



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation d'un dossier médical type pour le bilan médical initial
d'un enfant entrant à l'Aide Sociale à l'Enfance :
applicabilité du point de vue des médecins généralistes du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2025 à 16h
Au Pôle Formation
par Mélanie BLOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseur :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Directrice de thèse :

Madame la Docteur Leslie CHARBONNIER-DINNER

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AED	Action Éducative à Domicile
AEMO	Assistance Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CREAI	Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations
CMP	Centre Médico-Psychologique
DMT	Dossier Médical Type
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAAESF	Mesure Administrative d'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MJIE	Mesure Judiciaire d'Investigation Educative
MJAGBF	Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial
MRPE	Médecin Référent en Protection de l'Enfance
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPE	Projet Pour l'Enfant
ODAS	Observatoire Départemental de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONPE	Observatoire National de la Protection de l'Enfance
ONU	Organisation des Nations Unies

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	3
TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	6
1. DEFINITIONS	6
2. CHIFFRER LA MALTRAITANCE	8
3. CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE INFANTILE SUR LA SANTE	9
4. ORGANISATION DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE	11
4.1. <i>Protection Administrative</i>	12
4.2. <i>Protection Judiciaire</i>	13
4.3. <i>Modalités d'exercice de l'autorité parentale</i>	14
5. SANTE DES ENFANTS PROTEGES	16
6. INSCRIPTION DU BILAN MEDICAL INITIAL DANS LA LOI	18
7. EXPERIMENTATIONS PEGASE ET SANTE PROTEGEE	19
8. DISPOSITIF BILAN DE SANTE DANS LE DEPARTEMENT DU NORD	20
9. OBJECTIFS DE L'ETUDE	21
MATERIEL ET METHODES	22
1. TYPE D'ETUDE	22
2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	22
2.1. <i>Critères d'inclusion</i>	22
2.2. <i>Critères d'exclusion</i>	22
3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	22
3.1. <i>Recherche bibliographique</i>	22
3.2. <i>Rédaction du questionnaire</i>	23
4. DEMARCHES REGLEMENTAIRES	24
5. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET RECUEIL DE DONNEES	24
6. ANALYSES STATISTIQUES	25
RESULTATS	26
1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	27
1.1. <i>Genre</i>	28
1.2. <i>Âge</i>	28
1.3. <i>Mode d'exercice</i>	29
1.4. <i>Zone d'exercice</i>	30
1.5. <i>Part d'activité pédiatrique</i>	30
1.6. <i>Proportion de médecins rapportant une mesure de protection dans leur patientèle</i>	30
1.7. <i>Expérience en PMI</i>	31
2. CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES DU BILAN MEDICAL INITIAL D'ENTREE DES ENFANTS A L'ASE	31
2.1. <i>Expérience passée</i>	31
2.2. <i>Connaissance de l'obligation légale de la réalisation du bilan médical initial lors de l'entrée d'un mineur à l'ASE</i>	33
2.3. <i>Connaissance de la cotation en consultation complexe « ASE »</i>	34
2.4. <i>Perception de la rémunération de la cotation ASE</i>	34
3. ANALYSE ET CRITIQUE DU DOSSIER MEDICAL TYPE	35

3.1.	<i>Durée estimée pour remplir le Dossier Médical Type</i>	35
3.2.	<i>Acceptabilité de la durée estimée du remplissage du DMT</i>	36
3.4.	<i>Aide à l'exhaustivité</i>	37
3.5.	<i>Perception par les médecins de difficultés concernant la réalisation du bilan médical initial avec le DMT et de la pertinence des items</i>	37
3.6.	<i>Analyse descriptive des verbatims sur la difficulté et la pertinence des items</i>	39
3.7.	<i>Matériel nécessaire</i>	41
4.	EVALUATION DE LA FICHE SYNTHESE	42
5.	ANALYSE DESCRIPTIVE DES VERBATIMS	45
DISCUSSION		50
1.	PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	50
1.1.	<i>Applicabilité du DMT en médecine générale</i>	50
1.2.	<i>Connaissance du bilan médical initial par les médecins généralistes</i>	52
1.3.	<i>Influence d'une expérience en PMI</i>	52
2.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	53
2.1.	<i>Représentativité</i>	53
2.2.	<i>Limites de l'étude</i>	54
2.3.	<i>Forces de l'étude</i>	54
3.	PERSPECTIVES	56
CONCLUSION		60
TABLE DES FIGURES		61
TABLE DES TABLEAUX		62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		63
ANNEXES		70

INTRODUCTION

1. Définitions

La Convention internationale des Droits de l'Enfant est le premier traité international à énoncer les droits des enfants. Elle a été adoptée le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale de l'ONU et vise à garantir la protection des droits de l'enfant (1, 2). L'article 19 consacre en termes juridiques le besoin de sécurité de l'enfant en le protégeant contre toute forme de violence. Il énonce que « *Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié* » (2).

La définition de la maltraitance la plus communément utilisée est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle définit la maltraitance des enfants comme suit : « *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 des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* » (1).

Ces violences sont distinguées en quatre types : Les violences physiques, psychologiques, sexuelles et la négligence (3).

Afin d'apprécier plus finement les situations de mises en danger, l'Observatoire Départemental de l'Action Sociale (ODAS) a proposé d'établir une distinction dans le terme « Enfants en danger » regroupant tous les enfants dont la situation justifie une intervention (4).

L'enfant maltraité est « *un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* » (4).

L'enfant en risque est « *un enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité* » (4).

Avoir précisé ces termes permet de mieux repérer et d'adapter les réponses en termes de politique de prévention, mais également de prise en charge administrative et judiciaire.

Ainsi, la maltraitance n'est pas considérée uniquement comme un acte de violence volontaire et intentionnelle. Elle peut également se manifester par l'absence de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant : ce qu'on appelle négligence (3). Son caractère passif la rend difficile à percevoir et ses conséquences sont souvent minimisées ou invisibilisées, alors même que ce type de violence est très fréquent. Pour identifier la négligence, il faut identifier les besoins fondamentaux nécessaires au bon développement d'un enfant. Ainsi, cela était l'objectif du travail réalisé en 2017 et dirigé par la Dr Martin-Blachais intitulé « *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* » (5). De ce travail a émergé une notion centrale en protection de l'enfance : la satisfaction du besoin de sécurité physique et affective conditionne la satisfaction des autres besoins. Le besoin de sécurité est donc un méta-besoin, nécessaire tout au long de la vie. (Figure 1)

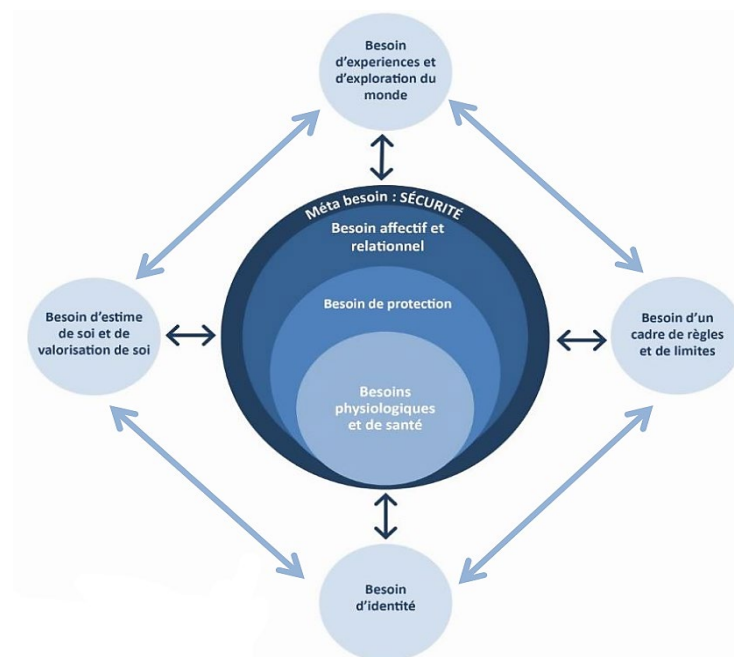


Figure 1: Représentation des besoins fondamentaux de l'enfant (5)

A ces notions s'ajoute une autre forme de violence, reconnue récemment comme telle : les violences conjugales et intrafamiliales. En effet, ces dernières années, la considération des enfants exposés aux violences conjugales a progressé. Initialement considérés comme de simples témoins, ils sont maintenant reconnus en droit français comme des victimes directes de violences conjugales (6, 7). La France a ratifié la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique de 2011 (8). Désormais, l'enfant est considéré comme victime de violence domestique, y compris en tant que témoin de violence au sein de la famille. Cette notion a été renforcée par le décret en date du 23 novembre 2021 établissant le statut de co-victime (9).

2. Chiffrer la maltraitance

Pour se rendre compte de l'ampleur de la maltraitance infantile, les données chiffrées sont indispensables. Elles rendent compte de l'importance en termes de santé publique, permettent une meilleure compréhension du phénomène et sont nécessaires à l'élaboration d'une stratégie de prévention, de repérage et de prise en charge.

Cependant, il n'est pas aisé d'évaluer avec précision et de manière globale l'étendue de la maltraitance infantile. Plusieurs paramètres rendent difficile l'analyse des données, notamment la diversité des formes de maltraitance et de leurs définitions, leurs prises en compte ou non dans les études, la temporalité des faits et du recueil des données, la population étudiée ainsi que l'approche méthodologique des études. Devant la lecture d'un chiffre, il faut donc distinguer la réalité visible et mesurable qu'il montre et la réalité invisible qu'il ne donne pas à voir (10 - 12).

En France, l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) est un dispositif visant à développer les connaissances relatives à la protection de l'enfance dans le but de les diffuser et d'améliorer la prévention et la protection des enfants.

Les données les plus récentes de 2022 partagées par l'ONPE montrent que 12 % des femmes et 12,2 % des hommes de plus de 18 ans déclarent avoir subi des violences physiques avant l'âge de 15 ans de la part de l'un des deux parents, ou des deux. De plus, 7,6 % des femmes et 3,1 % des hommes de plus de 18 ans déclarent avoir subi des violences psychologiques avant l'âge de 15 ans dans un cadre intrafamilial (10).

Une méta-analyse de grande envergure, présentée par Gilbert et al. et publiée dans *The Lancet* en 2009, a permis d'obtenir une estimation de la maltraitance à l'encontre des enfants dans les pays à haut niveau socio-économique (13). Ainsi, selon cette étude, chaque année, dans les pays à haut revenu, 4 % à 16 % des enfants subissent des violences physiques, et environ 10 % sont victimes de négligence ou de maltraitance psychologique. Environ 5 % à 10 % des filles et jusqu'à 5 % des garçons auraient été victimes d'un abus sexuel pénétrant, avec une prévalence cumulée de toutes formes d'abus sexuel estimée à 15 % à 30 % pour les filles et 5 à 15 % pour les garçons.

3. Conséquences de la maltraitance infantile sur la santé

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique. Plusieurs études ont examiné les effets à court et à long terme des violences infantiles sur la santé présente et future des enfants.

En 1998, Felitti et al. introduisent, à travers l'Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study), la notion d'« expériences négatives de l'enfance » (Adverse Childhood Experiences, ACE) (14). Cette étude met en évidence une forte corrélation entre des expositions cumulées à la maltraitance durant l'enfance et un risque accru de développer à l'âge adulte des pathologies chroniques (cardiaques, pulmonaires, hépatiques...) ainsi que des troubles psychiatriques et comportementaux (addictions, anxiété, dépression) (14, 15).

Depuis, de nombreuses recherches ont précisé les conséquences de la maltraitance et des événements traumatiques répétés sur la santé de l'enfant.

Sur le plan physique, à court terme, les répercussions incluent les traumatismes visibles, tels que des fractures multiples, des brûlures, des traumatismes crâniens, ou encore des lésions organiques graves (exemple du syndrome du bébé secoué) (16). Il peut être également observé l'aggravation de maladies préexistantes non prises en charge, par exemple une majoration des exacerbations d'un asthme non traité (16).

A long terme, à l'âge adulte, il a été mis en évidence une prévalence augmentée de maladies chroniques (asthme, BPCO, maladies cardiovasculaires par exemple) et un recours plus important aux structures hospitalières. Les douleurs chroniques et les pathologies psychosomatiques, comme la fibromyalgie et les troubles fonctionnels intestinaux, sont également plus fréquentes (17-20).

Sur le plan psychologique, l'exposition d'un enfant à des événements traumatiques peut entraîner des manifestations multiples, avec des répercussions potentielles dans les différentes dimensions du développement de l'enfant.

Les mécanismes d'adaptation mis en place peuvent se manifester par des symptômes dissociatifs, un retrait relationnel ou un état d'hypervigilance. On observe également l'apparition de diverses perturbations : par exemple des troubles du sommeil, des troubles du comportement alimentaire, ou encore des difficultés de gestion de la colère (21,22). Enfin, on retrouve chez ces enfants une prévalence accrue de troubles anxieux et dépressifs. A terme, certains enfants peuvent développer un trouble de stress post-traumatique (23).

La précocité et la chronicité des maltraitances peut entraîner des répercussions neurodéveloppementales. Il a été observé chez ces enfants des retards dans les apprentissages, voire des régressions dans les acquisitions scolaires et motrices (énurésie, encoprésie...), des répercussions sur l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives ou encore dans la régulation des émotions (24, 25).

A l'âge adulte, les enfants victimes de maltraitance présentent un risque accru de développer des symptômes dépressifs et anxieux, des troubles du

comportement alimentaire et des troubles du sommeil (25 - 27). Ces troubles peuvent aboutir à des gestes d'automutilation ainsi qu'à des idées suicidaires avec ou sans passage à l'acte. Par ailleurs, cette population est davantage exposée à l'adoption de comportements à risques avec notamment le développement de pathologies addictives (liées à la consommation d'alcool, de drogue et de tabac) et par des conduites à risques sur le plan de la sexualité (24).

4. Organisation de la protection de l'enfance en France

La protection de l'enfance est définie dans la loi du 14 mars 2016 par l'article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et vise à *« garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »* (28).

Deux systèmes de protection de l'enfance coexistent : la protection administrative, dont la gestion est réalisée par le Président du Conseil Départemental, et la protection judiciaire, assurée par le Procureur de la République et le Juge des enfants (29).

Le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) relève de l'autorité du Président du Conseil Départemental. Dans chaque département, un Médecin Référent en Protection de l'Enfance (MRPE) est chargé de coordonner les modalités de travail et les échanges entre les services départementaux, la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes), ainsi que les médecins exerçant en libéral, en hospitalier ou en médecine scolaire (30).

4.1. Protection Administrative

La protection administrative du mineur est mise en œuvre par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Elle consiste en des mesures d'aide et d'accompagnement de la famille. Ces mesures ne sont pas contraignantes et nécessitent l'accord et l'implication des parents. Il peut s'agir d'aide au domicile mais également d'accueil du mineur (29).

Les aides au domicile se déclinent sous différentes formes, selon les difficultés rencontrées par les parents :

- Une aide financière, sous la forme d'allocation ou de fond de secours.
- Une aide à la gestion du budget, en cas de difficulté de gestion du budget familial ayant un retentissement sur l'enfant : Mesure Administrative d'Accompagnement en Economie Sociale et Familiale (MAAESF).
- Une intervention d'un·e Technicien·ne de l'Intervention Sociale et Familiale qui vise à accompagner les parents confrontés à des difficultés éducatives et sociales afin de favoriser leur autonomie dans leurs responsabilités parentales (santé, hygiène, alimentation, scolarité).
- Une Action Éducative à Domicile (AED), décidée en cas de difficulté éducative importante, consistant en un soutien matériel et éducatif, réalisée par un·e éducateur·ice spécialisé·e ou un·e psychologue.

Si le maintien de l'enfant dans son milieu de vie s'avère temporairement impossible, il peut être accueilli provisoirement sous la forme d'un accueil de jour ou d'un placement. Les enfants sont alors admis dans le service de l'ASE avec l'accord des parents ou sur leur demande.

Lorsque les mesures administratives mises en place sont insuffisantes, si les parents refusent l'aide proposée ou en cas de danger grave et immédiat pour l'enfant, une protection judiciaire est instaurée. Cette mesure relève de la compétence du juge des enfants, ou du procureur de la république en cas d'urgence (31).

4.2. Protection Judiciaire

Les trois grands principes de la protection judiciaire comprennent (31) :

- L'intérêt supérieur de l'enfant, critère principal de l'intervention judiciaire .
- La priorité faite au maintien du mineur dans son environnement lorsque cela est possible, avec la mise en place de mesures d'assistance éducative .
- L'adhésion à la mesure : l'accord des parents est toujours recherché et ils doivent être impliqués dans les décisions du juge.

A l'inverse des mesures administratives, les mesures judiciaires s'exercent dans un cadre contraint, sous l'autorité du juge des enfants et sans le consentement des parents. Elles peuvent être de plusieurs types, relevant soit de l'investigation, soit de mesures éducatives en milieu ouvert, soit du placement.

Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

En premier lieu, le juge peut décider d'une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) lui permettant de recueillir des informations approfondies sur la situation de l'enfant et sa famille et de l'aider dans les prises de décisions.

Mesures en milieu ouvert :

Les mesures éducatives visent à soutenir et mobiliser la famille sans éloignement de l'enfant de son milieu de vie.

- La Mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) vise à aider les parents à mieux exercer leur rôle éducatif et à veiller au respect des besoins essentiels de leur enfant.
- La Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF) vise à aider à la bonne gestion des prestations familiales dans l'intérêt de l'enfant.

Accueil (placement) :

Lorsque le danger rend impossible le maintien de l'enfant dans son environnement familial, le Juge des enfants peut ordonner une mesure de placement. Cette décision est encadrée par le Code d'action sociale et des familles. L'enfant est confié au service de l'Aide sociale à l'enfance qui détermine les modalités et le type de placement le plus adapté aux besoins de l'enfant (placement chez l'autre parent, placement chez un tiers digne de confiance, chez un·e assistant·e familial·e ou en établissement collectif).

4.3. Modalités d'exercice de l'autorité parentale

Il convient de préciser les modalités d'exercice de l'autorité parentale dans le cadre de mesures de protection. Lorsqu'un enfant bénéficie d'une mesure de protection, que cela se fasse en milieu ouvert ou sous forme de placement, cela n'implique pas automatiquement le retrait de l'autorité parentale. En effet, la loi prévoit que les parents « continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure » (32).

Toutefois, la personne ou l'établissement auquel l'enfant est confié prend en charge tous les actes courants, dits usuels. La plupart de ces actes relèvent du quotidien de l'enfant. Les professionnel·les encadrant l'enfant sont ainsi amené·es à effectuer des actes ordinaires pour l'enfant confié, au regard de son intérêt, de ses droits et de ses besoins fondamentaux. Une liste d'actes usuels fait l'objet de recommandations dans un document rédigé par le ministère des Solidarités et de la Santé, mais certaines particularités sont décidées par les Conseils départementaux, dans le respect du droit applicable (33). Les décisions majeures, qualifiées d'actes non usuels (par exemple une intervention chirurgicale) relèvent des parents, en dehors de l'urgence vitale. Cela correspond à une autorité parentale aménagée.

En cas de refus abusif ou injustifié des parents concernant un acte non usuel, ou en cas de négligence ou d'absence de réponse, le juge peut, à titre exceptionnel, autoriser la personne ou l'établissement auprès duquel l'enfant est confié, à réaliser un acte relevant de l'autorité parentale.

D'autres procédures de substitution de l'autorité parentale existent selon les situations pour protéger l'enfant de ses parents (délégation, retrait de l'autorité parentale).

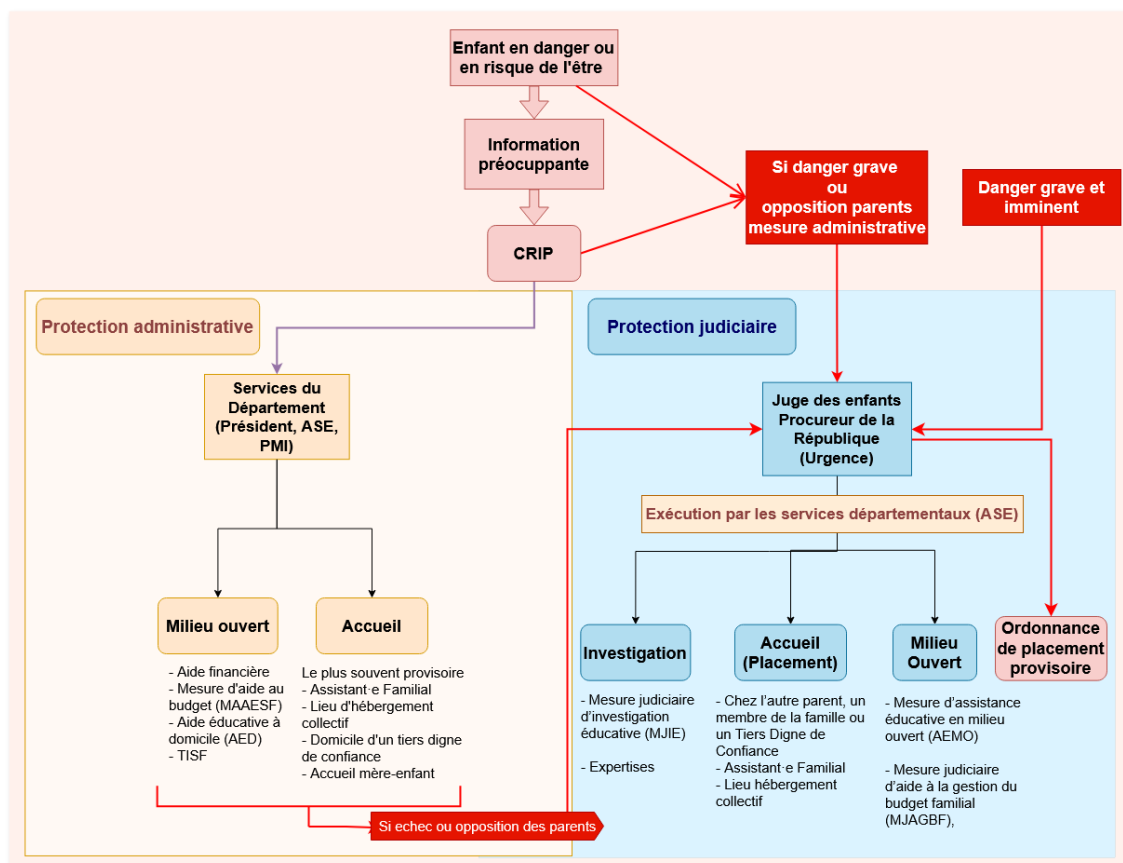


Figure 2 : Organigramme des différentes modalités de protection administrative et judiciaire de l'enfant, réalisé par l'investigatrice (31 - 35)

Au 31 décembre 2022, 381 000 mineur·es et majeur·es de moins de 21 ans bénéficient d'une mesure d'aide sociale à l'enfance, dont 55% de mesure d'accueil (placement) et 45% d'actions éducatives en milieu ouvert. Les mesures relèvent majoritairement de décisions judiciaires (70% des mesures éducatives et 78% des mesures d'accueil) (36).

Lors du placement d'un enfant au titre de la protection de l'enfance, celui-ci bénéficie d'une affiliation autonome automatique à la C2S, à l'exception des enfants en accueil provisoire qui restent ayants droit de leurs parents.

5. Santé des enfants protégés

Dans son rapport de 2017, le Défenseur des droits considère que la santé est insuffisamment prise en compte dans les parcours des enfants confiés à l'ASE, que ce soit lors de l'évaluation de leur situation ou au cours de leur prise en charge (37). La question de l'accès aux soins des enfants protégés est pourtant un enjeu majeur.

En effet, la population des enfants confiés à l'ASE est une population vulnérable avec des besoins spécifiques en lien avec plusieurs éléments :

- Prévalence augmentée de prématurité de 16 % (soit 2,5 fois supérieur à celui de la population générale) (38).
- Prévalence augmentée d'enfants bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH, estimée à 17% des enfants placés, soit une prévalence 8 fois supérieure à celle observée en population générale (39).
- Exposition fréquente à des maltraitances dans l'enfance, pouvant être lourdes.
- Mauvais état général somatique des enfants à l'entrée à l'ASE (38).

De plus, dans la trajectoire de vie des enfants protégés, les ruptures de parcours de soins sont fréquentes, ce qui s'explique notamment par des changements de lieux de placement, des changements de référent·e social·e, et bien souvent l'absence de référent·e médical·e (40). L'offre de soins permettant un suivi adapté à l'enfant n'est pas toujours satisfaisante, notamment dans le secteur de la pédopsychiatrie. En effet, les délais d'attente des Centres Médico-psychologiques (CMP) sont souvent longs et l'aspect financier de la prise en charge libérale peut être un facteur limitant (41, 42).

La question de la santé est également compliquée par leur prise en charge institutionnelle, dans un contexte où la segmentation entre le secteur sanitaire et le secteur socio-éducatif est importante, ce qui entraîne des difficultés de coordination et de communication entre les différent·es intervenant·es (43).

La santé des enfants protégés soulève ainsi des problématiques spécifiques. En plus des besoins fondamentaux universels que la protection de l'enfance vise à garantir, les enfants confiés à l'ASE ont des besoins supplémentaire en santé en lien avec leurs vécus.

Malgré ces connaissances, les études portant sur l'état de santé des enfants confiés à l'ASE et la compréhension de leurs besoins restent encore insuffisamment développées, et *a fortiori*, peu d'éléments ont été recueillis concernant la santé des enfants concernés par une mesure en milieu ouvert. Des cohortes d'enfants bénéficiant d'une mesure de placement ont permis d'identifier des problématiques récurrentes (38, 44 – 48) :

- insuffisance pondérale ou surpoids, malnutrition,
- troubles du sommeil,
- retards de développement ou de langage,
- pathologies dentaires, pathologies chroniques
- retards de vaccination, perte du carnet de santé,
- troubles psychiques, dont la prévalence est estimée à 49%, soit 4 fois supérieur à la population générale (49).

Une étude réalisée par le Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations (CREAI) Rhône Alpes intitulée *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance* s'est intéressée à la perception des enfants confiés sur leur propre santé (38). Il en ressort une perception dégradée de leur santé, caractérisée par une sensation de fatigue et une grande solitude dans leur rapport à leur santé. Plusieurs enfants interrogés expriment que «*tout demande effort* ». Un des enjeux est ainsi de leur permettre de réinvestir leur santé et de gagner en autonomie dans la prise en charge de celle-ci (50).

Enfin, il paraît important de préciser que l'impact social est considérable. Selon le rapport de la fondation Abbé Pierre sur l'état de mal-logement en France en 2019, une personne sans domicile née en France sur 4 est un ancien enfant placé à l'ASE (51).

6. Inscription du bilan médical initial dans la loi

Depuis la loi du 5 mars 2007, chaque mineur·e bénéficiant d'une mesure de protection bénéficie de la rédaction d'un document individuel appelé « Projet pour l'Enfant » (PPE) (52). Ce document vise à garantir le développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social de l'enfant et l'accompagne tout au long de son parcours en protection de l'enfance. Le PPE est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire. Il détermine les objectifs des interventions à mener ainsi que leur délai de mise en œuvre, leur durée, et le rôle des parents ou des tiers intervenants auprès du mineur. Un volet médical y est présent (53).

La loi du 14 mars 2016 rend obligatoire la réalisation d'un bilan de santé pour tout·e mineur·e admis·e dans le dispositif de l'Aide social à l'enfance (54). Ce bilan est à effectuer dans les 3 mois suivant l'entrée de l'enfant dans le dispositif et vise à identifier les besoins spécifiques en matière de santé de l'enfant, ainsi que les actions nécessaires pour améliorer son état de santé physique et psychique. La loi du 7 février 2022 a renforcé cette obligation en inscrivant la nécessité d'un bilan de santé global intégrant les dimensions somatique, psychique et sociale, associé à la mise en place d'une coordination du parcours de soins (55). L'objectif est d'engager un suivi médical régulier et coordonné, ne se limitant pas au traitement des pathologies ou des troubles en santé, mais prenant en compte le bien être global et le développement de l'enfant. Les objectifs identifiés et le plan d'action sont intégrés au Projet Pour l'Enfant et le bilan doit être renouvelé chaque année. Ce bilan médical est pris en charge par l'assurance maladie et bénéficie d'une cotation particulière (code ASE) en *consultation complexe*, dont la rémunération est de 47,50€ (56).

Malgré l'obligation légale du bilan médical initial lors de l'entrée d'un·e mineur·e dans une mesure de protection de l'enfance, les études récentes mettent en évidence une disparité territoriale dans leur réalisation. En effet, dans certains territoires, moins de 30% des enfants bénéficient d'un bilan médical à leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et seulement 10% de ces enfants ont un suivi effectif par la suite (43). La défenseure des droits rappelle dans son rapport de 2021 la nécessité du développement de partenariats et d'un

travail en réseau pour une sensibilisation des professionnel·les libéraux à la prise en charge des enfants relevant de la protection de l'enfance (41).

7. Expérimentations PEGASE et Santé Protégée

Face aux constats que les enfants confiés à l'ASE bénéficient de soins moins bien adaptés à leur santé que les enfants en population générale, deux expérimentations ont été menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 : PEGASE et Santé Protégée (57-58). Ces deux expérimentations ont pour objectif la réalisation de bilans de santé standardisés des enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance, associée à la mise en place d'un parcours de soins coordonné par la constitution d'un maillage de professionnel·les de santé.

Les premiers résultats de ces expérimentations offrent des pistes concrètes pour amorcer des changements dans l'ensemble des départements. Ces expérimentations pointent la difficulté de l'articulation entre les institutions et les dispositifs déjà existants au niveau territorial et mettent en évidence l'importance de la mobilisation des professionnel·les libéraux, incluant les médecins généralistes (59-60).

Ayant montré leurs qualités, ces expérimentations vont être étendues à l'ensemble du territoire. Il est alors nécessaire que les départements s'y préparent.

Dans le rapport de 2022 intitulé *La santé des enfants protégés, 16^{ème} rapport au Gouvernement et au parlement*, l'ONPE a examiné le schéma de prise en charge des enfants protégés en vigueur dans quinze départements (40). Il apparaît dans ce rapport une volonté commune de réduire les inégalités sociales et de santé et d'améliorer la prise en compte des besoins spécifiques des enfants protégés. Toutefois, il est mis en évidence de manière récurrente un sous dimensionnement de l'offre de soin et un engorgement des services, notamment en pédopsychiatrie. L'accès aux soins des enfants protégés est ainsi un enjeu majeur.

8. Dispositif Bilan de Santé dans le Département du Nord

C'est dans ce contexte que la Direction « Enfance Famille Jeunesse » du Département du Nord, avec le concours du Dr Ternel, Médecin Référente de la Protection de l'Enfance, est en cours de déploiement du dispositif Bilan de Santé. Une trame de consultation a été rédigée, appelée Dossier Médical Type (DMT), indiquant les informations nécessaires à recueillir pour l'évaluation de la santé de l'enfant et pour son orientation en cas de bilans ou d'interventions nécessaires. Ce document est constitué d'une première partie comprenant plusieurs sous-parties (Annexe 1) :

- Les renseignements administratifs et les coordonnées des professionnels de santé intervenant auprès de l'enfant.
- La socialisation de l'enfant
- Les antécédents médicaux et les vaccinations
- Le mode de vie et les habitudes de l'enfant.
- L'examen clinique.
- L'évaluation du développement psychomoteur.

Cette partie du DMT est soumise au secret médical et est intégrée au dossier médical de l'enfant.

La dernière page du DMT est une fiche Synthèse reprenant les principales observations de la consultation ainsi que les préconisations émises pour la santé de l'enfant (par exemple une orientation vers un bilan orthophoniste ou une consultation dentaire). Cette fiche est ajoutée au PPE de l'enfant et est consultable par les membres de l'équipe éducative et le ou la référent·e ASE de l'enfant (Annexe 2).

Au vu du nombre d'enfants concerné·es par une mesure de protection au sein du Département du Nord (plus de 22.000 protégé·es) (60), les médecins généralistes exerçant en ville doivent être impliqués dans le dispositif Bilan de Santé. De ce fait, il est nécessaire que la réalisation du bilan médical initial et le

remplissage de ce DMT soit réalisable dans le cadre d'une consultation en médecine de ville, avec les contraintes propres à la médecine générale.

9. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer auprès des médecins généralistes exerçant dans le Nord l'applicabilité du Dossier Médical Type dans le cadre d'une consultation de médecine générale, pour la réalisation du bilan médical initial d'un enfant pris en charge par l'ASE.

L'objectif secondaire est d'évaluer si une expérience en tant que médecin de PMI influence l'évaluation de cet outil.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative, réalisée auprès des médecins généralistes exerçants dans le département du Nord par questionnaire anonyme en ligne auto-administré.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste.
- Être thésé.
- Exercer dans le département du Nord.

2.2. Critères d'exclusion

Étaient exclus les médecins non thésé-es, retraité-es, ou ayant une activité hospitalière exclusive.

3. Elaboration du questionnaire

3.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique préalable à la rédaction du questionnaire a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche PubMed, Cochrane et Lissa.

La recherche de thèses de médecine pré-existantes sur ce sujet a été réalisée sur Pépité et Sudoc.

Les rapports d'évaluation des expérimentations en cours au titre de l'article 51 Pégase et Santé Protégé ont également été étudiés.

L'organisation de la bibliographie et le formatage selon le modèle Vancouver ont été réalisées à l'aide du logiciel Zotero.

3.2. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme Limesurvey.

Il était précédé d'un texte d'introduction précisant le contexte, l'objectif de la recherche, les critères d'inclusion, et l'anonymisation de la participation.

Le Dossier Médical Type évalué était consultable tout au long du questionnaire via un lien permettant son ouverture dans une autre fenêtre. Le questionnaire était composé de 31 questions, à choix simple ou multiple, dont certaines n'étaient accessibles que sur condition de réponse à une question précédente.

Certaines questions comprenaient un encart de texte libre, facultatif, afin de permettre aux sondés de préciser leur réponse.

Le questionnaire était constitué de trois parties (Annexe 3) :

- Les caractéristiques socio-démographiques des médecins participants à l'étude : genre, âge, mode d'exercice, et zone d'exercice.
- L'évaluation des connaissances des médecins généralistes sur le bilan de santé initial lors de l'entrée d'un enfant en protection de l'enfance.
- L'évaluation par les médecins généralistes du *Dossier Médical Type* et de son applicabilité dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

Une fois rédigé, le questionnaire a été soumis à 3 médecins (2 médecins généralistes installés ayant une activité libérale exclusive et un médecin ayant une activité salariée en PMI exclusive) afin de vérifier la bonne compréhension des questions, la fluidité et la cohérence, et d'estimer le temps moyen de remplissage.

4. Démarches réglementaires

La version finale du questionnaire a été soumise au Délégué à la Protection des données de la faculté de médecine de Lille pour en vérifier la conformité aux règles de confidentialité.

Une exonération de déclaration à la CNIL a été obtenue le 21/03/25 (Annexe 4).

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement pour sa réalisation, l'investigatrice n'a pas de conflit d'intérêt à déclarer.

5. Diffusion du questionnaire et recueil de données

Le recueil des données s'est déroulé du 24 mars 2025 au 31 juillet 2025.

Un échantillon de 500 médecins généralistes a été tiré au sort aléatoirement via l'annuaire santé sur le site Ameli.fr parmi les médecins généralistes exerçant dans le département du Nord. Ils ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord à l'envoi du questionnaire et leur adresse électronique.

Le questionnaire a été envoyé par mail accompagné d'un court texte explicatif. Une relance par mail a été réalisée à 1 mois du premier mail.

En parallèle, une demande de diffusion du questionnaire a été réalisée auprès de 26 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sur les 32 du département du Nord (6 n'étaient pas joignables).

Le questionnaire a également été publié sur le site de l'Ordre des médecins du Nord via « Thèse'App », et diffusé sur les groupes de médecins généralistes du Nord sur les réseaux sociaux.

Cette étude a été présentée lors d'une réunion de responsables de PMI au sein du Département du Nord le 22 avril 2025. L'objectif était de présenter notre recherche et d'inclure davantage de médecins généralistes ayant une activité en PMI, pour une analyse comparative des résultats.

Le taux de réponse n'est pas évaluable compte tenu des différents modes de diffusion du questionnaire employés.

6. Analyses statistiques

Les réponses ont été extraites du logiciel LimeSurvey et reportées sur un document Microsoft Excel®. Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide d'un statisticien sur le logiciel R version 4.5.1 et R Studio.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des résultats a été réalisée, présentée en nombres et pourcentages.

Les réponses aux commentaires libres ont été retranscrites et regroupées par thèmes dans le cas où cela était possible afin de réaliser une analyse descriptive.

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse comparative univariée des réponses entre les médecins généralistes ayant une expérience en PMI et les médecins libéraux n'ayant pas eu d'activité en PMI afin d'étudier les liens pouvant exister entre ces différentes variables. Pour cette analyse, un test du Fischer ou un test du Chi2 selon la taille des effectifs a été utilisé. Le seuil de significativité était $p \leq 0,05$ soit un risque alpha fixé à 5%.

RESULTATS

147 questionnaires ont été initialement recueillis.

Parmi ces questionnaires 34 ont été exclus de l'analyse car incomplets ou vides.

Après ces exclusions, 113 questionnaires ont été inclus dans l'analyse finale.

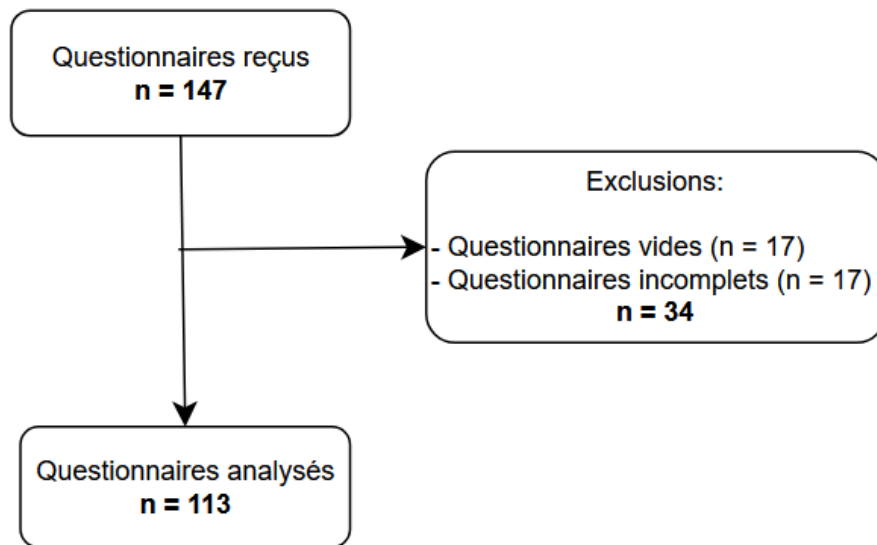


Figure 3: Flow chart

1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographique de l'échantillon

CARACTERISTIQUES		n = 113	(%)
Genre	Femme	61	54%
	Homme	49	43%
	Autre	0	0%
	Ne souhaite pas répondre	3	3%
Âge	≤ 30 ans	7	6,2%
	Entre 30 et 50 ans	66	58,4%
	≥ 50 ans	40	35,4%
Mode d'exercice	Activité libérale exclusive	97	86%
	Activité mixte	10	9%
	Activité salariée exclusive	6	5%
	(hors hôpital)		
Zone d'exercice	Médecine rurale	14	12%
	Médecine semi rurale	44	39%
	Médecine urbaine	55	49%
Part de l'activité pédiatrique	Minime	12	11%
	Moyenne	72	64%
	Importante	28	25%
	Ne sait pas	1	1%
Expérience en PMI	Oui	23	20%
	Non	90	80%
Patientèle comportant un ou plusieurs enfants bénéficiant d'une mesure de protection	Oui	79	70%
	Non	27	24%
	Ne sait pas	7	6%

*n(%) = effectif (pourcentage)

1.1. Genre

L'échantillon était composé de 54% de femmes (n = 61) et de 43% d'hommes (n = 49). 3 personnes n'ont pas souhaité répondre.

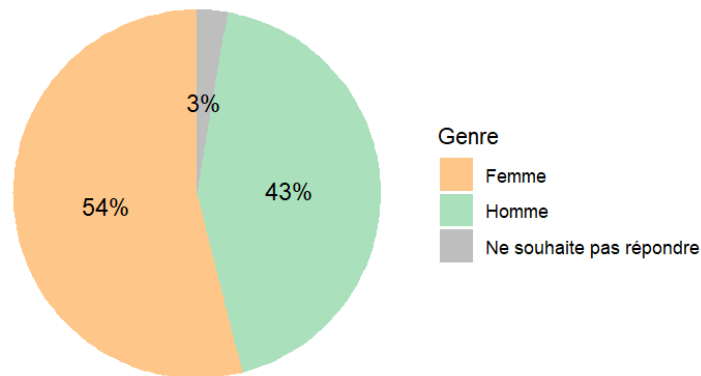


Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon le genre

1.2. Âge

L'échantillon était composé de 6,2% (n = 7) de médecins âgés de moins de 30 ans, de 58,4% (n = 66) de médecins âgés entre 31 et 49 ans et de 35,4% (n = 40) de médecins âgés de plus de 50 ans.

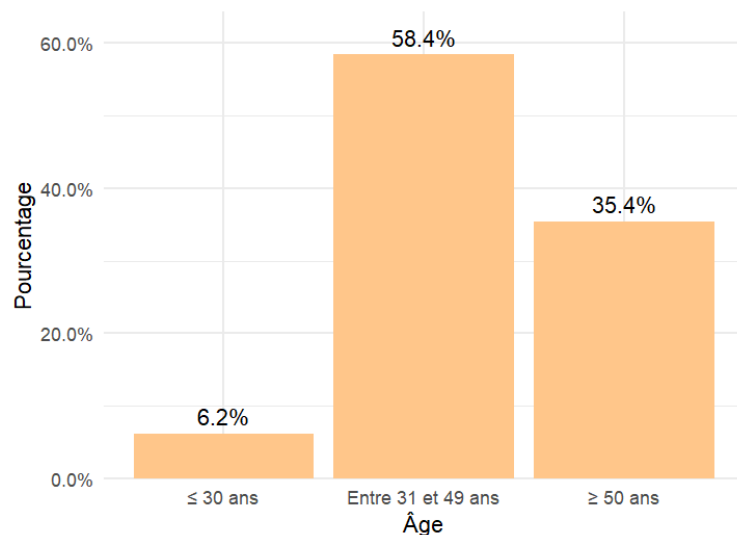


Figure 5: Répartition de l'échantillon selon l'âge

Tous·tes les médecins âgé·es de moins de 30 ans étaient des femmes, la majorité des médecins âgé·es entre 31 et 49 ans étaient des femmes. Cependant, la relation était inversée pour les médecins âgé·es de plus de 50 ans.

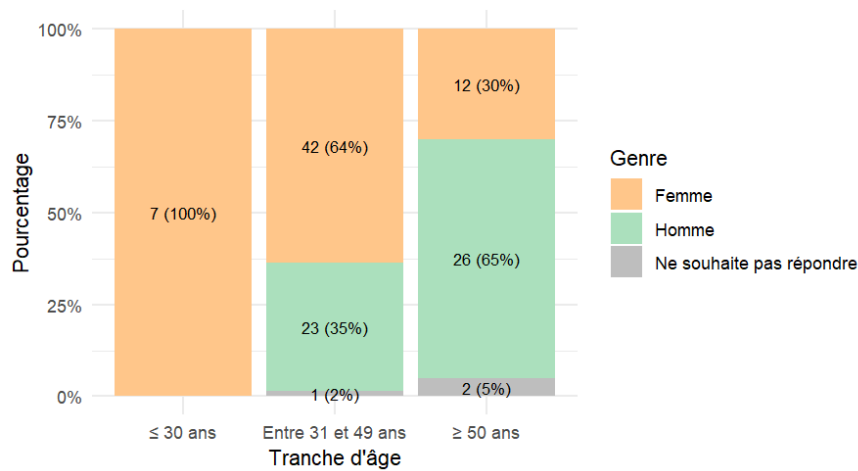


Figure 6: Répartition de l'échantillon selon le genre et l'âge

1.3. Mode d'exercice

Le mode d'exercice des médecins sondé·es était en majorité libéral exclusif, à 86% (n = 97). Les autres médecins pratiquaient une activité mixte (9%, n = 10) et une activité salariée exclusive hors pratique hospitalière pour 5% d'entre eux (n = 6).

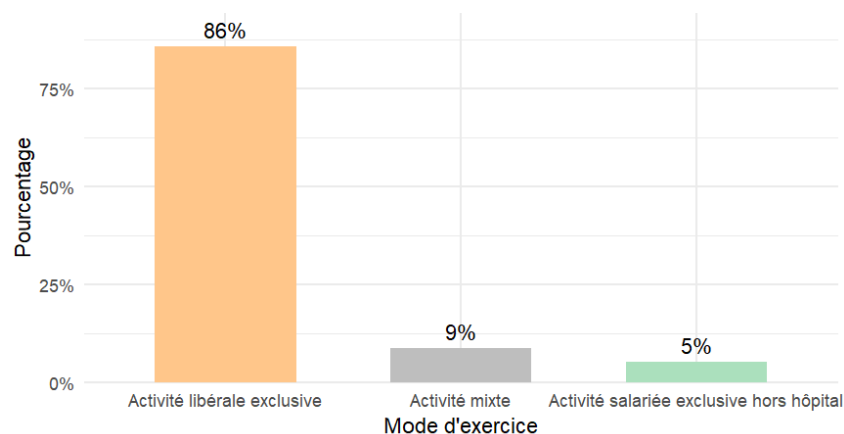


Figure 7: Répartition de l'échantillon selon le mode d'exercice

Une zone de texte libre permettait de préciser les activités des sondé·es :

Tableau 2 Activité des médecins sondé·es

Activité mixte	Activité salariée hors hôpital exclusive
Activité libérale et activité PMI (n = 4)	Activité en PMI (n = 5)
Activité libérale et activité en pouponnière/MECS (n = 2)	Activité en IME (n = 1)
Activité libérale et activité en réseau de soins palliatifs (n = 1)	Activité en PMI et hospitalière (n = 1)
Activité libérale et activité en centre de planification (n = 1)	
Activité libérale et activité d'enseignant-chercheur (n = 1)	

1.4. Zone d'exercice

Dans notre échantillon, une majorité de médecins exerçait en zone urbaine (49%, n = 55), 39% (n = 44) des sondé·es exerçait en zone semi-rurale et 12% (n = 14) en zone rurale.

1.5. Part d'activité pédiatrique

Plus de la moitié des médecins rapportaient une part d'activité pédiatrique moyenne dans leur pratique (64%, n = 72). 25% des médecins rapportaient une part importante (n = 28) et 11% (n = 12) une part minime.

1.6. Proportion de médecins rapportant une mesure de protection dans leur patientèle

70% des médecins sondé·es (n = 79) déclaraient avoir au moins un enfant bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance (placement, AEMO) dans leur patientèle.

1.7. Expérience en PMI

Nous avons interrogé les médecins sur une activité actuelle ou ancienne en PMI, afin de réaliser une analyse comparative des réponses selon l'expérience en PMI.

Dans notre échantillon, 20% des médecins avaient une expérience en PMI (n = 23).

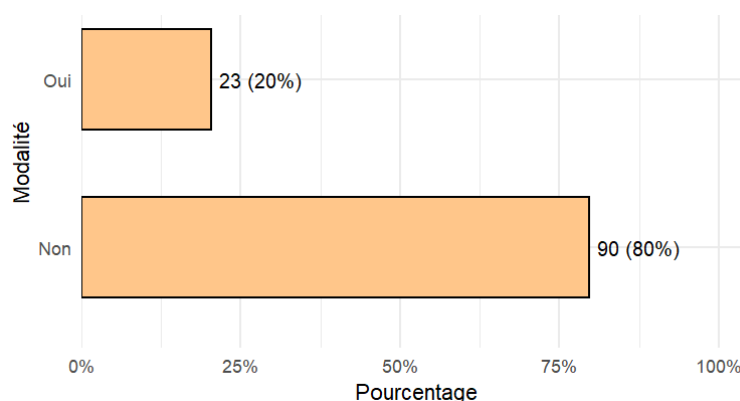


Figure 8 Répartition de l'échantillon selon l'expérience en PMI

2. Connaissances des médecins généralistes du bilan médical initial d'entrée des enfants à l'ASE

2.1. Expérience passée

2.1.1. Réalisation d'un bilan médical initial dans le passé

32 médecins ont déclaré avoir déjà réalisé un ou plusieurs bilans médicaux initiaux d'entrée d'un enfant à l'ASE, soit 28% des sondés.

Pour 59% (n = 19) d'entre eux, le bilan a été réalisé dans le cadre d'une consultation de médecine générale, et pour 35% (n = 11) dans le cadre d'une consultation de PMI. Un·e autre médecin a réalisé ce bilan dans le cadre d'une consultation en IME et un·e médecin dans différents cadres (consultation en libéral et consultation de PMI).

Parmi les médecins sondés, 20% des médecins n'ayant pas d'expérience en PMI et 61% des médecins ayant une expérience en PMI ont déjà réalisé un bilan médical initial.

L'expérience en PMI est significativement associée avec la réalisation d'un bilan médical initial dans sa pratique (p-value = 0.000291).

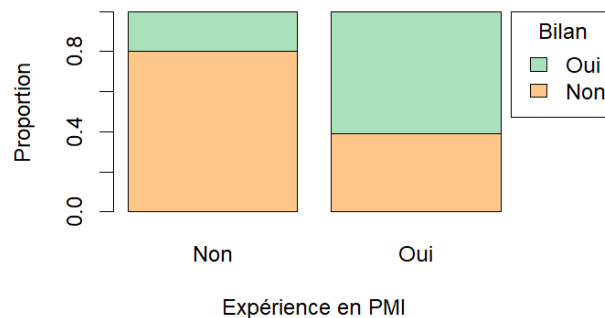


Figure 9: Réalisation d'un bilan médical initial selon l'expérience en PMI

2.1.2. Difficultés rencontrées par les médecins ayant réalisé un bilan médical initial

Un tiers des médecins rapportaient des difficultés lors de la réalisation de ce bilan, soit 34% (n = 11).

Ces difficultés concernaient principalement des médecins n'ayant pas d'expérience en PMI (n = 8, 64%). Toutefois, l'analyse comparative entre les médecins avec et sans expérience en PMI n'a pas montré de différence significative (p value = 0,2656).

Les raisons pouvant expliquer les difficultés rencontrées ont été explorées et les retours sont les suivants :

- 54% rapportaient un manque de matériel (n = 6),
- 45% rapportaient des difficultés pour aborder certains sujets avec l'enfant (n = 5)
- 45% rapportaient un manque d'informations pour répondre à certaines questions (n = 5)
- 36% rapportaient un manque de temps (n = 4)
- un médecin rapportait le fait de ne pas savoir ce qui était attendu précisément de ce bilan, et un médecin estimait que le bilan ne relevait pas du champ de la médecine générale.

2.1.3. Utilisation d'un support de consultation lors de la réalisation d'un bilan médical initial dans le passé

La majorité des médecins (56,3%, $n = 18$) n'utilisait pas de support de consultation, 34,4% ($n = 11$) utilisaient un autre support de consultation (dossier fourni par la structure d'accueil, par la structure de santé, par le département ou logiciel du médecin) et 9,4% ($n = 3$) utilisaient le DMT évalué dans cette thèse.

2.2. Connaissance de l'obligation légale de la réalisation du bilan médical initial lors de l'entrée d'un mineur à l'ASE

Sur les 113 médecins sondés, 77% ne connaissaient pas l'obligation légale de la réalisation du bilan médical initial ($n = 87$).

Cela concerne 88% des médecins n'ayant pas d'expérience en PMI et 35% des médecins ayant eu une expérience en PMI.

Une association significative est retrouvée entre l'expérience en PMI et la connaissance de l'obligation légale du bilan médical initial. ($p\text{-value} = 3,196 \times 10^{-7}$)

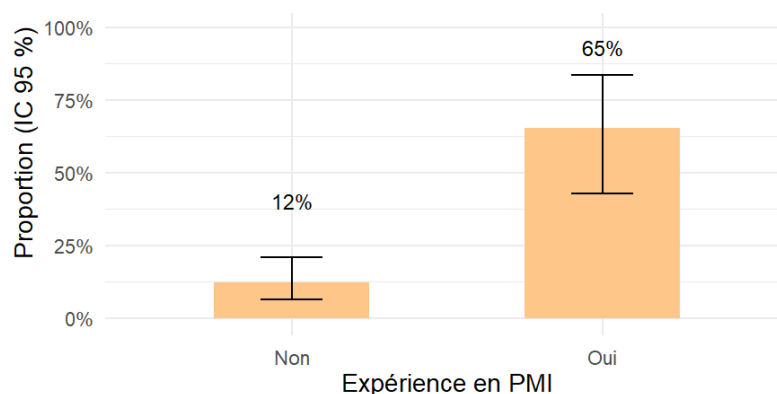


Figure 10: Connaissance de l'obligation légale du bilan médical initial selon l'expérience PMI

2.3. Connaissance de la cotation en consultation complexe « ASE »

73,5% des médecins sondé·es ne connaissaient pas la cotation ASE (n = 83).

80% des médecins n'ayant jamais eu d'activité en PMI ne connaissaient pas cette cotation, contre 48% des médecins ayant une expérience en PMI.

Une association est significativement retrouvée entre l'expérience en PMI et la connaissance de la cotation ASE (p-value = 0.00432).

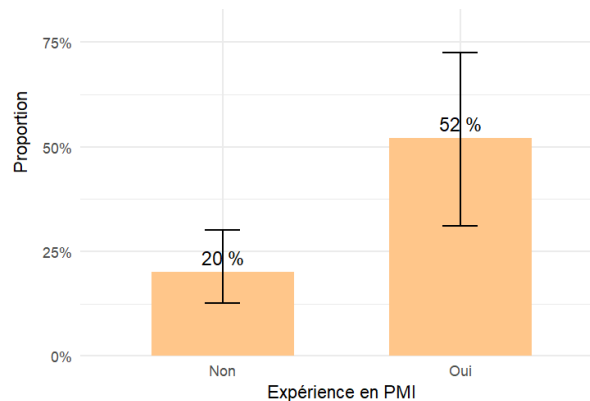


Figure 11: Connaissance de la Cotation ASE selon l'expérience en PMI

2.4. Perception de la rémunération de la cotation ASE

Nous avons demandé aux médecins s'ils estimaient suffisant le montant de la rémunération de cette consultation complexe ASE.

66% considéraient que sa rémunération n'est pas suffisante (n = 75). Cela concernait 68% des médecins n'ayant pas d'expérience en PMI et 61% des médecins ayant exercé en PMI.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative sur la satisfaction de la rémunération entre les médecins ayant une expérience en PMI et les médecins n'ayant pas d'expérience en PMI (p-value = 0.705).

3. Analyse et critique du Dossier Médical Type

3.1. Durée estimée pour remplir le Dossier Médical Type

Nous avons demandé aux médecins sondés une estimation de la durée de réalisation du bilan médical initial et du remplissage de ce DMT, en leur proposant 5 intervalles de temps : moins de 15 minutes, entre 15 et 20 minutes, entre 20 et 30 minutes, entre 30 et 45 minutes et plus de 45 minutes.

39% des médecins estimaient une durée de remplissage entre 20 et 30 minutes (n = 44). 34% (n = 38) estimaient une durée entre 30 et 45 minutes. Une minorité estimait une durée de plus de 45 minutes (13%, n = 15) et entre 15 et 20 minutes (12%, n = 14). Deux médecins estimaient une durée inférieure à 15 minutes (2%).

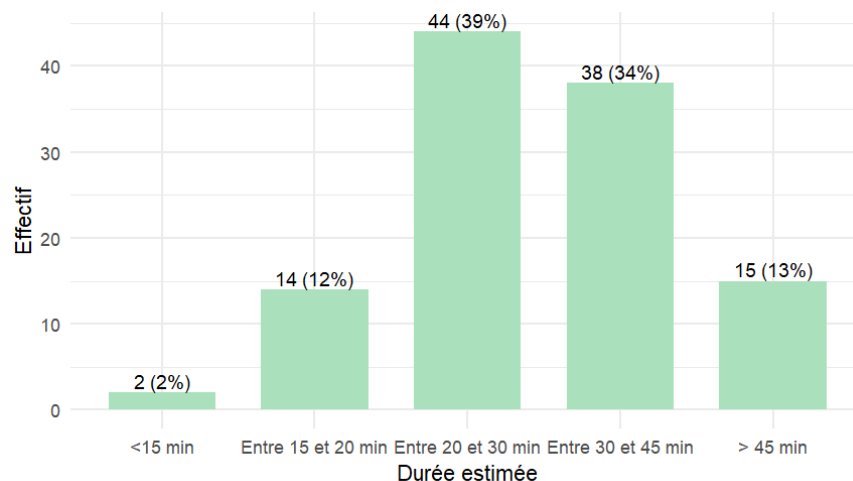


Figure 12: Répartition de l'estimation de la durée de remplissage de DMT

Une analyse comparative de l'association entre l'estimation du temps de remplissage du DMT et l'expérience en PMI a été réalisée. Pour cette analyse, les durées ont été regroupées en 2 catégories : durée inférieure à 30 minutes et durée égale ou supérieure à 30 minutes. **Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre l'estimation du temps pour réaliser le bilan et l'expérience en PMI (p-value = 0.4227).**

3.2. Acceptabilité de la durée estimée du remplissage du DMT

Nous avons interrogé les médecins sur l'acceptabilité de cette durée estimée. Sur les 113 répondant·es, 80 médecins trouvaient leur durée estimée acceptable, soit 71% des sondé·es.

Tableau 3: Acceptabilité du DMT selon la durée estimée de remplissage

Durée estimée Acceptabilité	<15min	15 à 20 min	20 à 30 min	30 à 45 min	>45min	Total (n)
Oui (n,%)	1(50%)	12 (86%)	37 (84%)	23 (60%)	7 (47%)	80
Non (n,%)	1(50%)	2 (14%)	7 (16%)	15 (40%)	8 (53%)	33
Total (n)	2	14	44	38	15	113

(n = effectif, % de la colonne)

86% des médecins estimant une durée entre 15 et 20 minutes et 84% des médecins estimant une durée entre 20 et 30 minutes trouvaient leur durée estimée acceptable.

Les médecins estimant une durée supérieure à 30 minutes étaient proportionnellement plus nombreux à considérer ce délai comme inacceptable.

L'analyse statistique met en évidence une association significative entre la durée estimée du DMT et le fait de juger cette durée acceptable ($p = 0,0116$).

Parmi les médecins ayant eu une expérience en PMI, 83% considéraient la durée estimée acceptable, tandis que parmi les médecins n'ayant pas d'expérience en PMI, 68% considéraient la durée estimée acceptable. La différence n'est pas statistiquement significative.

3.3. Durée de remplissage idéale

Nous avons interrogé les médecins ne trouvant pas acceptable leur durée estimée sur la durée de remplissage du DMT qui leur semble idéale.

Les durées proposées s'étendaient de 10 à 60 minutes. La médiane était de 20 minutes, avec un intervalle interquartile allant de 15 à 30 minutes, correspondant à 50% des réponses.

Le test de Kruskal-Wallis indique une différence statistiquement significative entre la durée estimée initialement et la durée idéale (p-value = 0.011). La durée idéale varie selon la durée estimée pour remplir le DMT : les médecins estimant une durée plus longue sont plus enclins·es à proposer une durée idéale plus longue.

3.4. Aide à l'exhaustivité

La grande majorité des médecins a estimé que ce document aidait à l'exhaustivité soit 91 % (n = 103) des répondant·es. Il n'y a pas de différence selon l'expérience en PMI.

3.5. Perception par les médecins de difficultés concernant la réalisation du bilan médical initial avec le DMT et de la pertinence des items

Nous avons interrogé les médecins sur la perception de difficultés dans le remplissage de certains items du DMT. La moitié des médecins sondé·es (49,6%) a rapporté des difficultés (n = 56).

La proportion de médecins rapportant des difficultés ne diffère pas significativement selon l'expérience en PMI : elle est de 52% (n = 47) pour les médecins n'ayant pas d'expérience en PMI et de 39% (n = 9) pour les médecins ayant eu une expérience en PMI (p-value= 0,375).

Nous avons également sondé les médecins sur la perception d'items non pertinents. 15 personnes, soit 13% de l'échantillon ont estimé que certains items n'étaient pas pertinents. Parmi ces médecins, un seul (7%) avait une expérience en PMI. Il n'y a pas de différence significative selon l'expérience en PMI (p-value = 0.2987)

Il était demandé aux sondé·es de préciser les sous-parties du DMT concernées. Une zone de texte libre permettait d'étayer leur réponse.

Tableau 4: Effectifs et proportions des médecins percevant des difficultés et des items non pertinents dans le DMT

Sous-partie du DMT	Difficultés (n = 56)	% difficultés	Non pertinence (n = 15)	% non pertinence
Renseignements administratifs	14	25%	7	47%
Professionnels de santé	25	45%	6	40%
Socialisation	22	39%	7	47%
Antécédents médicaux	15	27%	4	27%
Vaccinations	6	11%	3	20%
Habitudes de vie	20	36%	8	53%
Examen clinique	6	11%	4	27%
Développement	25	45%	6	40%
Observations pendant la consultation	5	9%	3	20%
Synthèse	3	5%	2	13%

Concernant les difficultés dans le remplissage du DMT, les sous-parties les plus souvent citées étaient « **Professionnels de santé entourant l'enfant** » (45%, n = 25) et « **Développement** » (45%, n=25). Les sous-parties « **Socialisation** » et « **Habitudes de vie** » étaient rapportées par plus d'un tiers des sondé·es (39%, n = 22 et 36%, n = 20) et les « **Antécédents médicaux** » et « **Renseignements administratifs** » par un quart des sondé·es (27%, n = 15 et 25%, n = 14).

Concernant la non-pertinence de certains items du DMT, les sous-parties les plus souvent citées étaient « **Habitudes de vie** » (53%, n = 8), « **Renseignements administratifs** » (47%, n = 7) et « **Socialisation** » (47%, n = 7).

3.6. Analyse descriptive des verbatims sur la difficulté et la pertinence des items

L'analyse des commentaires a mis en évidence des similarités dans les réponses des sondé·es et a permis de dégager plusieurs thèmes récurrents que nous avons résumé pour chaque sous-partie du DMT. Un exemple de verbatims est rédigé en italique, suivi d'une synthèse des commentaires.

- **Renseignements administratifs :** « *Peut être rempli en amont* »

Plusieurs médecins considéraient que ce travail administratif n'est pas une tâche médicale et préconisaient le pré-remplissage de cette partie en amont.

- **Professionnels de santé entourant l'enfant :** « *pas toujours transmises par les responsables de l'enfant* »

Il apparaissait ici que les professionnel·les intervenant dans la prise en charge médicale de l'enfant (kiné, orthophoniste...) ne sont pas toujours connu·es du médecin généraliste ou des personnes accompagnant l'enfant en consultation. Il peut donc être difficile d'obtenir l'information. Remplir cette sous-partie serait également, d'après certain·es répondant·es, un travail administratif et non médical, pouvant être effectué en amont.

- **Socialisation :** « *Évaluer le comportement de l'enfant seul et non entouré d'enfants est trop peu significatif sur sa socialisation* »

L'analyse des verbatims dans cette sous-partie indiquait une erreur d'interprétation pour plusieurs répondant·es. En effet, cette sous-partie s'intéresse au mode de socialisation de l'enfant : mode de garde et scolarisation. Les verbatims en revanche indiquaient une difficulté à évaluer la socialisation d'un enfant lors de la consultation, en une seule consultation et surtout lorsque l'enfant n'est pas connu du médecin.

Quelques verbatims indiquaient que cette partie pourrait également être remplie en amont, notamment par la structure accueillant l'enfant.

- **Antécédents médicaux :** « *Souvent non disponibles* »

Les difficultés rapportées concernaient la problématique d'informations manquantes ou incomplètes. Il était rapporté que le carnet de santé peut être

absent et certains items peuvent nécessiter d'avoir les comptes-rendus de bilans médicaux ultérieurs.

- **Vaccinations** : « *Absence de carnet de santé (perdu etc) pour certains enfants* »

Problématique similaire, avec l'absence de carnet de santé et de connaissance des vaccinations antérieures.

- **Habitudes de vie** : « *uniquement faits rapportés par les enfants ou les accueillants* »

Les médecins soulignaient ici que ces informations sont remplies sur la base des déclarations des accompagnant·es ou des parents et peuvent ainsi ne pas être conformes avec la réalité.

- **Examen clinique** : « *Pas équipé pour le dépistage auditif* »

Les difficultés évoquées pour l'examen clinique concernaient la réalisation des bilans auditif et visuel, avec pour certain·es médecins un manque de matériel.

- **Développement** : « *Remplir les dys. Est-ce qu'ils nous donneront les bilans orthophoniste ? Comportement sexualisé peut être difficile à aborder en consultation* »

Beaucoup de remarques concernaient la difficulté d'évaluer des troubles des apprentissages en une seule consultation, notamment s'il s'agit d'une première rencontre avec l'enfant.

Plusieurs médecins ont pointé également l'importance de la coordination avec les autres professionnel·les de santé et la nécessité d'avoir accès à leurs bilans (par exemple le bilan orthophoniste).

La difficulté d'interroger et d'évaluer les conduites et les troubles du comportement était également rapportée, notamment l'exemple des « comportements sexualisés » mentionnés dans le DMT.

Enfin, à plusieurs reprises, il était évoqué un temps de consultation trop court pour réaliser correctement le bilan et/ou la difficulté de le faire sur une seule consultation.

- **Observations pendant la consultation :** « *Difficile d'évaluer un comportement/ émotion sur un rdv si patient non connu...* »

Ici encore, les commentaires jugeaient difficile d'évaluer un enfant sur une seule consultation.

- **Synthèse :** « *Nécessite un travail en dehors de la présence de l'enfant* »

Les commentaires évoquaient la nécessité de travailler le remplissage de la fiche en amont de la consultation, notamment pour ce qui n'est pas observable pendant la consultation.

Un médecin estimait que ce DMT est construit sous la forme d'une synthèse d'un suivi dans le temps et non comme une synthèse d'une consultation ponctuelle

3.7. Matériel nécessaire

Parmi les 113 sondé·es, 49 médecins ne pensaient pas avoir le matériel nécessaire pour remplir le DMT, soit 43,4% des répondant·es. Une zone de texte libre permettait de préciser le(s) matériel(s) manquant(s). Les réponses au texte libre ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique et les occurrences ont été codées puis quantifiées afin d'obtenir des effectifs et des pourcentages pour chaque catégorie.

Les médecins rapportaient principalement un manque de matériel pour les bilans auditifs et les bilans visuels.

Tableau 5: Matériel manquant pour remplir le DMT selon les médecins sondé·es

	Absence de matériel nécessaire (n= 49)	% absence de matériel nécessaire	% échantillon
Bilan auditif	35	71%	31%
Bilan visuel	16	33%	14%
- Langage	3	6%	3%
- Développement	3	6%	3%

4. Evaluation de la fiche Synthèse

Après une brève présentation du rôle et de l'intérêt de la fiche Synthèse du Dossier Médical Type (DMT), les médecins étaient invité·es à exprimer leur position à travers plusieurs affirmations.

Une échelle de Likert a été utilisée en cinq modalités : *d'accord*, *plutôt d'accord*, *neutre*, *plutôt pas d'accord*, *pas d'accord*.

Importance de la fiche : « Vous comprenez l'importance de cette fiche de synthèse »

Une large majorité des médecins sondé·es considéraient la fiche importante : 69% étaient *d'accord* (n = 78) et 19% *plutôt d'accord* (n = 22), soit 88% d'opinions favorables. Les autres positions restaient marginales : 7% de *neutre* (n = 8), 3% *pas d'accord* (n = 3), 2% *plutôt pas d'accord* (n = 2).

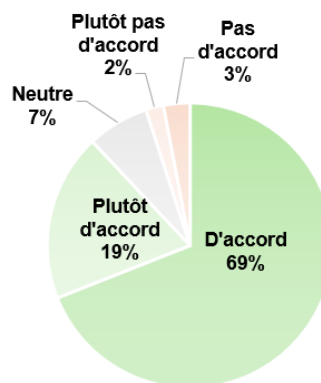


Figure 13: Importance de la fiche Synthèse

Caractère fastidieux du remplissage : « Le remplissage de cette fiche vous paraît fastidieuse »

Devant cette affirmation, les réponses étaient davantage contrastées. 22% (n = 25) étaient *d'accord* avec cette affirmation, et 33% (n = 37) *plutôt d'accord*, soit 55% d'opinions favorables. 27% (n = 31) des médecins exprimaient une opinion neutre, et 17% une opinion défavorable : 13% *plutôt pas d'accord* (n = 15) et 4% *pas d'accord* (n = 5).

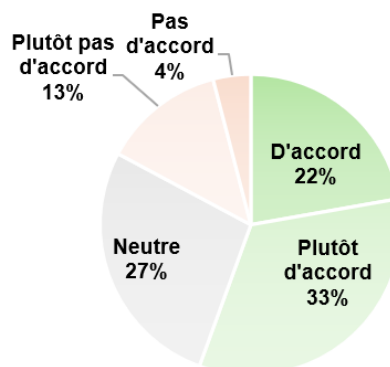


Figure 14: Caractère fastidieux du remplissage de la fiche Synthèse

Redondance de la fiche Synthèse : « Le remplissage de cette fiche vous paraît redondante avec le reste du Dossier Médical Type »

Une part importante des répondants estimait que la fiche peut faire doublon avec le reste du DMT : 61% des réponses soit 27% *d'accord* (n = 31) et 34% *plutôt d'accord* (n = 38). 19% des sondés exprimaient une opinion *neutre* (n = 21), et 20% exprimaient une opinion défavorable : 16% *plutôt pas d'accord* (n = 19) et 4% *pas d'accord* (n = 5)

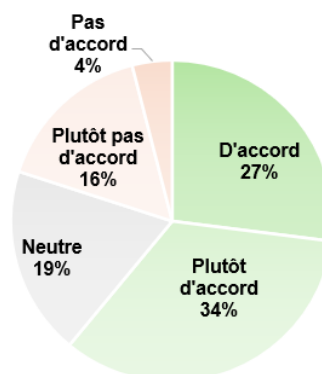


Figure 15: Caractère redondant de la fiche Synthèse

Perception de la responsabilité du remplissage de la fiche Synthèse : « Il ne s'agit pas de votre responsabilité de remplir cette fiche de synthèse »

Cette affirmation mettait en évidence une difficulté de positionnement. En effet, 41% des sondés (n = 46) se déclaraient neutres. 33% exprimaient une opinion défavorable : 17% *plutôt pas d'accord* (n = 19) et 16% *pas d'accord* (n = 18). 26% exprimaient un avis favorable : 14% *plutôt d'accord* (n = 16), 12% *d'accord* (n = 14).

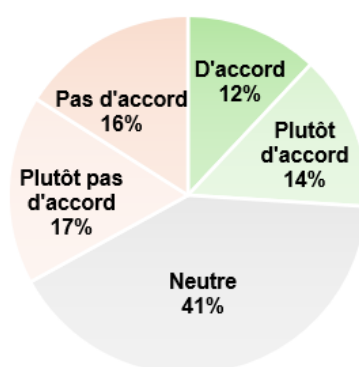


Figure 16: Perception de la responsabilité du remplissage de la fiche Synthèse

Exhaustivité de la fiche Synthèse : « Cette fiche de synthèse est complète »

Une majorité des sondés estime la fiche complète soit 67%, se répartissant en 32% *d'accord* (n = 36), 35% *plutôt d'accord* (n = 40). Les réponses *neutre* représentent 24% des répondants (n = 27). Les opinions défavorables ne concernent que 9% des sondés : 6% *plutôt pas d'accord* (n = 7) et 3% *pas d'accord* (n = 3).

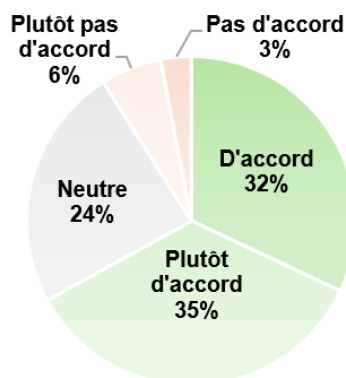


Figure 17: Exhaustivité de la fiche Synthèse

5. Analyse descriptive des verbatims

A la fin du questionnaire, une zone de commentaire libre facultative a permis aux médecins sondé·es de formuler des remarques ou des observations spontanées concernant le DMT. Ces réponses n'ont pas fait l'objet d'une analyse qualitative systématique. Elles ont cependant été examinées de manière descriptive afin de contextualiser certains résultats et d'identifier les éléments récurrents, venant ainsi compléter les résultats quantitatifs.

26 verbatims ont été analysés et 6 thématiques ont été identifiées.

Ajout de temps administratif et doublon de saisie :

De nombreux médecins évoquaient que le remplissage du DMT est une charge de travail supplémentaire qui fait doublon avec le remplissage du carnet de santé et du dossier médical dans le logiciel du médecin.

« Noter dans nos dossiers médicaux, dans le carnet de santé et encore dans ce DMT avec qui plus est une fiche synthèse supplémentaire: on en est à 4 saisies »

Le remplissage du DMT semblait être un ajout de charge administrative non négligeable.

« je trouve que c'est encore beaucoup d'administratif dans notre métier »

« un travail administratif supplémentaire »

Plusieurs médecins préconisaient de déléguer une partie du remplissage à d'autres professionnel·les de santé ou du secteur socio-éducatif.

« déléguer ce genre de document à un autre professionnel de santé »

« Les éléments administratifs et sociaux ne doivent pas être remplis par un Medecin ».

Un·e médecin estimait que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste.

« l'infirmière scolaire ou le medecin scolaire peuvent le faire »

Informatisation et automatisation du DMT :

La nécessité de l'informatisation du DMT était rapportée dans de nombreux commentaires. Plusieurs propositions ont été formulées : intégration du DMT dans les logiciels des médecins libéraux, formulaire à remplir en ligne, formulaire à intégrer au Dossier Médical Partagé (DMP) ou sur AMELI pro.

« un formulaire en ligne et transmissible en ligne serait souhaitable »

« il faudrait le remplir en ligne ou sur un volet dédiée sur ameli, télétransmis directement via le logiciel métier. »

Quelques médecins proposaient également l'automatisation du DMT avec un remplissage automatique des données administrative ainsi qu'un remplissage automatique de la fiche synthèse à partir des données précédemment remplies.

« Le dossier devrait pouvoir être complété automatiquement par extraction de données présentes dans le DMe de l'enfant : données administratives, vaccinations, traitement de fond »

« Pour éviter une réédite avec la fiche synthèse, il peut être paramétré des items à remplir qui seraient colligés informatiquement et donc automatiquement sur une fiche synthèse »

Un-e médecin estimait que ce temps administratif s'effectue aux dépens du temps médical.

« plutôt que de nous retirer des consultations plus médicales. »

Longueur de la consultation et trop d'objectifs en une consultation :

Le temps de consultation était un élément revenant régulièrement dans les réponses, et notamment lorsque l'enfant n'est pas connu du médecin réalisant le bilan médical initial.

« En pratique pour la remplir correctement et complètement il faudra au moins 1h en cas d'enfant non suivi au cabinet »

« Le DMT prend beaucoup de temps »

« Une fiche de synthèse d'une page est suffisante. Pas besoin des 5 autres pages. »

Plusieurs médecins considéraient qu'il y a beaucoup d'objectifs à réaliser sur le temps d'une consultation. Il était préconisé de réaliser ce bilan sur plusieurs consultations, afin de permettre un premier contact avec l'enfant, et de prendre le temps d'évaluer certains éléments du bilan comme les troubles des apprentissages ou du développement.

« à compléter au fur et à mesure des consultations successives »

« on ne peut sur une seule consultation faire les évaluations somatique, sensorielle, psychologique, neuro développementale, de sociabilisation, de prévention des conduites à risque etc... il faut plusieurs consultations , et un suivi »

« clairement cette fiche répond à trop d'objectifs différents pour être utilisée comme trame sur une consultation »

Informations sur l'histoire de l'enfant et les modalités du placement :

Le manque d'informations concernant l'histoire de l'enfant et les conditions de sa prise en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance semblaient être des difficultés que rencontrent les médecins sondé-es, notamment en lien avec des contraintes légales concernant l'accord pour les soins à un-e mineur-e.

« Nous ne disposons pas toujours de l'histoire de l'enfant notamment du motif de placement »

« Toute son histoire de vie, le pourquoi du placement, ses conditions de réalisation »

« problématique de l'accord parental : [...] parents souvent non déchus des droits [...] indication à faire apparaître dans le dossier/fiche »

« date du placement et modalités des droits de visite et/ou hébergement. »

Quelques médecins exprimaient la difficulté d'évaluer correctement un enfant sans connaître les traumatismes dont il a pu être victime et sans connaître l'environnement familial dans lequel vivait l'enfant (toxicomanie, alcoolisme, ...)

« Comment prendre en charge un enfant abusé sexuellement sans est informé de sa situation ? »

« importance de savoir la situation pour prendre en charge l'enfant au mieux (violences sexuelles, toxicomanie...) »

Rémunération insuffisante :

Le montant de la rémunération était également évoqué par plusieurs médecins.

« Rémunération insuffisante »

« j'ai dit que le montant était insuffisant comme toutes les cotations CPAM »

Un·e médecin évoquait la difficulté à être rémunéré du fait de problématiques administratives de couverture santé de l'enfant.

« la prise en charge des enfants confiés à l'ASE relève bien souvent du bénévolat , droits non à jour, pas de C2S »

Modification ou ajout d'éléments au DMT :

Quelques médecins proposaient d'ajouter ou de compléter certains items.

« La partie antécédents est trop courte. Il manque les antécédents chirurgicaux »

« Il manque,[...] certains éléments [...] sur la puberté (signes physique et connaissances du mineur à ce sujet) »

Un·e médecin estimait que cette grille devrait être adaptée à l'âge de l'enfant.

« on ne peut utiliser une même fiche pour un nourrisson, un enfant , un ado , objectifs= totalement différents »

Un·e médecin proposait des ajouts sur la fiche synthèse.

« importance d'un suivi médical régulier (en PMI ou en libéral) et préconisation d'une fréquence. Photocopie de la page des vaccinations du carnet de santé, à joindre, pour les équipes en charge »

Un·e autre médecin préconisait l'ajout des bilans au dossier médical de l'enfant.

« rajouter les bilans ortho, psycho etc... c'est une prise en charge pluridisciplinaire »

Enfin, un·e médecin s'interrogeait sur les enjeux liés à la circulation de l'information et sur la confidentialité du dossier médical.

« problématique de secret médical : par qui transite cette fiche ? »

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'applicabilité du Dossier Médical Type dans le cadre d'une consultation de médecine générale, pour la réalisation du bilan médical initial d'un enfant pris en charge par l'ASE.

L'objectif secondaire était d'évaluer si l'expérience en tant que médecin de PMI influence la perception de cet outil.

1.1. Applicabilité du DMT en médecine générale

Dans notre étude, le Dossier Médical Type est perçu comme un outil adapté à la pratique en médecine générale mais dont certains aspects limitent son utilisation.

L'estimation de la durée de remplissage du DMT se situait le plus fréquemment entre 20 et 30 minutes (39% des réponses), puis entre 30 et 45 minutes (34% des réponses). Pour comparaison, en France, la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes (62).

Cette évaluation est subjective, c'est-à-dire qu'elle dépend de l'appréciation de chaque médecin selon son expérience, son organisation de travail et son rythme de consultation. Pour autant, cette subjectivité est essentielle : elle conditionne l'acceptabilité de l'outil.

Dans notre étude, 71% des médecins sondés jugeaient la durée estimée acceptable. L'analyse statistique a mis en évidence une relation significative inverse entre la durée estimée et son acceptabilité : plus le temps estimé est long, moins il est jugé acceptable. Les durées estimées jugées les plus acceptables étaient 15 à 20 minutes et 20 à 30 minutes, ce qui peut correspondre à la durée d'une consultation dite « complexe ».

La moitié des médecins rapportaient des difficultés face à certains items du DMT. Les difficultés les plus fréquemment rapportées concernaient des données non directement objectivables en consultation : les antécédents et les vaccinations de l'enfant, l'identification des autres professionnel·les de santé qui le suivent et les habitudes de vie de l'enfant. Le remplissage de ces items est perçu par les médecins sondé·es comme un ajout de tâches administratives, au détriment du temps d'évaluation médicale.

Les médecins du dispositif « Santé Protégée » ont rapporté des constatations similaires. Certains médecins déclaraient effectuer un temps de préparation avant la consultation, pour prendre connaissance du dossier, des antécédents médicaux et des problématiques existantes, lorsque la structure de coordination du dispositif avait pu collecter ces données en amont. (60)

Dans la thèse du Dr GARES sur le parcours de soins des enfants confiés à l'ASE dans les Bouches-du-Rhône (63), plusieurs professionnels de santé ont évoqué de multiples ruptures dans le suivi médical de l'enfant au cours de son parcours : d'une part du fait de difficultés pour récupérer les données de santé antérieures au placement, d'autre part du fait de la gestion des données de santé pendant le placement.

L'évaluation des troubles des apprentissages et du développement psychomoteur est également une difficulté rapportée par les médecins. En effet, ils jugent complexe d'évaluer ces éléments en une seule consultation, surtout lorsque l'enfant consulte ce médecin pour la première fois.

Cette limite est également rencontrée par les professionnel·les de « Santé Protégée », pour qui, diviser le bilan en plusieurs consultations permet de mieux connaître l'enfant et de développer une relation de confiance avec lui (60).

Le manque de matériel était rapporté par près de la moitié des médecins sondé·es, notamment pour la réalisation des bilans auditifs (31%) et visuels (14%). Ces résultats sont concordants avec les études évaluant la réalisation des bilans de dépistages visuels et auditifs par les médecins généralistes en France (64). Les principales difficultés rapportées par les médecins dans ces études étaient le manque de matériel mais également de connaissances spécifiques sur les modalités de réalisation de ces dépistages.

Cette problématique d'insuffisance d'équipement semble donc s'inscrire dans une problématique d'organisation du dépistage des troubles neurosensoriels en médecine générale.

Enfin, près de 9 médecins sur 10 (87%) considéraient que tous les items du DMT étaient pertinents.

Dans l'expérimentation « Santé Protégée », les trames des bilans médicaux étaient également considérées comme pertinentes mais très encadrantes, parfois contraignantes, ce qui pourrait constituer un obstacle à l'implication des médecins dans le dispositif (60).

Par ailleurs, la quasi-totalité (91%) des médecins sondés de notre étude valorisait le caractère complet du DMT.

1.2. Connaissance du bilan médical initial par les médecins généralistes

Les trois-quarts des médecins sondé-es dans notre étude ne connaissaient pas l'obligation légale de la réalisation du bilan médical initial (77%), ni l'existence de la cotation spécifique en consultation complexe « ASE » (73,5%).

Pourtant, ces mesures sont en vigueur depuis 2016. Cela pourrait refléter une communication insuffisante des institutions pour informer les médecins généralistes des évolutions législatives et des conventions avec l'Assurance maladie concernant la santé des enfants confiés à l'ASE.

1.3. Influence d'une expérience en PMI

Concernant l'analyse comparative entre les réponses des médecins ayant une expérience en PMI et les médecins n'ayant pas d'expérience en PMI, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant l'évaluation du DMT.

En revanche, avoir une expérience en PMI était significativement associé à une meilleure connaissance de l'obligation légale du bilan médical initial à l'entrée d'un enfant à l'ASE et de la cotation « ASE ».

Il était également constaté chez les médecins ayant une expérience en PMI une proportion significativement supérieure de médecins ayant déjà réalisé un bilan médical initial.

Ces résultats mettent en lumière l'importance d'un partenariat plus structuré entre les institutions et la médecine de ville, en renforçant les dispositifs de communication et de transmission d'informations à destination des médecins libéraux.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Représentativité

La comparaison de notre échantillon avec la population des médecins exerçant dans le département du Nord met en évidence quelques différences (65).

Dans notre étude, la proportion de femme (54%) est légèrement plus élevée que dans la population des médecins généralistes du Nord (48,4%). Néanmoins, ce résultat est concordant avec la féminisation de la médecine, visible depuis 2010.

Dans notre échantillon, la proportion de médecins libéraux (86%) est nettement supérieure à celle des médecins généralistes du Nord (58,2%). Cela s'explique notamment par la méthode de recrutement et l'exclusion des médecins ayant une activité salariée hospitalière exclusive.

Enfin, la comparaison des répartitions par âge est difficile du fait de l'utilisation d'intervalles d'âges dans notre questionnaire, ne permettant pas de calculer une moyenne d'âge pour notre échantillon.

2.2. Limites de l'étude

Biais de sélection

L'accès au questionnaire nécessitait l'utilisation d'une adresse électronique et d'un outil informatique. Un biais de sélection a pu être introduit en sélectionnant des médecins plus familiarisés avec ces outils, souvent plus jeunes. En effet, près de 80 % des médecins de moins de 50 ans utilisent quotidiennement les outils numériques, contre seulement 48 % parmi les médecins âgés de 60 ans ou plus (66).

La participation à l'étude était volontaire. De ce fait, les médecins ayant répondu au questionnaire sont plus à même d'être intéressés par le sujet et sensibilisés aux questions de la protection de l'enfance, introduisant un biais de volontariat.

Biais de classement

Le questionnaire était auto-administré, ainsi, il existe un risque d'hétérogénéité de compréhension des questions. Nous l'avons atténué en soumettant ce questionnaire à 3 médecins avant le début de l'étude, afin de tester la bonne compréhension des questions.

Certains choix de formulations ont pu manquer de neutralité, induisant un potentiel biais de réponse. Par conséquent, une question a été retirée de l'analyse après collecte des données.

Enfin, le groupe de médecin ayant une expérience en PMI comptait 23 personnes alors que le groupe de médecin n'ayant pas d'expérience en PMI comptait 90 personnes. L'absence de significativité des analyses comparatives pourrait ainsi résulter d'un manque de puissance lié à la différence de taille entre les deux groupes, plutôt que d'une absence réelle d'association.

2.3. Forces de l'étude

Le choix d'une recherche quantitative a permis de recueillir un grand nombre de réponses, permettant de sonder des médecins aux pratiques différentes et favorisant une évaluation du DMT par des médecins exerçant dans

différents contextes. Le recueil et l'analyse de verbatims, via quelques questions ouvertes, a permis d'affiner la compréhension des réponses.

Ce travail s'inscrit dans une démarche visant à renforcer la coordination entre la médecine de ville et les institutions de protection de l'enfance. Il répond ainsi à la dynamique de coopération entre les acteurs de santé telle que portée par la stratégie de transformation du système de santé engagée en 2018 (66).

La force principale de cette thèse est de s'intéresser à un sujet peu étudié, avec une application concrète en lien avec le Département du Nord.

En effet, ce travail a été réalisé en coordination avec la Médecin Référente de la Protection de l'Enfance du Département du Nord, Dr Valérie Ternel. Les résultats de cette étude ont été discutés ensemble et nous avons fait émerger des pistes d'amélioration pour apporter des modifications au DMT afin de renforcer son acceptabilité auprès des médecins généralistes du Nord. Des pistes concrètes d'amélioration de la communication entre les médecins de ville et les institutions de protection de l'enfance ont également été discutées

3. Perspectives

En amont de la consultation

Une préparation de la consultation en amont, par la personne accompagnant l'enfant, pourrait permettre de remplir certains renseignements non médicaux du DMT et de préparer les différents documents (carnet de santé, courriers médicaux) et informations utiles à la consultation (coordonnées des professionnels suivant l'enfant, antécédents médicaux). Cela peut être réalisé en coordination avec le ou la référent·e ASE.

Ce travail de préparation permettrait d'optimiser le temps médical en allégeant le temps administratif et la coordination entre les différents intervenants médicaux et socio-éducatifs.

Informatisation du DMT

Un souhait d'informatisation du DMT est rapporté par de nombreux médecins dans notre étude et semble être un levier majeur dans son acceptabilité.

L'intérêt est d'abord celui d'un gain de temps. En effet, le format informatique permet une saisie des données plus rapide pour les médecins qui y sont habitués ; cela pourrait également permettre un remplissage automatisé des données administratives de l'enfant, ainsi que de la fiche synthèse à partir du contenu des items du DMT.

L'informatisation du DMT pourrait également permettre une transmission plus directe et sécurisée des informations entre le médecin généraliste et les services de protection de l'enfance. Néanmoins, cela reste difficile à mettre en œuvre en pratique. Actuellement, le DMT n'existe qu'en format papier et les dossiers médicaux des enfants protégés sont en format papier. De plus, si les médecins généralistes sont désormais très majoritairement informatisés, les logiciels médicaux utilisés en ville sont nombreux et ne sont pas toujours

interopérables avec les logiciels utilisés par les services de protection de l'enfance.

Plusieurs alternatives ont été proposées par les médecins sondé·es, comme la possibilité de renseigner le DMT via un formulaire en ligne ou via la plateforme AMELI Pro, ou encore l'intégration du DMT au Dossier Médical Partagé de l'enfant.

Coordination entre médecine de ville et services de protection de l'enfance

Pour faciliter la compréhension par le médecin du contexte de vie de l'enfant, de la nature de la mesure de protection et des modalités des droits parentaux, il serait intéressant de transmettre au médecin généraliste réalisant le bilan médical initial une fiche de liaison reprenant ces éléments, idéalement via une messagerie professionnelle sécurisée.

Actuellement, une telle fiche est déjà transmise par les services de protection de l'enfance à la PMI, lorsque le bilan médical initial de l'enfant y est réalisé.

Intégration du bilan médical initial dans un suivi régulier

La longueur et la complexité du bilan médical initial, notamment quand l'enfant n'est pas connu du médecin, peut nécessiter de le réaliser sur plusieurs consultations.

Devant les interrogations des médecins sondé·es à ce propos, il semble important de préciser aux médecins réalisant le bilan médical initial qu'il s'inscrit dans une démarche de suivi médical structuré et coordonné et non comme une consultation ponctuelle. Cela dans l'intérêt de l'enfant en limitant le nombre d'intervenants et les ruptures de suivi ainsi qu'en permettant une analyse plus exhaustive de ses besoins, mais également pour favoriser et valoriser l'engagement du médecin généraliste dans cette démarche.

En effet, dans l'expérimentation « Santé Protégée », certains médecins ayant rejoint le dispositif déploraient avoir été sollicités pour la réalisation du bilan

médical initial mais que par la suite, la structure d'accueil de l'enfant ou l'assistant·e familial·e continuaient de consulter leur médecin habituel pour les soins courants de l'enfant (60).

Dépistages des troubles neuro-sensoriels

Dans l'évaluation du DMT, la réalisation des dépistages auditifs et visuels est une difficulté rencontrée par plus d'un tiers des médecins. Par ailleurs, un manque de matériel pour la réalisation de ces dépistages était rapporté par plusieurs médecins comme discuté précédemment, en lien avec une problématique plus large de l'organisation des troubles neuro-sensoriels chez l'enfant en médecine de ville (64).

Une piste d'amélioration concernant ces difficultés pourrait être de préciser plusieurs modalités de dépistages utilisables pour remplir le DMT : test à la voix chuchotée, boîte de Moatti ou encore Sensory Baby Test.

Rémunération et cotations

Dans notre recherche, deux tiers des médecins estiment la rémunération du bilan médical initial insuffisante.

Par ailleurs, il n'est pas possible d'ajouter à la cotation « ASE » la cotation des dépistages sensoriels : dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans (CDRP002) d'un montant de 48,51€ ou l'examen de la vision binoculaire (BLQP010) d'un montant de 25,32€, alors même qu'ils figurent dans le DMT.

De plus, la cotation spécifique du bilan médical initial « ASE », d'un montant de 47 € 50, n'est applicable qu'une seule fois dans le parcours de l'enfant. Par conséquent, l'actualisation annuelle du bilan est actuellement rémunérée au tarif d'une consultation classique, ne valorisant pas l'investissement dans le suivi de l'enfant et le travail de synthèse et de coordination.

Il semble alors pertinent de repenser la rémunération de ce bilan médical initial.

Dans l'expérimentation « Santé Protégée », les médecins réalisant le bilan percevaient en plus de la rémunération d'une consultation classique (« G », d'un montant de 30 € ou « G+MEG » avant 6 ans, d'un montant de 35€), un complément de rémunération versé dans le cadre de l'expérimentation de 35 € pour le bilan médical initial et de 21 € pour l'actualisation annuelle.

En s'appuyant sur les cotations existantes dans la convention actuelle, on pourrait aussi imaginer une revalorisation de la cotation « ASE » du bilan médical initial sur le modèle d'une consultation très complexe (d'un montant de 60 €) et de l'actualisation annuelle sur le modèle d'une consultation complexe (d'un montant de 47 € 50 (67)).

Déploiement du DMT sur le département du Nord

Notre étude a évalué l'acceptabilité du DMT par les médecins généralistes du Nord, avant son déploiement effectif.

Afin d'apprécier l'utilisation réelle du DMT en pratique, il serait pertinent de réitérer cette étude dans quelques années afin d'en évaluer l'expérience en conditions réelles par les médecins généralistes et d'ajuster les modalités de coordination avec les services de protection de l'enfance.

CONCLUSION

Les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance représentent une population vulnérable, particulièrement exposée aux inégalités de santé. Pourtant, leurs prises en charge médicales sont souvent insuffisantes et émaillées de ruptures. Il donc est nécessaire d'assurer dès leur entrée à l'ASE un suivi médical multidimensionnel et coordonné. La mise en place d'un bilan médical initial standardisé mais aussi d'un suivi effectif par un médecin référent est un enjeu majeur.

Ce travail de thèse montre que le Dossier Médical Type est perçu par les médecins généralistes du Nord comme pertinent, mais que son utilisation en pratique courante nécessite une adaptation à la pratique de la médecine générale en ville.

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Représentation des besoins fondamentaux de l'enfant (5)	7
Figure 2 : Organigramme des différentes modalités de protection administrative et judiciaire de l'enfant, réalisé par l'investigatrice (31 - 35).....	15
Figure 3: Flow chart	26
Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon le genre.....	28
Figure 5: Répartition de l'échantillon selon l'âge	28
Figure 6: Répartition de l'échantillon selon le genre et l'âge	29
Figure 7: Répartition de l'échantillon selon le mode d'exercice	29
Figure 8 Répartition de l'échantillon selon l'expérience en PMI	31
Figure 9: Réalisation d'un bilan médical initial selon l'expérience en PMI.....	32
Figure 10: Connaissance de l'obligation légale du bilan médical initial selon l'expérience PMI.....	33
Figure 11: Connaissance de la Cotation ASE selon l'expérience en PMI.....	34
Figure 12: Répartition de l'estimation de la durée de remplissage de DMT	35
Figure 13: Importance de la fiche Synthèse	42
Figure 14: Caractère fastidieux du remplissage de la fiche Synthèse.....	43
Figure 15: Caractère redondant de la fiche Synthèse	43
Figure 16: Perception de la responsabilité du remplissage de la fiche Synthèse	44
Figure 17: Exhaustivité de la fiche Synthèse.....	44

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographique de l'échantillon	27
Tableau 2 Activité des médecins sondé·es	30
Tableau 3: Acceptabilité du DMT selon la durée estimée de remplissage.....	36
Tableau 4: Effectifs et proportions des médecins percevant des difficultés et des items non pertinents dans le DMT.....	38
Tableau 5: Matériel manquant pour remplir le DMT selon les médecins sondé·es	41

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization, Violence and Injury Prevention Team; Global Forum for Health Research. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, 54 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/65900>
2. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child [Internet]. New York: United Nations; 1989 Nov 20. [cité le 12 oct 2025] Disponible sur: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
3. Organisation mondiale de la Santé, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006, 97p [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/43686>
4. ODAS. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique [Internet]. ODAS Éditeur ; 2001 Mai, 39p[cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.odas.net/sites/default/files/documents/odas/2019-12/odas-lobservaion-de-lenfance-en-danger-guide-methodologique-mai-2001.pdf>
5. Martin-Blachais MP; Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance : rapport remis le 28 février 2017 [Internet]. Paris : DGCS; 2017 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-10/174000173.pdf>
6. ONPE. L'enfant victime de violences conjugales : une progressive reconnaissance [Internet]. ONPE Synthèses n°10; 2022 [cité le 12 oct 2025] Disponible sur : <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/document/onpe-syntheses-reperes-en-protection-de-lenfance-lenfant-victime-de-violences-conjugales-une-progressive-reconnaissance/>
7. Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale : recherches et pratiques [Internet]. Paris : ONED ; 2012. [cité le 12 oct 2025] Disponible sur : <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/document/les-enfants-exposes-a-la-violence-conjugale-recherches-et-pratiques/>
8. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. Strasbourg : Conseil de l'Europe ; 2011 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/text-of-the-convention>

9. République Française. 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. 2021 Nov 24;0273. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044359473>
10. ONPE GIP France Enfance Protégée. Chiffrer les maltraitances infantiles intrafamiliales : quels enjeux pour quelles données ? Note Chiffres et Analyse [Internet]. Paris : ONPE; 2022 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://onpe.france-enfance-protgee.fr/document/chiffrer-les-maltraitances-infantiles-intrafamiliales-quels-enjeux-pour-quelles-donnees/>
11. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. 274 p. [cité le 12 oct 2025] Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/145086>
12. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 1 mars 2016.
13. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
15. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*. 2014;70(7):1489-501.
16. Hélie S. & Clément M-E. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2019. 26-27:520-525.
17. Flaherty EG, Thompson R, Litrownik AJ, Theodore A, English DJ, Black MM, et al. Child maltreatment and pediatric health outcomes: a longitudinal study of low-income children. *J Dev Behav Pediatr*. 2006 Feb;27(1):68–75.
18. Lanier P, Jonson-Reid M, Stahlschmidt MJ, Drake B, Constantino J. Child maltreatment and pediatric health outcomes: a longitudinal study of low-income children. *Child Abuse Negl*. 2010 Nov;34(11):752–760
19. Cathy Spatz Widom, Sally J. Czaja, Tyrone Bentley, Mark S. Johnson, “A Prospective Investigation of Physical Health Outcomes in Abused and Neglected Children: New Findings From a 30-Year Follow-Up”, *American Journal of Public Health* 102, no. 6 (June 1, 2012): pp. 1135-1144.

20. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health*. 2012 Jun;102(6):1135–1144.
21. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann*. 2005;35(5):390-398
22. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):10-20.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: APA; 2013.
24. Mehta D, Kelly AB, Laurens KR, Haslam D, Williams KE, Walsh K, et al. Child Maltreatment and Long-Term Physical and Mental Health Outcomes: An Exploration of Biopsychosocial Determinants and Implications for Prevention. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(2):421-35.
25. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2020 Oct;146(4):e20200438.
26. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. avr 2020;102:104361.
27. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, et al. (2012) The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 9(11): e1001349.
28. République Française. Article L112-3 – Code de l'action sociale et des familles [Internet]. Version en vigueur depuis 9 février 2022. Journal officiel de la République française; [cité le 14 oct 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136781
29. Ministère de la Justice. La protection des mineurs en danger [Internet]. Paris : Ministère de la Justice ; [date de mise à jour inconnue] [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs/protection-mineurs-danger>
30. République Française. Section VI : Médecin référent « protection de l'enfance » (Articles D221-25 à D221-26) [Internet]. Version en vigueur au 25 mars 2021. Code de l'action sociale et des familles. [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000033359813/2021-03-25

31. Ministère de la Justice. Guide de la justice des mineurs [Internet]. Paris : Ministère de la Justice ; 2023 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/Guide_justice_mineurs.pdf
32. République française. Code civil, art. 375-7 [Internet]. Légifrance; 2022 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136610
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf
34. Action Enfance. Le placement d'un enfant [Internet]. [s.d.] [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.actionenfance.org/publications/comment-ca-marche-infographies-le-placement-d-un-enfant/>
35. ONED. Le dispositif de la protection de l'enfance [Internet]. Paris : Observatoire national de l'enfance en danger ; 2014 juin [cité 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.actionenfance.org/wp-content/uploads/ONED-dispositif-protection-de-l-enfance.pdf>
36. Tarayoun T, Abassi E, Diallo CT, Vinceneux K. L'aide sociale à l'enfance – Édition 2024. Paris : DREES ; 2024. Les dossiers de la DREES, n°119. [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/240723_DD_aide-sociale_Enfance_2024
37. Défenseur des droits. Droits de l'enfant en 2017 : Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant [Internet]. Paris : Défenseur des droits ; 2017 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd_rapport-annuel-enfants_2017_20181120.pdf
38. Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Étude conjointe CREAL Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes et Département de la Haute-Savoie. Rapport final. Octobre 2012
39. Défenseur des droits. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles [Internet]. Paris : Défenseur des droits ; 2015 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd_rapport-annuel-enfants_2015_synthese_20151120.pdf
40. ONPE. La santé des enfants protégés. Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement [Internet]. Paris : GIP Enfance en danger ; 2022 [cité le 12

oct 2025]. Disponible sur : https://onpe.france-enfance-protgee.fr/wp-content/uploads/2023/12/ragp_2022_v5_0.pdf

41. Défenseur des droits. Santé mentale des enfants : le droit au bien-être [Internet]. Paris : Défenseur des droits ; 2021 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_rapport-annuel-enfants_2021_20211028.pdf
42. HAS. Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Paris : HAS ; 2025 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/coordination_entre_protection_de_l'enfance_et_psychiatrie_de_l'enfant_et_de_l'adolescent_rapport_delabo_2025-05-22_15-21-27_525.pdf
43. Assemblée Nationale. Miller, L, Santiago I, & al. Rapport au nom de la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance. 2025. N°1200.
44. Tanguy M, Rousseau D, Roze M, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière sociale. Archives de Pédiatrie. 2015;22(11):1129-39.
45. Bacro F, Rambaud A, Humbert C, Sellenet C. La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-atlantique. Nantes: Conseil général de la Loire Atlantique; 2012 2013.
46. Hammoud M, Prudhomme J, Champsaur L, Jego M. L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. Santé Publique. 9 sept 2018;30(3):349-59.
47. Conseil départemental du Maine et Loire, CAREPS, Charrel M, Beauvais MC, Da Silva E. Etudes sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire. 2009. Report No.: 615.
48. Rousseau D, Riquin E, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. Rev Fr Aff Soc. 2016;1:343-74.
49. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine. févr 2016;95(7):e2622.
50. Arnaud-Melchiorre G. À (h)auteur d'enfants: Enfances & Psy. 4 mai 2022;N° 92(4):6-9.
51. Fondation pour le logement des défavorisés. Aux portes de la rue : Quand l'État abandonne les personnes sortant d'institutions [Internet]. Paris : Fondation pour le logement des défavorisés ; 2019 [cité le 12 oct 2025].

Disponible sur : https://www.fondationpourlelogement.fr/wp-content/uploads/import/sites/default/files/reml2019_aux_portes_de_la_rue_d'ef.pdf

52. République Française. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal officiel de la République française [Internet]. 5 mars 2007 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100>
53. ONPE. Le PPE : état des lieux, enjeux organisationnels et pratiques [Internet]. Paris : ONPE ; 2016 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://onpe.france-enfance-protgee.fr/wp-content/uploads/2023/12/rapport_ppe_2016.pdf
54. République Française. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal officiel de la République française [Internet]. 14 mars 2016 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234>
55. République Française. LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Journal officiel de la République française [Internet]. 7 févr 2022 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045633840>
56. République Française. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016 [Internet]. Journal officiel de la République française. 2016 Oct 20 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608/>
57. République Française. Arrêté du 25 octobre 2022 modifiant l'arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation Pégase, protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance. Journal officiel de la République française [Internet]. 29 oct 2022 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046502316>
58. République Française. France. Arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. Journal officiel de la République française [Internet]. 26 déc 2021 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044560232>
59. Ministère des Solidarités et de la Santé. Évaluation du projet Article 51 PEGASE : Programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance – Rapport final d'évaluation [Internet]. Paris : Ministère

des Solidarités et de la Santé; Juin 2024 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pegase_rapport_final_d_evaluation.pdf

60. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport final d'évaluation du projet Article 51 Santé Protégée [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; juin 2024 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/24_06_06_sante_protegee_rapport_d_evaluation_finale_pourenvoicssis-2.pdf
61. Conseil départemental du Nord. Observatoire départemental de la protection de l'enfance. La protection de l'enfance dans le Nord : rapport Nord : Conseil départemental du Nord ; février 2025
62. Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement. La durée des séances des médecins généralistes: ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement ; avril 2006. 8 p
63. GARES Alice. Parcours de soins des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le Département des Bouches-du-Rhône : Diagnostic territorial et perspectives. Aix-Marseille Université; 2022.
64. Elsa Martins. Dépistage visuel des enfants de moins de 6 ans par les médecins généralistes français en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03204592 Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2025. Paris : CNOM ; 2025. (Tome 1)
65. DREES. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. Études et Résultats. 2020 Jan;(1139):1-12. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1139.pdf>
66. République française. Stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 fév 13 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
67. Assurance Maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. Paris : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS); 2025 juin 30 [cité le 12 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-conventionnels-medecins-generalistes-specialistes>

ANNEXES

Annexe 1 : Dossier Médical Type



Examen médical d'un mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

LE MINEUR :

Nom du mineur : Prénom :

Né(e) le :à Sexe : ☐ M ☐ F

PARENTS :

Parent 1 :

Nom/Prénom..... Présent à la consultation : ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées.....

Parent 2 :

Nom/Prénom..... Présent à la consultation : ☐ OUI ☐ NON

Coordonnées.....

LIEU DE VIE DU MINEUR :

Famille d'accueil ☐

Etablissement ☐

Autre ☐

Coordonnées / téléphone :

.....

.....

.....

Nom / coordonnées du MEDECIN TRAITANT :

- Avant la mesure de protection :

- Depuis la mesure de protection :

Examen médical d'un mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance

AUTRES PROFESSIONNELS qui interviennent ou sont intervenus auprès de l'enfant (suivi médical, psychologique, psychiatrique, orthophonique, orthoptique, kiné, etc...) :

Nom du professionnel	Type de prise en charge	Période et rythme d'intervention

SOCIALISATION

Mode de garde :

Scolarité :

Etablissement :

Classe / format éducation nationale.....

Fréquentation régulière : ☐ OUI ☐ NON

Elément spécifique :.....
(RASED, PAI)

Notification MDPH : ☐ OUI => Laquelle :
☐ NON

ANTECEDENTS MEDICAUX

- Familiaux :
- Personnels :
- Allergies :

**Examen médical d'un mineur
confié à l'Aide Sociale à l'Enfance**

VACCINATIONS : A jour ☐ OUI ☐ NON

⇒ Si les vaccinations ne sont pas à jour, merci de reporter les vaccins à effectuer sur la fiche « SYNTHÈSE »

HABITUDES DE VIE

- Alimentation :
- Sommeil :
- Exposition aux écrans :
- Activités extra-scolaires / sportives / Loisirs :
- Consommation :
 Tabac ☐ Cannabis ☐ Alcool ☐ Autres ☐
 (préciser :.....)
- Relations familiales / amicales :

EXAMEN CLINIQUE

Croissance staturo-pondérale :

Âge : Poids : Taille : IMC :
 PC : TA :

Examen sensoriel :

Vision :

Correction effective ☐ OUI ☐ NON Test visuel fait : ☐ OUI ☐ NON
 Strabisme ☐ OUI ☐ NON  Résultat :

Examen médical d'un mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance

Pupilles normales ☐ OUI ☐ NON
 Cornées transparentes ☐ OUI ☐ NON
 Test à occlusion alternée ☐ OUI ☐ NON

Audition :

Test réalisé ☐ OUI ☐ NON
 Résultat normal ☐ OUI ☐ NON

Etat bucco-dentaire :

Nombre de dents : Absentes : Traumatisées :
 Caries soignées : Non-soignées :

Brossage des dents : ☐ OUI ☐ NON

Suivi dentaire : ☐ OUI ☐ NON

Anomalie de l'articulation dentaire : ☐ OUI ☐ NON

Examen physique :

- Cutanéomuqueux (acné, naevi, anomalies des phanères, cheveux, eczémas, angiomes) :
- Cardio-pulmonaire :
- Digestif (transit, signes fonctionnels, encoprésie) :
- Génito-urinaire :
 - ▶ Signes pubertaires
 - ▶ Enurésie
- Orthopédique – statique vertébrale :
- Neuro-moteur (équilibre, latéralisation, motricité globale / fine, instabilité motrice...) :
- ORL :

DEVELOPPEMENT

- Langage : oral écrit
- Troubles dys :
- Autonomie :

**Examen médical d'un mineur
confié à l'Aide Sociale à l'Enfance**

- Apprentissage :
.....
.....
- Comportements / émotions / attention :
.....
.....
- Conduites (inhibition, mise en danger, fugues, automutilation, comportement sexualisé) :
.....
.....
- Orientation souhaitée :
.....

OBSERVATIONS PENDANT LA CONSULTATION

Comportement :
.....
.....

Paroles (humeur, plaintes, projets) :
.....
.....

Plaintes somatiques fréquentes (préciser) :
.....
.....

Date :

Signature et cachet :

Annexe 2 : Fiche synthèse du Dossier Médical Type



SYNTHESE, transmise

⇒ aux titulaires de l'autorité parentale

⇒ aux équipes en charge du projet pour l'enfant

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom du mineur : Prénom du mineur :

Date de naissance : à :

SYNTHESE DE L'EXAMEN CLINIQUE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

SYNTHESE DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT

BILANS DEMANDES ET ORIENTATIONS SPECIALISEES PROPOSEES

Indication MDPH : ☐ OUI ☐ NON Aptitude à la pratique sportive : ☐ OUI ☐ NON

TRAITEMENTS (EN COURS OU INSTAURES) ET VACCINS A PREVOIR

POINTS DE VIGILANCE et PRECONISATIONS DANS LE CADRE DU PROJET POUR L'ENFANT

LIENS AVEC MEDECIN TRAITANT

LIEN FAIT AVEC MEDECIN TRAITANT QUI SUIVRA / VA SUIVRE L'ENFANT : ☐ OUI ☐ NON

Nom et coordonnées :

Commentaires :

Date :

Signature et cachet :

Annexe 3 : Questionnaire de thèse

Bonjour, je suis Mélanie Blot, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le bilan de santé et de prévention des mineurs entrant dans le dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'applicabilité d'un Dossier Médical Type en consultation de médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste thésé exerçant dans le territoire du département du Nord (critères d'inclusion).

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 à 10 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Merci à vous !

Depuis 2022, lors de l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance, un "bilan de santé et de prévention" initial doit être réalisé dans les 3 mois suivant son arrivée.

Ce bilan est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et possède une cotation propre (Code ASE) rémunérant le/la professionnel/le à hauteur de 46 euros la consultation.

Au décours de ce bilan de santé initial, un Projet Pour l'Enfant (PPE) est rédigé par l'équipe éducative encadrant l'enfant afin de l'accompagner au mieux tout au long de son parcours au sein de la protection de l'enfance. Un volet médical est intégré à ce PPE.

Or, dans la majorité des cas, ce bilan médical n'est pas réalisé ou pas dans les temps. Ce manque est expliqué par différents facteurs, notamment le manque de médecin de PMI et le manque de coordination avec la médecine de ville.

Pour faciliter la réalisation de ce bilan de santé par les médecins généralistes en ville, le service de la Protection de l'enfance du Département du Nord, sous la Direction du Dr Valérie Ternel, a rédigé une trame de consultation médicale appelée "Dossier Médical Type". Ce Dossier Médical Type vise à aider le/la médecin généraliste à construire sa consultation intégrant les éléments indispensables au suivi de l'enfant. La dernière page de ce Dossier Medical Type est une fiche "Synthèse" qui sera transmise à l'équipe en charge du PPE.

Ainsi, l'objectif de cette thèse est de soumettre ce "Dossier Medical Type" à un panel de médecins généralistes afin d'évaluer son applicabilité dans le cadre d'une consultation de médecine générale en ville. Un panel de médecins généralistes ayant réalisé ou réalisant actuellement des vacations en PMI est également sondé afin d'avoir une analyse comparative des réponses.

Ce Dossier Médical Type est visible ici : [Dossier Médical Type](#)

Je vous remercie pour votre implication, et reste à votre disposition pour toutes questions ou demandes d'informations supplémentaires.

Je suis joignable à cette adresse mail : melanie.blot.etu@univ-lille.fr

Bilan de santé et de prévention des mineurs entrant dans le dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance : évaluation d'un "Dossier Médical Type" pour la pratique de la médecine générale

Partie 1 : Une série de questions afin de situer votre pratique de la médecine générale

1) Quel est votre genre ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre :

2) Quel est votre âge ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ ≤ 30 ans
- ☐ Entre 31 et 49 ans
- ☐ ≥ 50 ans

3) Quel est votre mode d'exercice ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Activité libérale exclusive
- ☐ Activité salariée à l'hôpital exclusive
- ☐ Activité salariée en structure de santé hors hôpital exclusive : précisez
.....
- ☐ Mixte : précisez
.....

4) Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ?

Réponse en nombre d'années :

.....

5) Quelle est votre zone d'exercice ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Médecine rurale
- ☐ Médecine urbaine
- ☐ Médecine semi rurale
- ☐ Ne sait pas

6) L'activité pédiatrique représente une part de votre activité :
(Médiane estimée à 10-15% par la DREES)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Minime
- ☐ Moyenne
- ☐ Importante
- ☐ Ne sait pas

7) A votre connaissance, votre patientèle comporte t'elle des enfants bénéficiant de mesures de protection sociale administrative ou judiciaire ?

(Par exemple une AEMO : assistance éducative en milieu ouvert, un placement ...)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

8) Avez-vous déjà travaillé ou travaillez-vous actuellement en PMI en tant que médecin vacataire ou titulaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question 8) : répondez à la question 8 a) ; si vous avez répondu « Non », répondez à la question 8 b)

8 a) Si oui, avez-vous déjà réalisé des bilans de santé et de prévention d'enfants suivis par le dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui dans le cadre d'une consultation en PMI
- ☐ Oui, dans le cadre d'une consultation en médecine de ville
- ☐ Oui, dans le cadre d'une consultation en médecine de ville et dans le cadre d'une consultation en PMI
- ☐ Non

8 b) Si non, avez-vous déjà réalisé en cabinet de ville des bilans de santé et de prévention d'enfants suivi par le dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à la question 8 a) ou 8 b) : répondez aux questions 8 c) et 8 d) ; si vous avez répondu « Non », passez directement à la question 9)

8 c) Aviez-vous un dossier médical type similaire à celui présenté ici ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui celui-ci
- ☐ Oui, un autre (précisez la provenance) :
- ☐ Non

8 d) Vous êtes-vous sentis en difficulté pour réaliser ce bilan ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque de matériel pour répondre à tous les items (depistage audio, depistage trouble du langage...)
- ☐ Difficulté à aborder certains sujets avec l'enfant
- ☐ Manque d'information pour répondre à certaines questions
- ☐ Compétence hors champ de la médecine générale
- ☐ Autre :

Partie 2 : Evaluation de la grille "Dossier Médical type" dans le cadre du bilan de santé initial d'un enfant confié à l'ASE

Pour répondre à cette partie, merci de lire le document joint à ce questionnaire "Dossier Médical Type" ci-joint : Dossier Medical Type

9) Quelle durée de consultation estimez-vous nécessaire pour remplir ce "Dossier Medical Type" ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 15min
- ☐ Entre 15 et 20 min
- ☐ Entre 20 et 30 min
- ☐ Entre 30 et 45 min
- ☐ > 45 min

10) Cette durée vous paraît-elle acceptable ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, quel est le temps que vous estimez nécessaire pour réaliser un bilan de santé et de prévention tout en étant applicable en pratique ?

Réponse en minutes :

11) Lors d'études réalisées sur ce genre d'outils dans d'autres régions, certains retours pointent un manque de reconnaissance et de valorisation des compétences du médecin généraliste devant une trame assez contraignante. Avec cet outil, avez-vous le sentiment que vos compétences et votre expertise en médecine générale sont valorisées ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, pourquoi ?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Trame trop contraignante
- ☐ Items non adaptés à la médecine générale
- ☐ Trame trop longue
- ☐ Autre :

12) Pensez-vous que ce "Dossier Médical Type" peut vous aider à ne rien oublier durant la consultation et être exhaustif ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

13) Vous sentez-vous en difficulté pour répondre à certains items du Dossier Médical Type ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Un espace texte est disponible si vous souhaitez développer les raisons.

- ☐ « Renseignements administratifs »
.....
- ☐ « Coordonnées des professionnels intervenant auprès de l'enfant »
.....
- ☐ « Socialisation »

- ☐
« Antécédents médicaux »
- ☐
« Vaccinations »
- ☐
« Habitudes de vie »
- ☐
« Examen clinique »
- ☐
« Développement »
- ☐
« Observations pendant la consultation »
- ☐
« Synthèse »
- ☐ Autre :

14) Certains items de ce Dossier Médical Type vous paraissent il non pertinents ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui lesquels et pourquoi ?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ « Renseignements administratifs »
- ☐
« Coordonnées des professionnels intervenant auprès de l'enfant »
- ☐
« Socialisation »
- ☐
« Antécédents médicaux »
- ☐
« Vaccinations »
- ☐
« Habitudes de vie »
- ☐
« Examen clinique »
- ☐
« Développement »
- ☐
« Observations pendant la consultation »
- ☐
« Synthèse »
- ☐ Autre :

15) Pensez vous avoir le matériel nécessaire pour répondre à tous les items ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, que vous manque t'il ?

.....

16) La cotation "ASE" est facturée à 46 euros. Connaissiez vous cette cotation avant d'avoir lu ce questionnaire ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

17) Estimez vous que le montant de cette consultation complexe est suffisant au vu du temps et des compétences mises en jeux ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

18) Avant de lire ce questionnaire, connaissiez-vous l'obligation légale de réaliser un "bilan de santé et de prévention" dès l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie 3 : Synthèse du Dossier Médical Type

La dernière fiche "SYNTHESE" permet de communiquer avec les titulaires de l'autorité parentale et les équipes en charge du Projet pour l'Enfant afin de mettre en place des aménagements et/ou une orientation vers des spécialistes si nécessaire.

Le reste du Dossier Médical Type sera rangé dans le dossier médical de l'enfant afin de préserver le secret médical.

Cette page est visible ici : Fiche Synthèse

19) A propos des affirmations sur cette fiche de Synthèse, vous êtes :

1) D'accord 2) Plutôt d'accord 3) Neutre 4) Plutôt pas d'accord 5) Pas d'accord

Veuillez choisir la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
Vous comprenez l'importance de cette fiche de synthèse:	☐	☐	☐	☐	☐
Le remplissage de cette fiche vous paraît fastidieuse:	☐	☐	☐	☐	☐
Le remplissage de cette fiche vous paraît redondante avec le reste du Dossier Médical Type	☐	☐	☐	☐	☐
Il ne s'agit pas de votre responsabilité de remplir cette fiche de synthèse:	☐	☐	☐	☐	☐
Cette fiche de synthèse est complète	☐	☐	☐	☐	☐

20) Avez vous des remarques supplémentaires sur le Dossier Médical Type ou la Fiche Synthèse ?

.....

.....

.....

Merci pour vos réponses.

Pour m'aider à diffuser mon questionnaire, je vous serais très reconnaissante de diffuser ce questionnaire à vos contacts médecins généralistes.

Si vous souhaitez connaître les résultats de ma recherche, vous pouvez m'envoyer un mail à cette adresse: melanie.blot.etu@univ-lille.fr.

Annexe 4 : Attestation d'exonération de déclaration RGPD



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 : Bilan de santé et de prévention des mineurs entrant dans le dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance: évaluation d'un "Dossier Médical Type" pour la pratique de la médecine générale

Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Leslie CHARBONNIER
Interlocuteur (s) : Mme Mélanie BLOT

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 via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mails/numéros de téléphone des personnes contactées.
- 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 21 mars 2025

Délégué à la Protection des Données

AUTRICE : Nom : BLOT

Prénom : Mélanie

Date de soutenance : 13 novembre 2025

Titre de la thèse : Utilisation d'un dossier médical type pour le bilan médical initial d'un enfant entrant à l'Aide Sociale à l'Enfance : applicabilité du point de vue des médecins généralistes du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + FST/option : *Médecine Générale*

Mots-clés : Services de protection de l'enfance, Etat de santé, Santé de l'enfant, Dossiers médicaux

Résumé :

Introduction : Les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance représentent une population vulnérable, particulièrement exposée aux inégalités de santé. Leurs prises en charge médicales sont souvent insuffisantes et émaillées de ruptures. La mise en place d'un bilan médical initial standardisé et d'un suivi effectif par un médecin référent est un enjeu majeur. Pourtant, moins de 30% des enfants bénéficient d'un bilan médical à leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et seulement 10% de ces enfants ont un suivi effectif par la suite.

L'objectif de cette étude était d'évaluer auprès des médecins généralistes exerçant dans le Nord l'applicabilité d'un Dossier Médical Type pour la réalisation du bilan médical initial dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative réalisée auprès de médecins généralistes exerçants dans le département du Nord, par questionnaire anonyme en ligne auto-administré. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel R. Les analyses statistiques comparatives ont été réalisées à l'aide des tests Chi-2 et Fisher avec un seuil de significativité $p < 0,05$, le risque α étant de 5 %.

Résultats : 113 réponses au questionnaire ont été analysées. 71% des médecins jugeaient acceptable la durée auto-estimée de remplissage du DMT. 49,6% des médecins ont rapporté des difficultés face à un ou plusieurs items du DMT. La pertinence et l'exhaustivité des items du DMT ont été valorisées. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans l'évaluation de cet outil selon l'expérience en PMI.

Conclusion : Ce travail de thèse a permis de montrer que le Dossier Médical Type est perçu par les médecins généralistes du Nord comme pertinent, mais que son utilisation en pratique courante nécessite une adaptation à la médecine générale en ville.

Une étude ultérieure après déploiement du DMT pourrait être réalisée afin d'évaluer son utilisation en pratique.

Composition du Jury :

Président : Professeur François MEDJKANE

Assesseur : Docteur François QUERSIN

Directrice de thèse : Docteur Leslie CHARBONNIER-DINNER

