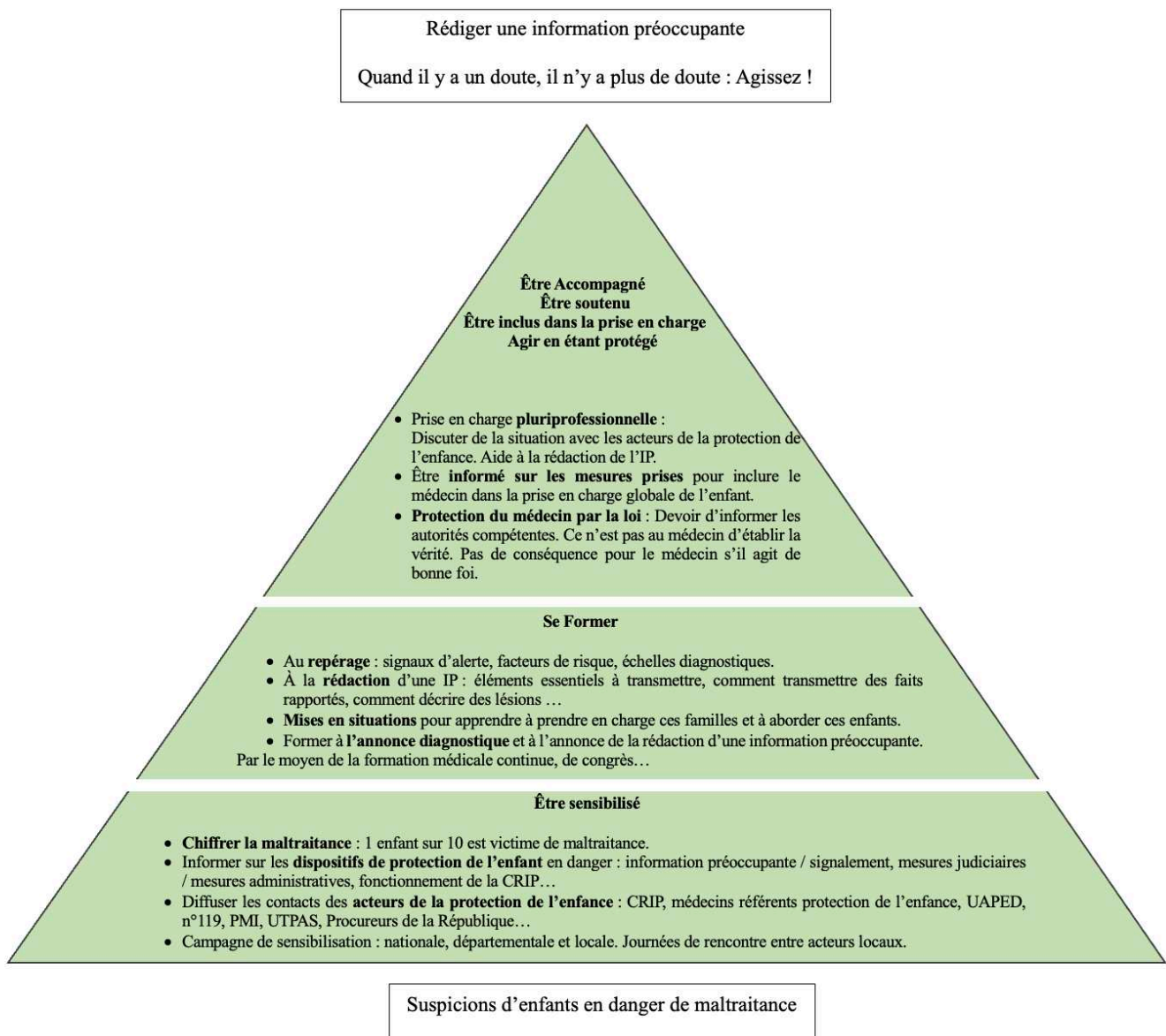


Figure 9: Pistes d'améliorations pour répondre aux besoins des médecins généralistes et encourager à la rédaction d'une IP face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Traullé F. Enfants maltraités : à Béthune, le procès d'une violence « quotidienne, banalisée ». Le Monde.fr [Internet]. 25 janv 2023 [cité 21 févr 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/01/25/enfants-maltraites-a-bethune-le-proces-d-une-violence-quotidienne-banalisee_6159172_3224.html
2. gouvernement.fr [Internet]. 2023 [cité 1 nov 2023]. Une campagne pour lutter contre les violences sexuelles faites aux enfants. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/actualite/le-gouvernement-contre-les-violences-sexuelles-faites-aux-enfants>
3. Synthèse - Violences sexuelles faites aux enfants: « on voit croit » [Internet]. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants; 2023 nov [cité 18 nov 2023] p. 34. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2023/11/Synthese-VF.pdf>
4. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. Arch Pédiatrie. juin 2009;16(6):936-9.
5. Tursz A, Crost, Gerbouin-Rerolle, Beaute. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? BEH. 2008;(3-4):25-8.
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. janv 2009;373(9657):68-81.
7. ONPE. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2021 [Internet]. 2023 mars [cité 1 nov 2023] p. 2-15. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_pe_2021_web.pdf
8. La maltraitance des enfants [Internet]. [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
9. Gabel M, Padiou C. L'observation de l'enfance en danger: guide méthodologique. Éd. rev. et complétée. Paris: Odas éd; 2001. (Collection dirigée par Jean-Louis Sanchez).
10. Tardieu A. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Ann Hyg Med Leg 1860; 13:361-98.
11. Kempe H, C H et al. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 1962;181:17-24.
12. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, et al. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. Am J Prev Med. nov 2009;37(5):389-96.
13. Kairys S. Child Abuse and Neglect. Pediatr Clin North Am. avr 2020;67(2):325-39.
14. Hélie S, Clément MÈ. Effet à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. 2019;26-27:520-5.
15. Chen E, Turiano NA, Mroczek DK, Miller GE. Association of Reports of Childhood Abuse and All-Cause Mortality Rates in Women. JAMA Psychiatry. 1 sept 2016;73(9):920.
16. Tursz A, éditeur. Les violences faites aux enfants: Actes de colloque Sénat, le 14 juin 2013. Paris: La Documentation Française; 2015. 166 p.
17. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
18. Article R226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028251430
19. Kahn-Bensaude DI, Faroudja DJM. Signalement et information préoccupante. Ordre National des médecins; 2016 févr.
20. Tursz A, Greco C. La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? Arch Pédiatrie. juill 2012;19(7):680-3.

21. Article 3 - Décret n° 2021-1516 du 23 novembre 2021 tendant à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044359485
22. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, mise à jour juillet 2017. [Internet]. [cité 5 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 17 juill 2021]. Le médecin face à la maltraitance. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/medecin-face-maltraitance>
24. Enquête nationale informations préoccupantes. [Internet]. ONED; 2011 oct [cité 17 sept 2023]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf
25. Schom AC. Schom AC, Jamet L, Oui A. Maltraitance intrafamiliale envers les enfants : définitions d'une notion équivoque. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):514-9.
26. Article 23 - LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045133802
27. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2020. [Internet]. Conseil National de l'ordre des médecins; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
28. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun JF, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Arch Pédiatrie. janv 2016;23(1):21-6.
29. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. Ethics Med Public Health. janv 2015;1(1):11-8.
30. Spencer N. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. J Epidemiol Community Health. 1 avr 2006;60(4):337-40.
31. Lane WG. Racial Differences in the Evaluation of Pediatric Fractures for Physical Abuse. JAMA. 2 oct 2002;288(13):1603.
32. Bontemps S, Matthews-Gaulon A, Dubos F, Martinot A. Reconnaître et prendre en charge la maltraitance chez l'enfant. Médecine Intensive Réanimation. 14 mars 2016;25(Suppl. 2):S107-14.
33. Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier. Paris: Médecine sciences publications; 2013.
34. Code de déontologie médicale- Article 43 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680549/1995-09-08
35. Code de déontologie médicale - Article 44 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680550
36. Code pénal - Article 434-3 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453
37. Code pénal - Article 226-14 - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223
38. Salomon M, Baccino E, Rodrigues F. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. Rev Médecine Légale. 1 mars 2021;12(1):35-44.
39. Instruction n° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. Direction générale de l'offre de soins (DGOS); 2021 nov [cité 20 nov 2023] p. 7. Report No.: SSAH2132971J. Disponible sur: https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf

40. Balençon M. Pédiatrie médico-légale: mineurs en danger du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020.
41. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 14 avr 2021;4(4):e215832.
42. Loiseau M. Valeur prédictive positive d'un algorithme de repérage des enfants maltraités physiquement, âgés de 0 à 5 ans / Positive predictive value of an algorithm for identifying physically abused children aged 0-5 years.
43. Guédeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Enfant*. 2001;44(1):211-31.
44. Ma formation médicale: Enfants et adolescents en danger repérage et prise en charge. [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.maformationmedicale.fr/landing/enfants-et-adolescents-en-danger-reperage-et-prise-en-charge-par-les-professionnels-en-sante>
45. Michaud E, Fleury J, Launay E, Pendezec G, Gras-Le-Guen C, Vabres N. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. *Arch Pédiatrie*. nov 2017;24(11):1103-10.

Annexe 1: Cartographie des principaux chiffres disponibles permettant de quantifier la maltraitance infantile intrafamiliale en France en population générale.

Chiffres les maltraitements infantiles intrafamiliales **Fiche synthétique 1**

Cartographie des principaux chiffres disponibles permettant de quantifier la maltraitance infantile intrafamiliale en France en population générale

<p>de plus de 20 ans déclareraient avoir subi au moins une violence physique avant l'âge de 18 ans dans un cadre familial ou proche.</p> <p>7,7 % des ♀ En 2015, 7,2 % des ♂</p>	<p>de plus de 20 ans déclareraient avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans dans un cadre familial ou proche.</p> <p>4,6 % des ♀ En 2015, 0,7 % des ♂</p>	<p>victimes mineures au moment des faits de violences sexuelles commises dans un cadre intrafamilial ont été enregistrées par les forces de l'ordre.</p> <p>11 085</p>
<p>de plus de 18 ans déclareraient avoir subi des violences physiques avant l'âge de 15 ans de la part de l'un de ses parents, ou les deux.</p> <p>12,0 % des ♀ En 2021, 12,2 % des ♂</p>	<p>de plus de 20 ans déclareraient avoir subi un viol ou une tentative de viol avant l'âge de 18 ans dans un cadre familial ou proche.</p> <p>1,5 % des ♀ En 2015, 0,3 % des ♂</p>	<p>de plus de 20 ans déclareraient avoir été confrontés à des rapports forcés ou des tentatives avant l'âge de 18 ans par un membre de la famille ou par une personne connue de la victime.</p> <p>5,3 % des ♀ En 2016, 1,8 % des ♂</p>
<p>victimes mineures au moment des faits de violence physique dans un cadre intrafamilial ont été enregistrés par les forces de l'ordre.</p> <p>33 468</p>	<p>de plus de 18 ans déclareraient avoir subi un abus sexuel avant l'âge de 18 ans par un membre de la famille.</p> <p>5,8 % des ♀ En 2020, 1,5 % des ♂</p>	<p>de plus de 18 ans déclareraient avoir été victime d'inceste durant l'enfance ou l'adolescence.</p> <p>9 % des ♀ 6 % des ♀ et ♂ En 2015, 10 % des ♀ et ♂ En 2020,</p>
<p>mineurs sont décédés des suites d'un infanticide dans un cadre intrafamilial.</p> <p>49</p>	<p>de plus de 18 ans déclareraient avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans dans le cadre intrafamilial.</p> <p>6,1 % des ♀ En 2021, 1,8 % des ♂</p>	

<p>de plus de 20 ans déclareraient avoir été exposés à la violence psychologique avant l'âge de 18 ans dans un cadre familial ou proche.</p> <p>14,2 % des ♀ En 2015, 9,5 % des ♂</p>	<p>des enfants âgés de moins de 18 ans vivaient dans un ménage où une femme a été victime de violences conjugales l'année précédant l'enquête, représentant près de 143 000 enfants.</p> <p>1 %</p>	<p>des plus de 18 ans déclareraient avoir été témoins avant l'âge de 15 ans d'un climat de violences entre ses parents.</p> <p>14,9 % des ♀ En 2021, 9,8 % des ♂</p>
<p>de plus de 18 ans déclareraient avoir subi des violences psychologiques avant l'âge de 15 ans dans un cadre intrafamilial.</p> <p>7,6 % des ♀ En 2021, 3,1 % des ♂</p>	<p>des plus de 20 ans déclareraient avoir subi des sévices ou coups répétés sur sa mère, commis par le père.</p> <p>0,9 % des ♀ et ♂ En 2015,</p>	<p>décès d'enfants ont été enregistrés par les forces de l'ordre dans le cadre de violences conjugales.</p> <p>12</p>
	<p>des plus de 20 ans déclareraient avoir subi des sévices ou coups répétés durant l'enfance, sur son père, commis par la mère.</p> <p>0,1 % des ♀ et ♂ En 2019,</p>	<p>enfants sont devenus orphelins de père, ou de mère, ou des deux parents consécutivement à une situation de mort violente au sein du couple.</p> <p>105</p>
	<p>enfants étaient co-victimes de violences conjugales.</p> <p>398 310</p>	
	<p>mineurs concernés par les situations de violences conjugales.</p> <p>19 598</p>	

FOCUS

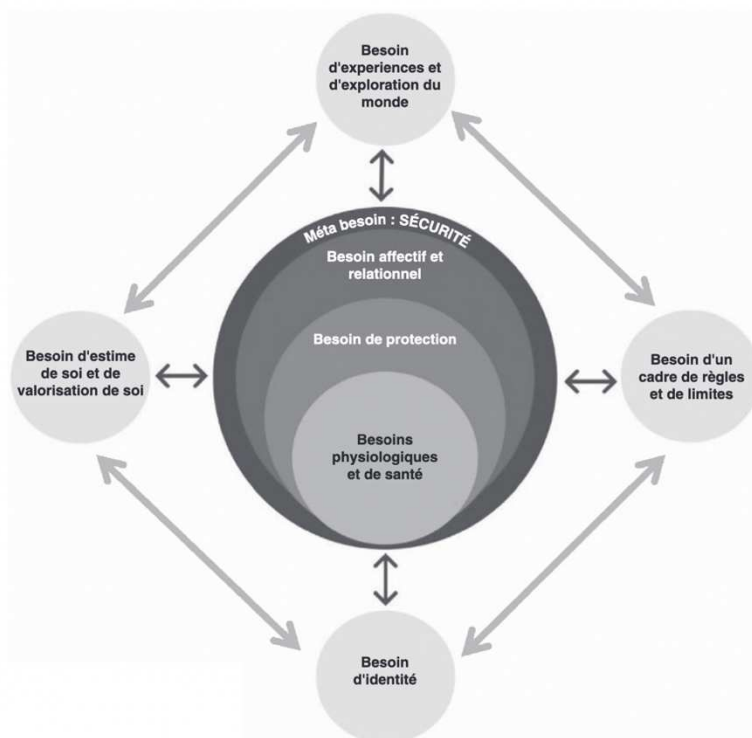
Les maltraitements chez les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance

Ces enfants sont particulièrement susceptibles d'avoir été ou d'être exposés à la maltraitance intrafamiliale puisqu'ils sont par définition en danger ou en risque de l'être (art. L221-1 du CASF). Pour autant, les données disponibles en la matière manquent pour mesurer précisément la part et les besoins des enfants concernés. Une recherche¹ réalisée en 2007-2008 dans deux départements à partir de l'étude de dossiers d'enfants ayant connu au moins un placement, montre que 45 % des 809 enfants de la cohorte étudiée ont subi au moins un type de maltraitance. Les violences ont pu être révélées en amont de la prise en charge, la justifiant, ou au cours de la prise en charge entraînant ou non une modification de celle-ci. L'étude montre que bien souvent, la maltraitance subie par les enfants protégés est révélée non pas à l'entrée du dispositif de protection de l'enfance mais au cours de la prise en charge.

1. Frechon, I. (dir.), *Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoire des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. Paris : INED, 2009.

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) – Groupement d'intérêt public Enfance en danger (Gipeed)
<https://www.onpe.gouv.fr> – BP 30302 – 75823 Paris Cedex 17 – Tél : +33 (0)1 53 06 68 68

Annexe 2 : Cartes des besoins fondamentaux universels de l'enfant. Extrait de Martin-Blachais M.P. Démarches de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, en février 2017.



Annexe 3 : Questionnaire.

Partie A : Population étudiée
A1 : Genre : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre
A2 : Âge :
A3 : Département dans lequel vous exercez : <input type="checkbox"/> Nord <input type="checkbox"/> Pas-de-Calais <input type="checkbox"/> Autre
A4 : Votre lieu d'exercice : <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Semi-urbain <input type="checkbox"/> Urbain
A5 : Type d'exercice : <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Vacation de PMI, médecine scolaire, médecin de crèche, vacation aux urgences pédiatriques <input type="checkbox"/> Cabinet de groupe <input type="checkbox"/> Maison Pluriprofessionnelle de Santé (MSP) <input type="checkbox"/> Cabinet seul <input type="checkbox"/> Autre
A6 : Proportion d'activité pédiatrique : <input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> 10-30%

- 30-50%
- >50%

A7 : Avez-vous déjà participé à une formation sur la maltraitance infantile (congrès, FMC sur la maltraitance, DPC, AUEC pédiatrie pratique, DU pédiatrie, Autre) ?

- Oui
- Non

Partie B : Généralités sur la maltraitance.

B1 : D'après vous, dans les pays développés, le taux d'enfants maltraités est de

- 1/1000
- 1/100
- 1/10

B2 : Connaissez-vous la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) ?

- Oui
- Non

Partie C : Pratique face à la maltraitance.

C1 : Avez-vous déjà fait face à une situation d'enfant en danger de maltraitance, au cabinet médical ?

- Oui
- Non

C2 : Quels sont les éléments que vous analysez lorsque vous êtes face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance ?

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Vaccination à jour |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Nomadisme médical |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Hospitalisations récurrentes |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Récurrence des consultations aux urgences pour traumatisme |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Prématurité |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Hospitalisation longue en néonatalogie |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Retard de recours aux soins |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Incohérence entre l'explication donnée par les parents et la clinique |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | La désignation d'un tiers comme responsable d'un traumatisme ou accident |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Relationnel inadapté du parent avec l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Consultations de suivi non effectuées |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Enfant violent |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Dépression chez l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Changement de comportement de l'enfant, chute des notes à l'école |
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais | Le bas niveau socio-économique de la famille |

C3 : Face à des situations d'enfant en danger, comment avez-vous réagit ?

- Vous avez géré la situation seul, avec un suivi régulier.
- Vous avez orienté l'enfant vers les urgences les plus proches.
- Vous avez appelé le 119
- Vous avez rédigé une information préoccupante
- Vous n'avez jamais été confronté à cette situation
- Autre

C4 : Avez-vous déjà rédigé une information préoccupante ?

- Oui
- Non

C5 : Pour rédiger votre information préoccupante, vous ?

- Rédigez une lettre
- Utilisez le formulaire information préoccupante mis en ligne par le département
- Utilisez le formulaire information préoccupante trouvé sur le site d'autres départements
- Utilisez le formulaire signalement de l'ordre des médecins
- N'avez pas trouvé le formulaire en ligne
- Utilisez le document présent sur votre logiciel métier
- Contactez le 119
- Vous n'avez jamais rédigé d'information préoccupante
- Autre

C6 : Face à une situation de suspicion d'enfant en danger au cours d'une consultation de médecine générale, qui avez-vous déjà contacté pour vous épauler dans votre prise en charge ?

- Urgences pédiatriques
- PMI
- 119
- Ordre des médecins
- 17
- CRIP
- Vous n'avez contacté personne
- Vous n'avez pas fait face à une telle situation
- Autre

C7 : Quelles sont les difficultés émotionnelles que vous rencontrez face à ces situations ?

- Peur des représailles
- Peur des conséquences, notamment placement de l'enfant
- Sentiment de rompre le secret professionnel
- Peur de la fausse dénonciation
- Manque d'éléments et de recul pour prendre une décision
- Vous considérez que ce n'est pas à vous de faire cela
- Peur pour votre propre sécurité
- Peur de rompre le lien avec la famille
- Autre

C8 : Quelles sont les difficultés techniques que vous rencontrez lors de la rédaction d'une information préoccupante ?

- Vous ne connaissez pas l'information préoccupante.
- Ne pas trouvez les contacts (e-mail, téléphone, fax) pour adresser l'information préoccupante.
- Ne pas savoir comment rédiger une information préoccupante.
- Absence de formulaire pour rédiger une information préoccupante.
- La procédure est chronophage.
- La démarche n'étant pas anonyme, vous préférez passer par un autre moyen.
- Autre



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Etude quantitative des stratégies en place et leurs raisons par les médecins généralistes du Nord face à l'enfant en situation de danger de maltraitance
Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Charles CAUET
Interlocuteur (s) : Mme Chloé HEN

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 1^{er} mars 2023

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5: Échelle STROBE.

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Continued on next page

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

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 : Adresse : Téléphone : Nom : Fonction : Téléphone (ligne directe) : Mail :	Si différente du déclarant, personne à contacter pour avoir des précisions Nom : Fonction : Téléphone (ligne directe) : Mail :	Prénom : Prénom :
---	--	----------------------

Identité du (ou des) enfant(s) 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 : Adresse de résidence de l'enfant* :	Age :	Lien avec 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 :		

Nom de l'enfant* : Prénom de l'enfant* : Date de naissance : Adresse de résidence de l'enfant* :	Age :	Lien avec 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 :		

Nom de l'enfant* : Prénom de l'enfant* : Date de naissance : Adresse de résidence de l'enfant* :	Age :
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 :

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	<input type="checkbox"/>
Santé en danger ou en risque de danger <small>Exemples : défaut de soin, lésions physiques, absences à des rendez-vous médicaux...</small>	<input type="checkbox"/>
Sécurité en danger ou en risque de danger <small>Exemples : violences physiques ou psychologiques, accidents domestiques...</small>	<input type="checkbox"/>
Moralité en danger ou en risque de danger <small>Exemples : pornographie, mendicité...</small>	<input type="checkbox"/>
Condition d'éducation gravement compromise ou en risque de l'être <small>Exemples : déscolarisation, alcoolisme, tabacisme...</small>	<input type="checkbox"/>
Conditions de développement physique, intellectuel, affectif ou social gravement compromises ou en risque de l'être <small>Exemples : attitudes phobiques, comportement sexuel inadapté, développement staturé-pondéral non satisfaisant</small>	<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 récurrents ? 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.

Annexe 7: Formulaire information préoccupante département du Pas-de-Calais.



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 PREOCCUPANTE:

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

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

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 :

1/5

(IP-1)

	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 (grands-parents, oncle, tante...)		
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 (à préciser)		
5. avec son père dans une famille recomposée			

AUTRES ENFANTS PRÉSENTS AU FOYER :

NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

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

NOM	PRÉNOM	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"/>		

3/5

(IP-1)

2/5

(IP-1)

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)

4/5

(IP-1)

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 :

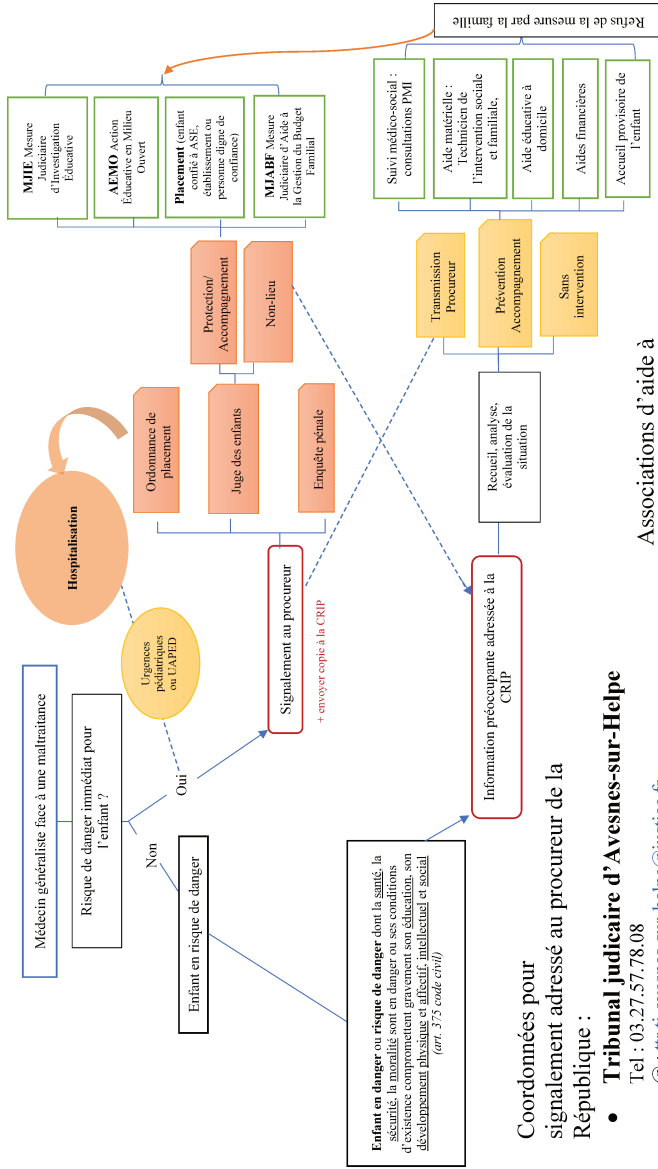
Signature :



Guide pratique : Rédaction d'une information préoccupante par les médecins généralistes du Nord.



Document réalisé par HEN Chloé dans le cadre de sa thèse de médecine générale sous la direction du Dr CAUET Charles (2023), Lille.



1 enfant sur 10 est victime de mauvais traitements

Le Code pénal (art. 226-14) et le Code de santé publique (art. R4127-44) obligent le médecin à déroger au secret professionnel et notamment au secret médical dans les situations de maltraitance chez les mineurs

Ne restez pas seul face à la maltraitance. Contactez les services de protection de l'enfance pour vous épauler dans les démarches.

Vous n'avez pas à établir la vérité.



L'information préoccupante C'est quoi ?

Un écrit (lettre, mail ou formulaire du département) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un enfant pouvant laisser craindre :

- Que sa **santé**, sa **sécurité** ou sa **moralité** sont en danger ou risque de l'être.
- Que les **conditions d'éducation**, de **développement physique, affectif, intellectuel** et **social** sont gravement compromises ou risquent de l'être.

L'information préoccupante est envoyée à la Cellule de Recueil, d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP) de rattachement du lieu d'habitation de l'enfant.

Informez si possible, la famille de la rédaction d'une information préoccupante.

Vous n'avez pas à être certain des éléments d'inquiétudes, **une simple suspicion suffit pour rédiger une information préoccupante.**

L'information préoccupante est différente du **signalement** ; ce dernier est un écrit adressé au procureur de la République pour la **mise en place immédiate d'une protection de l'enfant en danger grave et immédiat.**

Les décisions après évaluation par la CRIP, délai d'environ 3 mois :

- Sans intervention
- Mesures préventions/accompagnements :
 - Suivi en PMI
 - Aide humaine : Technicien de l'intervention sociale et familiale, auxiliaires de vie
 - Aide éducative à domicile
 - Aides financières, aides à la gestion du budget
 - Accueil provisoire de l'enfant
- Transmission au procureur de la République



Comment rédiger une Information préoccupante ?

Trame sur le site Département du Nord :

<https://services.lenord.fr/transmettre-une-information-preoccupante-au-departement>

Éléments à recueillir :

- **Identification membres de la famille** (donner noms, prénoms et dates de naissance de tous les enfants), lien de parenté, détection de l'autorité parentale. Adresse et téléphone. Adresse de résidence de l'enfant.
- **Identification du rédacteur** de l'information préoccupante et coordonnées (afin de pouvoir être contacté si nécessaire d'informations complémentaires).
- Description des **éléments d'inquiétudes**
 - Ce qui vous a été confié (au conditionnel, entre guillemets)
 - Examen clinique descriptif des lésions visibles
 - Relationnel accompagnants/enfants
 - Attitude de l'enfant
- Suivi médical de l'enfant : médecin traitant connu, suivi PMI, vaccination à jour, consultations obligatoires réalisées.

S'entourer face à la suspicion de maltraitance :

- **Médecin référent protection de l'enfance du Nord** : Dr TERNEL Valérie.
Tel : 03.59.73.80.16
- **Médecin référent enfance en danger CHU Lille** : Dr MATTHEWS Anne
La **PMI** du secteur : Coordonnées à retrouver sur <https://allopmi.fr/nord-59/>
- **Le 119** : numéro enfant en danger
- **L'ordre des médecins du Nord**
Tel : 03.20.31.10.23
- **Prochainement les UPAPED** : Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger, prise en charge globale des enfants en danger, mise à l'abri, examen clinique et interrogatoire judiciaire dans le même établissement.

A qui adresser l'IP ?



CRIP du nord

Ouvert de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30

Tel : 03.59.73.80.16

@ : infopreoccupante@lenord.fr

CRIP Avesnes

Tel : 03.59.73.18.40

@ : crip-dta@lenord.fr

CRIP Cambrai

Tel : 03.59.73.39.09

@ : crip-dtc@lenord.fr

CRIP Douai

Tel : 03.59.73.31.50

@ : crip-dtd@lenord.fr

CRIP Flandres intérieures

Tel : 03.59.73.42.30

@ : crip-dtff@lenord.fr

CRIP Flandres maritimes

Tel : 03.59.73.41.10

@ : crip-dtffm@lenord.fr

CRIP Lille Métropole

Tel : 03.59.73.75.10

@ : crip-dtml@lenord.fr

CRIP Roubaix/Tourcoing

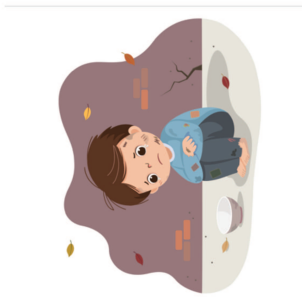
Tel : 03.59.73.03.80

@ : crip-dtmrt@lenord.fr

CRIP Valenciennes

Tel : 03.59.73.29.70

@ : crip-dtv@lenord.fr

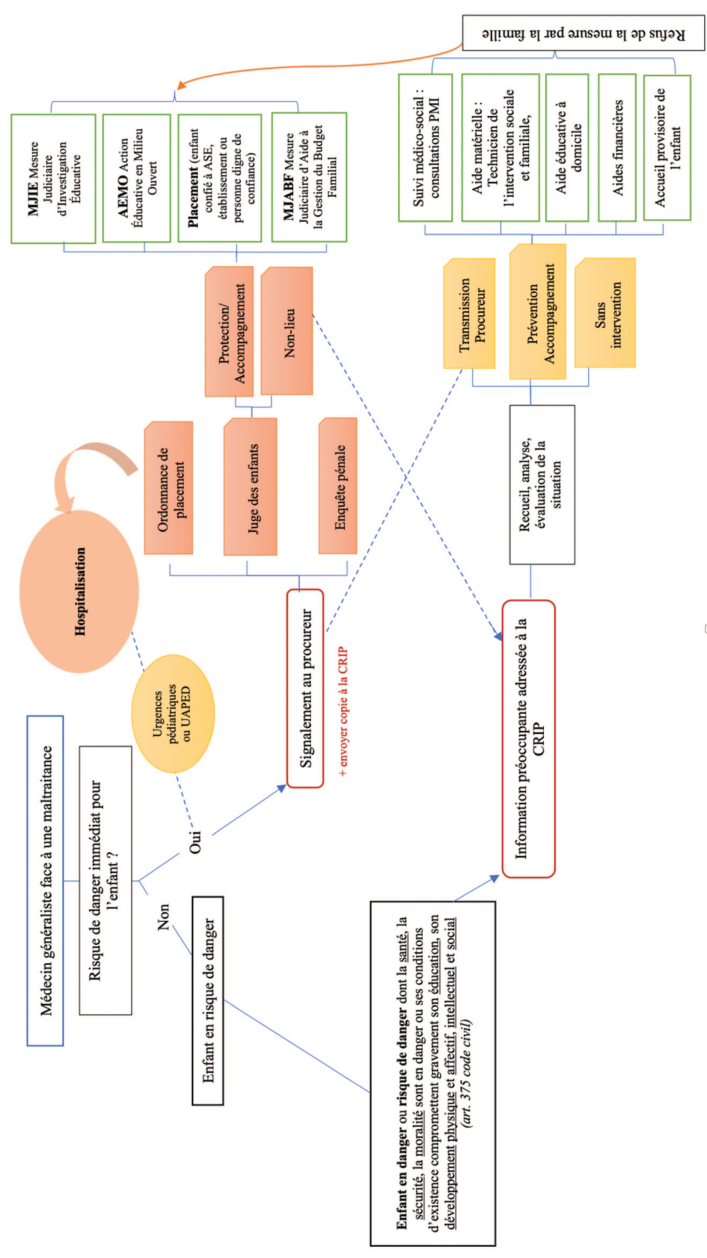


Guide pratique :

Rédaction d'une information préoccupante par les médecins généralistes du Pas-De-Calais.



Document réalisé par ILEN Chioé dans le cadre de sa thèse de médecine générale sous la direction du Dr CAUJET Charles (2023) Lille.



Coordonnées pour signalement adressé au procureur de la République :

- **Tribunal judiciaire d'Arras**
Tel : 03.21.51.52.06
@ : accueil-arras@justice.fr
- **Tribunal judiciaire de Béthune**
Tel : 03.21.68.72.00
@ : igi-bethune@justice.fr
- **Tribunal judiciaire de Boulogne-sur-Mer**
Tel : 03.21.99.61.00
Fax : 03.21.99.61.35
@ : ijl-boulogne-sur-mer@justice.fr
- **Tribunal judiciaire de Saint-Omer**
Tel : 03.21.98.79.70
@ : accueil-st-omer@justice.fr
@ : tpe.st-omer@justice.fr

Associations d'aide à l'enfance :

- **La voix de l'enfant**
Tel : 01.56.96.03.00
- **L'enfant bleu enfants maltraités**
Tel : 01.56.56.62.62
- **Stop maltraitance/ Enfance et partage**
Tel : 0800051234

Associations pour les professionnels (congrès, conférences) :

- **Les maux pour le dire :**
<https://lesmauxlesmotspourledire.fr>



L'information préoccupante C'est quoi ?

Un écrit (lettre, mail ou formulaire du département) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un enfant pouvant laisser craindre :

- Que sa **santé**, sa **sécurité** ou sa **moralité** sont en danger ou risque de l'être.
- Que les **conditions d'éducation**, de **développement physique, affectif, intellectuel et social** sont gravement compromises ou risquent de l'être.

L'information préoccupante est envoyée à la Cellule de Recueil, d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP) de rattachement du lieu d'habitation de l'enfant.

Informé si possible, la famille de la rédaction d'une information préoccupante.

Vous n'avez pas à être certain des éléments d'inquiétudes, **une simple suspicion suffit pour rédiger une information préoccupante.**

L'information préoccupante est différente du **signalement** ; ce dernier est un écrit adressé au procureur de la République pour la mise en place immédiate d'une protection de l'enfant en danger grave et immédiat.

Les décisions après évaluation par la CRIP, délai d'environ 3 mois :

- Sans intervention
- Mesures préventives/accompagnements :
 - Suivi en PMI
 - Aide humaine : Technicien de l'intervention sociale et familiale, auxiliaires de vie
 - Aide éducative à domicile
 - Aides financières, aides à la gestion du budget
 - Accueil provisoire de l'enfant
- Transmission au procureur de la République



Comment rédiger une Information préoccupante ?

Trame d'information préoccupante pour le Pas-De-Calais : https://fenbouloenne2.etab.ac-lille.fr/files/2014/11/Reveil_information_preoccupante.pdf

Éléments à recueillir :

- **Identification membres de la famille** (donner noms, prénoms et dates de naissance de tous les enfants), lien de parenté, détention de l'autorité parentale. Adresse et téléphone. Adresse de résidence de l'enfant.
- **Identification du rédacteur** de l'information préoccupante et coordonnées (afin de pouvoir être contacté si nécessaire d'informations complémentaires).
- **Description des éléments d'inquiétudes**
 - Ce qui vous a été confié (au conditionnel, entre guillemets)
 - Examen clinique descriptif des lésions visibles
 - Relationnel accompagnants/enfants
 - Attitude de l'enfant
- Suivi médical de l'enfant : médecin traitant connu, suivi PMI, vaccination à jour, consultations obligatoires réalisées.

S'entourer face à la suspicion de maltraitance :

- **Médecins référents des CRIP** : Vous pouvez contacter le médecin référent dans chaque CRIP, pour vous accompagner, lorsque vous êtes témoin d'un enfant en danger.
- **Médecin référent protection de l'enfance du Pas-De-Calais** : Dr. LIPARI Agathe
Tel : 03 21 21 89 89
- **Médecin référent enfance en danger CHU Lille** : Dr. MATTHEWS Anne
- La **PMI** du secteur : Coordonnées à retrouver sur <https://allopmi.fr/pas-de-calais-62/>
- Le **119** : numéro enfant en danger
- **L'ordre des médecins du Pas-De-Calais**
Tel : 03 21 63 41 80
- Prochainement les **UAPED** : Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger, prise en charge globale des enfants en danger, mise à l'abri, examen clinique et interrogatoire judiciaire dans le même établissement.

A qui adresser l'IP ?

CRIP Pas-De-Calais

@ : informationspreoccupantes@pasdecals.fr

Tel : 03 21 21 89 89

Fax : 03 21 60 41 35

Les signes d'alerte :

	Lié à l'enfant	Lié à l'environnement, famille/entourage
Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prématurité ▪ Séparation précoce mère/enfant ▪ Jeune âge ▪ Handicap ▪ Trouble du développement, comportement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éléments perturbants ▪ Attachement (dépression post-partum, séparation néonatale) ▪ Acte de violence subies dans l'enfance ▪ Violences conjugales ▪ Addictions ▪ Isolement social ▪ Troubles psychopathologiques ▪ Retard de recours aux soins. ▪ Agressivité ▪ Troubles du comportement dû à la consommation de toxiques ▪ Refus de la prise en charge médicale ▪ Chantage, manipulation, menaces ▪ Attitude avec l'enfant inadaptée : humiliation, rejet, froid, désintérêt de l'état de l'enfant, minimisation des lésions ou de l'état émotionnel...
Signes d'alertes devant faire penser à une possible maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pleurs inconsolables du nourrisson avec parents épuisés. ▪ Incohérence entre lésion et niveau de développement/ explication données ▪ Plaintes somatiques récurrentes sans étologies claires ▪ Accidents domestiques répétés ▪ Mal être, tentative de suicide ▪ Fugues, conduite à risque ▪ Chute des résultats scolaires, ▪ Manque d'hygiène, vêtements inadaptés 	

Vous n'avez pas à établir la vérité.

1 enfant sur 10 est victime de mauvais traitement

Le Code pénal (art. 226-14) et le Code de santé publique (art. R4127-44) obligent le médecin à déroger au secret professionnel et notamment au secret médical dans les situations de maltraitance chez les mineurs

Ne restez pas seul face à la maltraitance.

Contactez les services de protection de l'enfance pour vous épauler dans les démarches.

AUTEURE : Nom : HEN

Prénom : Chloé

Date de soutenance : 12 janvier 2024

Titre de la thèse : L'utilisation de l'information préoccupante par les médecins généralistes face à une situation d'enfant en danger de maltraitance. Étude quantitative menée dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *DES de médecine générale*

Mots-clés : maltraitance infantile, protection de l'enfance, information préoccupante

Résumé :

INTRODUCTION :

La maltraitance infantile touche 1 enfant sur 10 dans les pays développés. Seulement 1% des informations préoccupantes sont rédigées par des médecins libéraux. L'objectif principal de notre étude est d'étudier l'utilisation de l'information préoccupante par les médecins généralistes face à une situation d'enfant en danger de maltraitance dans le Nord et le Pas-de-Calais.

MATERIELS ET METHODES :

Étude quantitative descriptive transversale menée dans le Nord-Pas-de-Calais du 24/07/2023 au 05/09/2023. Le questionnaire a été diffusé par mail aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et sur internet. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel EasyMedStat®. L'analyse statistique comparative a été réalisée à l'aide des tests Chi-2 et Fisher avec un seuil de significativité $p < 0,05$, le risque α étant de 5 %. L'étude a été menée de manière à répondre aux critères de qualité STROBE.

RESULTATS :

Au total 142 questionnaires ont été analysées. La prévalence de la maltraitance infantile est sous-estimée par 73,9% des participants. La CRIP est connue par 76,1% des participants. Face à une situation d'enfant en danger de maltraitance 61,8% des médecins rédigent une IP. Les difficultés à la rédaction d'une IP sont : la complexité à identifier les situations d'enfant en danger, les difficultés émotionnelles et les difficultés techniques tel que la méconnaissance de la méthode de rédaction d'une IP.

CONCLUSION :

Le recours à l'information préoccupante est faible par les difficultés à repérer les situations d'enfant en danger et à en poser le diagnostic. Sensibiliser les médecins à la maltraitance permet d'améliorer le repérage des situations d'enfant en danger. La formation des médecins à la rédaction de l'IP et la diffusion des contacts de la protection infantile est essentiel. Le médecin ne doit pas rester seul face à ces situations et a besoin d'être accompagné dans la prise en charge de l'enfant en danger par les acteurs de la protection de l'enfance.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François DUBOS

Assesseur : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET