



HAL
open science

**La vision du système information
préoccupante/signalement par les médecins généralistes
en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges : étude
qualitative visant à rechercher des pistes pour faciliter la
démarche des médecins généralistes face aux situations
d enfance en danger**

Jessica Jacquemart, Paul Arthur Mersch

► **To cite this version:**

Jessica Jacquemart, Paul Arthur Mersch. La vision du système information préoccupante/signalement par les médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges : étude qualitative visant à rechercher des pistes pour faciliter la démarche des médecins généralistes face aux situations d enfance en danger. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297867

HAL Id: hal-03297867

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297867>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2019

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale

Par

Jessica JACQUEMART

Et

Paul-Arthur MERSCH

Le 13 Novembre 2019

**La vision du système information préoccupante/signalement
par les médecins généralistes
en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges :**

étude qualitative visant à rechercher des pistes pour faciliter la démarche des
médecins généralistes face aux situations d'enfance en danger

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur SCHWEITZER

Président du Jury

M. le Professeur KABUTH

Juge

M. le Docteur MARTRILLE

Juge

Mme le Docteur CLEMENCE

Directrice et Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Pr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGI PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^e sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Éva FEIGERLOVA

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

L'opinion publique est loin d'avoir pris conscience que ce qui arrivait à l'enfant dans les premières années de sa vie se répercutait inévitablement sur l'ensemble de la société, et que la psychose, la drogue et la criminalité étaient des expressions codées des expériences de la petite enfance.

Alice Miller, Docteur en philosophie et Psychanalyste

REMERCIEMENTS

A Notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur des Universités –Praticien Hospitalier de Pédiatrie

Université de Lorraine–CHU de Nancy

Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant de présider notre thèse.

Veillez accepter l'expression de notre plus profond respect.

A Notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur des Universités –Praticien Hospitalier de Pédo-psychiatrie

Université de Lorraine–CHU de Nancy

Nous vous sommes reconnaissants de nous faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de notre travail. Nous vous prions d'accepter notre respectueuse considération.

A Notre Juge

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maitre de Conférences des Universités –Praticien Hospitalier de Médecine Légale
Université de Lorraine–CHU de Nancy

Nous vous remercions d’avoir accepté de siéger à notre jury de thèse, et de l’intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous prions d’accepter notre sincère reconnaissance.

A Notre Juge

Madame le Docteur Anne Clémence

Maitre de Stage des Universités

Médecin départemental de la Protection Maternelle et Infantile des Vosges

Tu nous as fait l'honneur d'avoir accepté de diriger notre travail. Nous t'en témoignons par ces quelques mots notre plus grande gratitude.

Remerciements de Jessica

Merci au Dr Anne Clémence. Ton soutien au niveau professionnel et ton investissement pour cette thèse ont été précieux ! Je suis honorée de rejoindre ton équipe.

Merci au Dr Damien Gonthier. Tu nous as permis à Paul-Arthur et moi de nous rencontrer et de concrétiser ce travail. Tu nous as apporté conseil et soutien avec patience et bienveillance.

Merci aux médecins ayant participé à cette étude. Vous avez transmis avec beaucoup d'humanité vos expériences, vos doutes et vos espoirs, nous en sommes très honorés ! Échanger avec vous fut riche !

Merci à Paul-Arthur Mersch. Une belle rencontre et une sacrée épreuve traversée ensemble. Je suis heureuse de cette rencontre, ce fut un plaisir, tu as su m'apaiser dans mes doutes. Tu seras sans nul doute un médecin au grand cœur, à l'écoute et bienveillant ! Je te souhaite que tes projets personnels et professionnels se concrétisent ! Tu seras toujours le bienvenu pour un thé dans le jardin ;)

Merci aux médecins, aux infirmières, aux aides-soignantes et aux secrétaires qui m'ont accueilli, formé et soutenu tout au long de mes études. Vous m'avez tant apporté professionnellement et humainement.

J'ai une pensée toute particulière pour les infirmières des urgences de Sarrebourg et Julie ma chérie, pour Alexia et Anne en réadaptation cardiaque au CHU de Nancy, ainsi qu'à Juliette et Ludivine du SSR de Saint-Charles à Nancy. Votre dévouement, votre sourire et votre soutien à des moments clés de ma vie m'ont profondément touché, je ne vous oublierai jamais !

Merci aux Dr Mondon-Winum, Dr Fanjeaux, Dr Dietsch, Dr Siebler, Dr Autissier et Dr Felder, des médecins généralistes pleins d'humanité. Je vous suis tellement reconnaissante pour tout ce que vous m'avez transmis.

Un grand merci à Hélène (Dr Thiriart-Delon) et à Agnès, ce fut une rencontre déterminante dans ma vie ! Plus qu'un choix professionnel c'est une cause que je suis fière de défendre à vos côtés !

Merci à Josiane Brignatz de m'avoir permis de faire mes premiers pas en PMI et de m'accorder cette confiance !

Un grand merci à toute l'équipe de la MSVS Epinal 1...une équipe incroyable pour débiter une carrière !! Travailler à vos côtés, partager nos combats, nos rires, nos larmes sont une grande source d'enrichissement pour moi. J'espère que ce n'est que le début d'une belle et longue histoire ! Merci Julien de m'avoir donné les moyens d'en être là aujourd'hui, merci les filles de supporter mes petites joies et mes coups de gueules ! Merci Anaïs, Caroline, Corinne et Charline, merci pour tout...je suis tellement fière et heureuse de travailler à vos côtés, je n'ai pas les mots pour vous dire combien je me sens privilégiée !

Une pensée pour Lucie ! je te promets de veiller sur toi ! La vie nous éloignera peut-être mais je serais là quelque part à penser et à me soucier de toi ! Dans les moments de doute, tu me rappelles que c'est un combat qui vaut la peine d'être mené !

Merci Maman, je suis tellement fière de toi, de ton courage, de ta détermination... j'admire la femme que tu es et avec quelle hargne tu t'es battue pour en arriver là ! tu es une vraie source d'inspiration et une vraie force pour moi. Je n'ai pas les mots (mais bien sur les larmes sont là ;)) alors juste MERCI et je t'aime !

Merci Tata d'être une seconde mère pour moi, encore maintenant tu veilles sur moi, je t'aime !

Merci Pépère et Mémère d'avoir toujours pris soin de moi ! Une pensée toute particulière pour toi Mémère, ton sourire et ta bonne humeur sont juste incroyables...même la maladie n'est pas de taille à lutter contre cette force ! Même dans les moments les plus difficiles tu sais y voir le bon, le beau, le drôle ! Que tu puisses être présente pour ce grand jour est la plus belle des récompenses !

Merci les frangines ! Vous êtes maintenant des femmes accomplies, je suis fière de vous !

Merci ma Mimi pour ton soutien !

Une pensée pour toi Thomas, plus qu'un petit frère, un super tonton pour mes petits loups !

Merci Christian, je te suis reconnaissante de m'avoir toujours soutenu !

Merci PO, mon cœur, d'avoir toujours cru en moi et de me soutenir chaque jour ! Survivre ensemble à la thèse, à l'expérience de la parentalité, aux travaux de rénovation...je pense qu'on peut tout surmonter ensemble ! Je suis fière de toi et je suis fière du chemin que nous avons parcouru ensemble. Je t'aime !

Une pensée à ta famille et surtout à tes parents, nous sommes maintenant une grande famille !

Je pense bien sûr en ce grand jour à mes amours, Gabriel et Baptiste. Je grandis chaque jour à vos côtés, vous m'apprenez à devenir une meilleure personne, une meilleure mère et un meilleur médecin. Vous êtes mon plus grand bonheur, ma plus grande fierté ! Je vous aime grand comme ça et bien plus encore !

Merci Popo et Manon pour tous ses souvenirs indélébiles depuis la salle bleue ! Malgré le quotidien qui nous entraîne dans son rythme effréné et les kilomètres, c'est toujours un plaisir de se retrouver ! Bravo pour vos parcours, je suis fière de vous !

Merci à toi Amélia et toutes ces belles années d'amitié. Quelles étapes traversées ensemble...les petits boulots, les soirées, les mariages, les bébés, les projets pro, les maisons...on en aura des choses à raconter à nos garçons !

Merci Amélie, ton amitié compte beaucoup pour moi. Tu as toujours été présente pour moi, une écoute bienveillante et un soutien sans faille ! Merci pour tout !!

Merci Géraldine et Camille, une belle amitié qui dure, tant de souvenirs et d'autres à construire ensemble ! Merci aussi Géraldine pour ces premiers livres qui m'ont apporté un grand soutien en tant que mère et un vrai tremplin en tant que médecin !

Merci Christelle pour ton soutien et tes mots.

Merci Lise, quelle jolie rencontre, tu es devenue depuis ma marraine la bonne fée qui veille avec bienveillance et douceur sur moi.

Merci aux amis et une pensée toute particulière à Virginie, Ludi et Vincent, Aurélie et David, Mérédith, et bien d'autres !

Merci aux wondermums du petit divan, vous êtes un soutien incroyable ! J'aime ce cocoon que nous avons tissé ensemble !

Remerciements de Paul-Arthur

Au Dr Anne Clémence, médecin départemental du service de PMI dans les Vosges.
Merci d'avoir accepté ce travail en collaboration avec la PMI de Meurthe-et-Moselle puis d'avoir accepté tardivement de reprendre la direction de mon travail de thèse.
Votre gentillesse et votre disponibilité ont été un soutien essentiel et une aide très précieuse.
Au Dr Marie-Christine COLOMBO, médecin et directrice du service de PMI de Meurthe-et-Moselle.
Malgré votre désistement tardif, vous m'avez permis d'initier ce projet et mis à disposition des ressources du département de Meurthe-et-Moselle essentielles pour mener à bien mes recherches.

Au Dr Damien GONTHIER, chef de clinique des universités du département de Médecine Générale.
Ton soutien et ta bienveillance tout au long de ce travail ont été une aide très précieuse.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à notre travail de thèse.
La gentillesse, la disponibilité et la bienveillance dont vous avez fait preuve à nos égards a été un moteur pour mener ce projet à terme.
Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans votre aide.

Aux personnels de PMI de Meurthe-et-Moselle et tout particulièrement du territoire de Lunéville.
Vous m'avez permis de me former et d'éveiller ma sensibilité à la Petite Enfance et à la Protection de l'Enfance.

A Jessica, le hasard nous a réunis ... c'est avec plaisir que j'ai fait ta rencontre et celle de ta famille. Travailler à tes côtés a été d'une douceur et d'une simplicité incroyable. Echanger avec toi sur la Médecine et la Protection de l'Enfance est toujours stimulant et intéressant pour ma pratique. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

A Nicolas.
Encore une fois, c'est le hasard qui m'a mis sur ta route. Ta pratique et ta vision de la Médecine Générale sont pour moi une source d'inspiration et un modèle à suivre. Travailler à tes côtés est un plaisir et un honneur.

A Sarah, qui me supporte et m'accompagne même quand je râle.
Je t'aime.

A mes parents.
Merci pour votre soutien et toutes les valeurs que vous m'avez inculquées.

A mes sœurs, pour tous ces souvenirs communs et ces fous rires mémorables.

Au petit Grégory, un jour peut-être on arrêtera de dire « quand est-ce qu'on va à Tahiti ? »

A mes grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines, qui sont parfois loin mais dont les rares moments partagés sont toujours un plaisir.

A ma belle-famille qui a su m'accueillir avec bienveillance parmi eux.

A PEL, Laure et Oscar, pour tous ces moments passés ensemble et ceux à venir, il ne manque parfois que Tchouni et ses blagues pourries pour combler les pauses par des silences gênants.

A mes amis de l'enfer de l'internat de Thionville
Alexis, Linda, Charly, Audrey, Aurélie, Chouchou, Nathalie, Jocelyn, Marion, Romain, Sorci,
Hugo, Hélène, Sélène, Marie, Brice.
Il y a des rencontres qui marquent, les vôtres en font éminemment partis.

A mes camarades de la faculté et du lycée.
Nos rencontres sont de plus en plus rares mais toujours des moments conviviaux.

A Némaïn et Maïa qui mettent beaucoup d'animations et de poils dans ma vie.

SERMENT

« Au moment d'être admis·e à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis·e dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu·e à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré·e et méprisé·e si j'y manque ».

LISTE DES ABREVIATIONS

AED : Aide Éducative à Domicile

AEMO : Aide Éducative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CEMMA : Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CSP : Code de Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger (ancien nom de l'ONPE)

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

ODPE : Observation Départemental de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	18
GENERALITES	21
I. Historique et évolution législative de la Protection de l'Enfance.....	21
A) Histoire de l'Enfance en Danger et genèse d'une politique de protection	21
1- De l'Antiquité au Moyen-Âge :	21
2- De la Renaissance à la période Révolutionnaire	22
3- Les XVIIIe et XIXe siècles	22
4- La période moderne.....	24
B) <i>Évolution législative de la Protection de l'Enfance</i>	24
1- <i>L'évolution législative au cours du XXe siècle</i>	24
2- <i>Bases juridiques</i>	25
3- <i>La loi du 5 mars 2007</i>	26
4- <i>La loi du 14 mars 2016</i>	27
5- <i>Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019</i>	28
II. L'Enfance en (risque de) Danger	29
A) Définitions	29
B) Facteurs de risque	29
1- Concernant la famille	29
2- Concernant la période périnatale.....	30
3- Concernant l'enfant.....	30
C) Types de danger, signes d'alerte et conséquences	30
1- Les violences physiques	31
2- Les violences sexuelles et l'inceste.....	31
3- Les violences psychologiques	32
4- Les maltraitances par négligence	32
D) Les données chiffrées	33
1- Dans le Monde	33
2- En France.....	35
3- <i>En Meurthe-et-Moselle</i>	36
4- Dans les Vosges	36
III. La Protection de l'Enfance	38
A) Les acteurs de la Protection de l'Enfance	38
1- La Protection Maternelle et Infantile	38
2- L'Aide Sociale à l'Enfance	38
3- La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes	39
4- Le système judiciaire.....	40
5- Les acteurs de l'Éducation Nationale.....	41
6- Les principaux organismes associés.....	41
B) <i>Les démarches d'alerte en Protection de l'Enfance</i>	42
1- <i>L'information préoccupante</i>	42
2- <i>Le signalement</i>	43
C) <i>La place des médecins dans le dispositif de la Protection de l'Enfance</i>	43
IV. La relation médecin – patient.....	45
A) Définitions	45

B) Généralités	45
C) Particularités de la relation médecin – parent – enfant	46
ARTICLE.....	48
I. Introduction	48
II. Matériel et méthodes	49
A) Choix de la méthode.....	49
B) Échantillon	50
C) Analyse des données	50
III. Résultats	51
A) Population étudiée	51
B) Analyse des entretiens	56
1- La perception de l’Enfance en (risque de) danger.....	56
2- La connaissance du système de la Protection de l’Enfance	60
3- La place du médecin dans le dépistage de l’Enfance en (risque de) danger	62
4- La crainte des conséquences d’une démarche de Protection de l’Enfance	67
5- Les médecins généralistes en difficulté dans la prise en charge de l’Enfance en Danger	70
6- Des pistes pour soutenir les médecins généralistes dans leurs actions en faveur de la Protection de l’Enfance	74
IV. Discussion	78
A) Les forces et limites de l’étude.....	78
B) Discussion des résultats.....	79
C) Implications pour la pratique.....	83
V. Conclusion.....	85
SYNTHESE ET PERSPECTIVES	87
I. Synthèse	87
II. Perspectives, du point de vue de la médecine générale	88
A) La communication	88
B) Le médecin référent	89
C) Le suivi des enfants	89
D) La formation.....	90
III. Perspectives, du point de vue de la PMI.....	91
A) Concernant la communication.....	91
B) Concernant le médecin référent.....	91
C) Concernant le suivi des enfants	92
D) Concernant la formation	92
ANNEXES.....	93
BIBLIOGRAPHIE	106

Légende :

- Par Jessica Jacquemart
- Par Paul-Arthur Mersch
- Par J. Jacquemart et PA. Mersch

GENERALITES

I. Historique et évolution législative de la Protection de l'Enfance

A) Histoire de l'Enfance en Danger et genèse d'une politique de protection

Les représentations de l'enfance et la place de l'enfant dans la famille et la société se sont modifiées au fil des siècles, influencées par de nombreux facteurs tels que les religions, les coutumes, les croyances, les connaissances scientifiques, les modèles économiques et politiques.

1- De l'Antiquité au Moyen-Âge :

Dans l'Antiquité romaine, l'enfant (« infans » = non-parlant) est considéré comme un être inachevé. Le « Pater familias » dispose d'un droit de vie et de mort sur ses enfants, et ce jusqu'à la mort du chef de famille. A la naissance d'un nouveau-né, il est présenté au père qui peut choisir d'accepter cet enfant ou, s'il répugne à le tuer, de l'exposer, c'est-à-dire l'abandonner à son sort (1). L'exposition est une coutume admise, les nouveau-nés qui survivent sont voués à l'esclavage, à la prostitution ou à l'école des gladiateurs (2).

Ce n'est qu'à partir de la christianisation de l'Empire Romain que l'enfant acquiert une considération de la part des adultes. Toutefois la religion ne remet pas en cause l'esclavage ni le mode de gouvernement patriarcal de la famille (3). Au IV^{ème} siècle, Constantin le 1^{er} Empereur converti au christianisme n'ose pas interdire l'infanticide et l'esclavage des enfants exposés qui sont encore ancrés dans les coutumes, cependant il organise les premiers secours envers les familles miséreuses contraintes d'abandonner leurs enfants pour des raisons économiques (2). Il faudra attendre les Empereurs chrétiens Valentinien Ier, Valens et Gratien pour que l'infanticide et l'abandon soient proclamés punissables, sans pour autant condamner le châtement corporel (3). C'est à la chute de l'Empire Romain au Ve siècle que l'Église, alors seule autorité reconnue, commence à organiser la protection des enfants exposés en les recueillant. Les fidèles peuvent alors accueillir l'enfant contre de l'argent, ce qui s'apparente encore à un achat d'esclave (2).

Au début du Moyen-Âge, l'infanticide est interdit mais la vente d'enfants et l'abandon aux portes des églises sont encore très courants. Cependant des initiatives individuelles apparaissent avec l'apparition de maisons destinées à accueillir et élever les enfants exposés. De même Charlemagne permet l'adoption des enfants déposés aux portes des églises et la protection des propriétés destinées aux orphelinats et hospices d'enfants (2). Le XII^e siècle voit apparaître la première initiative d'ampleur avec l'Ordre des Hospitaliers du Saint-Esprit fondé à Montpellier qui crée un hospice permettant d'accueillir plusieurs centaines d'enfants abandonnés avec l'objectif de les recueillir, les élever et les éduquer jusqu'à être en âge de gagner leur vie. Au fil du temps, ces maisons se multiplient dans le royaume de France et dans toute l'Europe (2). Le Moyen-Âge est une longue période historique où l'évolution des perceptions de l'enfant et de sa place dans la société est influencée par les nombreuses cultures européennes brassées lors des diverses invasions barbares, notamment germaniques (3).

2- De la Renaissance à la période Révolutionnaire

A la Renaissance et sous l'Ancien Régime, l'enfant est encore perçu comme un être inachevé, sans parole, innocent et irresponsable mais utilisable comme force de travail (4). Néanmoins il est notable que le sens du devoir des parents envers leurs enfants s'accroît, en effet les manuels catholiques évoquent la responsabilité des parents et la réciprocité dans le respect et l'amour. De même, Érasme, un des plus grands philosophes humanistes de la Renaissance, publie des écrits sur le rôle des parents : il développe l'idée que l'éducation précoce de l'enfant est importante car il est encore modelable et qu'à l'inverse, le négliger fait de lui un animal. Il se montre également critique envers les châtiments corporels infligés aux enfants, notamment dans les écoles (5). En 1531, François Ier ordonne une enquête sur les conditions de vie des enfants trouvés notamment concernant l'effroyable mortalité qui les touche. En 1536 à Paris est fondé un hôpital destiné à accueillir les enfants orphelins ou abandonnés, par la suite d'autres établissements sont créés en France. Les enfants y sont admis à partir de l'âge de 6-7 ans et apprennent un métier ou sont placés comme domestique. Malgré de nombreux bouleversements liés aux guerres de religion qui marquent le XVIe siècle, les institutions religieuses et le pouvoir civil continuent de prendre en charge les enfants isolés (2).

Dans ce contexte de protection ponctuelle et localisée, Saint Vincent de Paul, secondé par les Dames de la Charité, met en place une organisation d'envergure dotée de moyens efficaces et de ressources sûres. Ainsi en 1639, les principes de l'hôpital des Enfants sont posés : chaque enfant dispose d'un dossier, la réglementation prévoit le logement, la nourriture, la vêtue, le recrutement des nourrices, le placement des enfants à la campagne, leur surveillance et leur instruction. Suite à un édit royal en 1670, l'hôpital des Enfants est rattaché à l'hôpital général afin d'assurer sa pérennité (2).

Au cours de la période révolutionnaire, la représentation de l'enfance est bousculée : l'enfant est désormais perçu comme objet de droit. La prévalence de la figure paternelle est encore très présente mais s'adapte avec le devoir pour le père d'être aimant, protecteur et garant d'une bonne moralité familiale. Durant la Révolution, une évolution majeure est amorcée avec la mise en place d'une première forme d'assistance publique envers les individus nécessiteux basée sur les principes du droit au secours, qui était alors dévolue aux hospices religieux. Les enfants isolés, orphelins ou abandonnés sont pris en charge par les communes (4).

Le phénomène d'abandon apparaît croissant d'autant qu'il est mieux répertorié. Les motifs d'abandon sont multiples : procréation avant ou hors mariage, procréation dans une union considérée comme illégitime par les familles, raisons économiques, etc (2). A ces enfants, s'ajoutent les orphelins dont les familles ont souffert des famines, des épidémies et des guerres.

3- Les XVIIIe et XIXe siècles

Cette période est notamment marquée par le siècle des Lumières : l'enfance devient une période idéalisée représentant l'innocence, le bonheur et l'espoir. Le philosophe John Locke publie un livre influent sur l'éducation des enfants recommandant une éducation dans la raison, dans la tendresse et passant par le jeu, tout en évitant d'avoir recours aux châtiments corporels (5). Le philosophe Jean-Jacques Rousseau introduit par ses écrits les notions qu'un enfant naît naturellement bon et enclin à apprendre (6).

Persiste tout de même à cette époque le sentiment que les filles sont plus faibles et plus passives que les garçons, ce qui expose les filles à un risque plus important d'abandon.

La loi de 1793 oblige la Nation à secourir les enfants abandonnés, en effet le gouvernement se préoccupe du sort de ces enfants et s'inquiète de leur avenir. Cette mission d'assistance publique devient à la charge des départements en 1801. En 1811, un service des enfants assistés national est institué. C'est le socle de l'institutionnalisation de la protection de l'enfance. Paradoxalement, les dispositions du Code civil marquent un certain recul par rapport aux idées de la période révolutionnaire en renforçant les prérogatives de la puissance paternelle et le rétablissement du droit de correction. On voit tout de même apparaître la face négative du pouvoir paternel avec l'apparition dans le Code Pénal de la possibilité de déchéance des droits pour les parents qui se rendraient coupables d'une mise en danger pour leurs enfants. A cette époque, la mise en danger est rapportée aux situations d'incitation à la débauche, de corruption et d'attentat à la pudeur (4).

A l'issue de l'instauration des bases de l'assistance publique, la législation qui en découle s'inspire d'une notion originale mais vouée à un grand avenir : la prévention de l'abandon. Ainsi pour aller dans ce sens, les familles en difficulté financières, ne pouvant prendre soin de leurs enfants, perçoivent de modestes pensions destinées à dissuader ces familles d'abandonner les enfants. Ces mesures sont maintenues au XIXe siècle et portent leurs fruits avec une diminution significative des abandons à partir des années 1870. Cette réduction permet l'admission dans les institutions des enfants de parents incarcérés ou hospitalisés (2).

Le changement de perception de l'enfant et de sa place dans sa famille et dans la société est alimenté par les progrès de la médecine infantile et l'émergence des sciences sociales. Au XIXe siècle, la pédiatrie est reconnue comme une discipline médicale spécifique. Auguste Ambroise Tardieu, médecin légiste français, décrit pour la première fois en 1860 dans sa publication le syndrome des enfants battus : il se base sur l'analyse de 32 cas d'enfants, dont 18 mortels, pour évoquer les sévices, mauvais traitements et privations infligés (7).

La loi du 23 décembre 1874, œuvre du médecin et parlementaire Théophile Roussel, est destinée à systématiser la surveillance des enfants en bas âge placés hors du domicile parental afin de protéger leur vie et leur santé par l'augmentation du nombre des inspecteurs du service des enfants assistés et par le renforcement de leur rôle de surveillances des nourrices et des orphelinats. Cette législation en faveur des très jeunes enfants est considérée comme la première initiative républicaine de protection de l'enfance. Le concept de protection de l'enfance s'étend avec la loi du 24 juillet 1889, également portée par Théophile Roussel, sur la protection judiciaire de l'enfance maltraitée ou moralement abandonnée. Cette loi permet notamment la déchéance des droits des parents afin de protéger l'enfant (4). Cependant, cette loi fait apparaître d'autres problématiques car les institutions habituées et équipées à recevoir des publics très jeunes se retrouvent en difficulté face à l'arrivée d'enfants plus âgés. Pour répondre à ce nouveau public, des écoles professionnelles sont créées mais relèvent davantage du bagne pour enfants. De même, des colonies agricoles sont mises en place mais les conditions de vie éprouvantes chez ces enfants déjà fragilisés sont responsables d'une importante morbi-mortalité. Il faudra attendre 1946 pour que ces bagnes et colonies agricoles pour enfants soient supprimés (2).

L'enfant pauvre et ses souffrances, ainsi que son exploitation pendant la révolution industrielle est largement décrite dans les œuvres d'Emile Zola et de Victor Hugo.

A la fin de du XIXe siècle, l'interventionnisme autoritaire évolue progressivement vers un contrôle social négocié, tendance qui s'affirmera au cours du XXe siècle.

4- La période moderne

Le début du XXe siècle est marqué par l'intérêt grandissant pour les théories évolutionnistes et les travaux menés autour de la psychologie de l'enfant. Puis l'essor des neurosciences à la fin du XXe siècle permet un apport significatif dans la compréhension des besoins de l'enfant et permet d'appréhender les répercussions de la maltraitance et de la négligence sur le développement de l'enfant (8).

En France et en Lorraine, plus particulièrement, on peut citer l'œuvre des Professeurs Nathan Neimann et Michel Manciaux qui ont largement participé aux recherches sur la description des signes de maltraitance et le développement de la pédiatrie sociale. Le Professeur Manciaux s'est impliqué dans la description des signes de sévices puis la mise en place de politique préventive et sociale. Il a, en ce sens, participé à la création de l'Association internationale de Pédiatrie Sociale, qui a développé la notion de pédiatrie sociale, visant à « intégrer la dimension sociale et psychosociale des différentes facettes de l'enfance et de l'enfant dans ses différents milieux de vie ou situations » et à « s'intéresser au bien-être de l'Enfant dans ses dimensions individuelles et d'environnement » (9).

La législation évolue de manière considérable au XXe puis XXIe siècle, les grandes lignes de cette évolution de la Protection de l'Enfance sont abordées ci-après. A noter qu'il faut attendre 2019 pour que la France légifère sur les violences éducatives dans le but de lutter contre les violences intrafamiliales. La France devient le 55^e pays à interdire complètement les châtiments corporels envers les enfants.

B) Évolution législative de la Protection de l'Enfance

1- L'évolution législative au cours du XXe siècle

La loi du 27 juin 1904 relative aux enfants assistés est considérée comme la base de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). L'édification du système de protection se poursuit grâce à l'articulation entre le judiciaire et l'assistance à l'enfance, en intégrant les œuvres sociales et éducatives à l'action publique (4). En 1912 sont instaurés les tribunaux pour enfants et une législation spécifique pour les enfants délinquants visant à favoriser les mesures éducatives aux mesures répressives. Cet objectif est renforcé par l'ordonnance du 2 février 1945 (2).

L'une des préoccupations majeures d'après-guerre est d'éviter autant que possible le placement des enfants, en effet bien qu'il puisse être parfois nécessaire, il est souvent évitable et risqué. La législation institue alors des services de prévention et favorise autant que possible le maintien des enfants dans le milieu familial. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) est créée suite à l'ordonnance du 2 novembre 1945, celle-ci est inspirée de l'Association Alsacienne et Lorraine de puériculture créée en 1920 par le pédiatre Paul Rohmer. En 1964, sont mises en place les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale avec, pour objectif, une meilleure collaboration entre les services de PMI, ASE et Santé scolaire.

L'Aide Sociale à l'Enfance bénéficie de nombreuses réformes lui permettant de devenir un service d'aide à la famille et non plus uniquement un service de Protection de l'Enfance.

Cependant il faut attendre les années 80 pour que l'enfant et sa famille soient réintroduits comme partenaires de la prise en charge.

Le 20 novembre 1989, l'ONU promulgue la Convention internationale des Droits de l'Enfant pour qu'il soit considéré comme un être de droit ayant des besoins spécifiques. Elle est ratifiée par la France le 7 août 1990.

2- Bases juridiques

D'un point de vue légal, l'autorité parentale est la base réglementaire de toute autorité qui s'impose sur les enfants en France. Elle est définie par l'article 371-1 du Code Civil (10) qui dit que : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. » Les principes qui régissent les droits et les devoirs sur l'enfance sont fondés sur les capacités des parents à assumer de manière adaptée cette autorité comme le rappelle l'article L. 112-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (11) : « L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. »

En France, la Protection de l'Enfance est définie par la loi du 5 mars 2007 (12) et précisée dans l'article L. 112-3 du CASF (13) comme moyen visant « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. » Elle établit qu'elle a « pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ». A ce titre, elle n'est pas seulement un moyen de contrainte vis à vis de cette autorité mais peut également prendre la forme d'accompagnement ou d'aide à l'exercice de cette autorité. Elle vise avant tout à garantir une égalité des chances pour le développement à la fois psychomoteur, physique, moral, psychique de tous les enfants en France.

La loi n°89-487 du 10 juillet 1989 (14) avait attribué l'autorité de cette Protection de l'Enfance aux présidents des conseils départementaux via la création des services de l'ASE. Elle visait, à l'époque, à « mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs » par l'ASE en lien avec les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Il y était notamment cité le devoir de mener des actions de sensibilisation des populations et la mise en place de dispositif permettant le recueil des « informations relatives aux enfants maltraités et répondre aux situations d'urgence [...] en lien avec l'autorité judiciaire » créant ainsi le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée. Cette loi établissait les bases du système de Protection de l'Enfance actuelle mais c'est la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 qui donne un socle légal à l'ensemble du cadre de la Protection de l'Enfance.

3- La loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 (12) fait suite à de nombreux rapports à la fois parlementaires mais aussi du Défenseur des droits ainsi qu'à « l'appel des 100 » pour le renforcement de la Protection de l'Enfance. Cette loi introduit la notion d' « Enfance en Danger et à risque de l'être », d'une part, et inscrit dans la loi la notion d'intérêt supérieur de l'enfant comme principe du système de protection de l'enfance en France en reprenant les termes de l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant, d'autre part (15).

Elle a trois objectifs :

- renforcer la prévention
- améliorer le dispositif d'alerte et de signalement
- diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille

Concernant la prévention, elle a modifié les missions des services de PMI en développant leur rôle médico-social et inscrivant son action dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. Elle a par exemple introduit les bilans de santé en école maternelle au cours de la 4^e année, rendu obligatoire l'entretien psychosocial au cours du quatrième mois de grossesse et mis en place des actions d'accompagnement de la femme enceinte et des actions médico-sociales et de suivi post-natal.

Concernant le signalement, la loi par l'article L. 226-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (16) a rendu obligatoire la création des CRIP sous la responsabilité des présidents des conseils départementaux, et ce, afin d'améliorer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes. Elle ajoute également qu'« après évaluation, les informations individuelles font, si nécessaire, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire. »

La loi prévoit également une amélioration du partage des informations « entre personnes soumises au secret professionnel » au terme de l'article L.226-2-2 du CASF (17) en permettant « par exception à l'article 226-13 du Code Pénal [...] de partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Dans ce cas, les parents et l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

Elle planifie également la création des Observatoires Départementaux de Protection de l'Enfance (ODPE) chargés de compiler et analyser les données relatives à la protection de l'enfance dans les départements pour les transmettre secondairement à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED).

Il y était prévu également des dispositifs pour améliorer la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels participant à la Protection de l'Enfance.

Concernant la diversification des modes d'intervention, la loi crée des alternatives aux placements et aux aides à domicile en plus des mesures déjà en place :

- l'accueil de jour
- l'accueil exceptionnel et périodique
- l'accueil spécialisé
- l'accueil d'urgence

4- La loi du 14 mars 2016

Cette loi (18) s'inscrit dans la suite logique de la loi du 5 mars 2007 qui, dans les suites de son application, a nécessité les évaluations décrites notamment dans les 2 rapports cités plus bas. Elle vise ainsi à combler les manques et améliorer les dispositifs établis par la loi du 5 mars 2007 qui ont pu être mis en lumière par le rapport parlementaire des sénatrices Dini et Meunier de 2014 (19) et le rapport Handicap et protection du Défenseur des Droits en 2015 (20).

La loi du 14 mars 2016 présente 2 nouveaux objectifs :

- l'amélioration de la prise en compte de l'enfant et de ses besoins dans le parcours de Protection de l'Enfance
- l'amélioration de la gestion locale et nationale des politiques de Protection de l'Enfance

- Prise en compte des besoins de l'enfant

Ainsi, elle ne définit plus la Protection de l'Enfance comme un moyen de prévenir les difficultés des parents mais comme un moyen de « garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »

Elle élargit également les prérogatives de la Protection de l'Enfance en lui octroyant des moyens de prévention, les moyens de dépistage et traitements des situations de danger ainsi que la gestion décisionnaire administrative des situations.

De plus, elle prévoit que l'évaluation des informations préoccupantes se fasse par des équipes pluridisciplinaires et que « la situation des autres mineurs présents au domicile soit évaluée » et permet de faciliter l'échange d'informations entre présidents de conseils départementaux concernant les enfants ayant ou faisant l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement.

L'ASE se doit désormais de veiller à la stabilité du parcours de l'enfant. En ce sens, un « projet pour l'enfant » est « établi pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire [...] et vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social » et les jeunes majeurs font désormais l'objet d'un suivi pour les accompagner dans l'entrée dans la vie active.

- Amélioration de la gestion locale et nationale des politiques de Protection de l'Enfance

Elle crée l'obligation pour chaque département de désigner un médecin référent en Protection de l'Enfance en charge de faire le lien entre médecins libéraux, hospitaliers, les services de médecine scolaire et les cellules de recueil des informations préoccupantes.

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) est renommé Observatoire National pour la Protection de l'Enfance (ONPE) et est désormais chargé en plus de ses missions initiales de collecter les informations relatives aux mineurs bénéficiant d'une prestation ou d'une mesure de Protection de l'Enfance, des jeunes majeurs bénéficiant d'une

aide jeune majeur et des mineurs faisant l'objet de mesures dans le cadre de l'enfance délinquante.

Elle ajoute la mission de formation continue aux professionnels de la Protection de l'Enfance aux Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance.

5- *Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019*

Ce plan (21), porté par un message choc « Enfants en danger : dans le doute, agissez ! », prévoit l'amélioration des moyens d'actions de la protection de l'enfance selon 4 axes :

- améliorer les connaissances et la compréhension des mécanismes de violences
- sensibiliser la population aux violences et favoriser la prévention
- former les professionnels de la petite enfance au dépistage
- accompagner les enfants victimes de violences

II. L'Enfance en (risque de) Danger

A) Définitions

L'Enfance en Danger est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants et correspond à l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque d'être en danger (22) :

- les enfants maltraités = tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- les enfants en risque = tout enfant exposé à des conditions d'existence susceptibles de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.

Les notions de danger, de risque de danger et de maltraitance ne sont pas toujours faciles à identifier. Souvent elles ne sont pas objectivables par un seul fait ou des observations isolées, mais se traduisent par la concomitance de plusieurs faits ou par leur répétition pouvant caractériser un risque, un danger, une maltraitance.

B) Facteurs de risque

Les facteurs de risque recensés ci-dessous correspondent à l'ensemble des événements et éléments, observés dans l'environnement de l'enfant, susceptibles de le fragiliser.

1- Concernant la famille

- Conditions de vie difficiles
- Difficultés socio-économiques (expulsion, surendettement...)
- Isolement social, familial ou moral, déracinement
- Parent élevant seul ses enfants avec absence de tiers
- Conflits familiaux et/ou conjugaux
- Antécédents personnels de violence subie dans la propre enfance des parents = transmission intergénérationnelle de la violence
- Parent présentant des troubles mentaux ou des conduites addictives
- Jeunesse des parents (parents mineurs notamment)

Une période de plus grande vulnérabilité telle qu'un deuil, une séparation des parents, la maladie d'un proche, le chômage, un déménagement peuvent être des facteurs précipitants.

Tous les milieux sociaux sont concernés. S'il semble que l'Enfance en Danger est souvent plus facile à repérer dans les familles fréquentées habituellement par les travailleurs sociaux, un certain nombre de cas passent inaperçus, notamment chez des familles qui savent mieux se défendre et se protéger de toute intrusion médico-sociale ou psychologique. (23)(24)

2- Concernant la période périnatale

- Retard de déclaration de grossesse ou non déclaration
- Grossesses rapprochées
- Grossesses multiples
- Suivi prénatal insuffisant ou irrégulier ou changeant
- Demande d'IVG non suivie ou trop tardive
- Retour sur la décision d'accouchement sous le secret
- Mère jeune : moins de 18 ans à la première naissance
- Pathologie de la grossesse si génératrice de grande angoisse
- Événement marquant grave pendant la grossesse (accident, décès, séparation)
- Comportement de la mère : déni et/ou absence de préparation de la venue de son enfant, dépression, hostilité à l'égard de son enfant à naître
- Impossibilité parentale à faire face aux besoins et exigences d'un petit enfant et à en comprendre les capacités
- Séparation précoce avec hospitalisation en service de néonatalogie
- Séparation des parents pendant la période périnatale (23)(24)

3- Concernant l'enfant

- Enfant prématuré
- Enfant porteur d'une pathologie contraignant à des soins médicaux et/ou hospitaliers fréquents
- Enfant porteur de handicap
- Enfant illégitime (né d'un adultère, d'un inceste, d'un viol)
- Enfant non désiré
- Enfant « précieux », investi d'une fonction réparatrice mais qui ne répond pas aux attentes
- Enfant « décevant » les désirs des parents (sexe, image corporelle...)
- Placements fréquents ou enfant vivant régulièrement en dehors de sa famille (23)(24)

L'enfant lui-même peut être une source momentanée de tension au sein de la famille, par ses pleurs, ses cris, ses troubles du comportement ou tout autre symptôme.

Remarque : il convient d'analyser la situation dans sa globalité, plutôt que prendre chaque facteur de risque indépendamment les uns des autres, et de prendre en compte davantage tout ce qui peut venir perturber le lien entre les parents et l'enfant.

C) Types de danger, signes d'alerte et conséquences

Pendant longtemps l'attention a essentiellement porté sur les violences physiques exercée par les parents et sur le "syndrome de l'enfant battu". Puis l'accent a été mis ensuite sur les violences sexuelles et sur l'inceste. La prise en compte de négligences graves dans le milieu familial est plus récente alors que la recherche montre qu'il s'agit de formes de maltraitements dont les répercussions sont les plus graves et les moins réversibles, tout comme la maltraitance psychologique qui est encore difficile à mettre en évidence. A noter que les différentes formes de maltraitance peuvent être isolées, concomitantes ou successives.

1- Les violences physiques

Les sévices physiques désignent toute utilisation délibérée de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de l'enfant. La gamme des actes de violence physique s'étend de formes plus « douces » de violence comme par exemple pousser et bousculer, à des formes plus sévères comme par exemple frapper ou étrangler. Ces violences peuvent être à l'origine de blessures telles que : ecchymoses, brûlures, morsures, fractures, lésions viscérales, etc. D'abord décrites par Docteur Tardieu en 1860 (7) puis par Docteur Kempe et Silvermann en 1962 (25), ce type de maltraitance est désormais largement décrit dans la littérature, comme l'ouvrage très détaillé du Docteur Rey-Salmon (26).

L'anamnèse et l'examen clinique vont permettre de recueillir des éléments essentiels :

- les circonstances dans lesquelles se sont produites la ou les lésions, les explications de la famille et leur prise en charge ;
- la nature de la lésion elle-même, forme, localisation, âge de la lésion, à mettre en corrélation avec l'âge de l'enfant ;
- la découverte d'une lésion traumatique au cours de l'examen clinique alors que le motif de consultation est tout autre ;
- l'expression de la douleur chez l'enfant, son comportement pendant l'examen, ainsi que celui des adultes ;
- les antécédents : accidents domestiques répétés, facteurs de risque de pathologie du lien ou de vulnérabilité, analyse du carnet de santé.

Ainsi toute incompatibilité entre la nature de la lésion et l'âge de l'enfant ou les explications fournies doit faire évoquer un traumatisme infligé. Il est essentiel d'être systématique : les examens complémentaires doivent permettre de chercher d'autres lésions et d'écarter les diagnostics différentiels (27).

Les conséquences peuvent être graves : décès dans les cas extrêmes, séquelles physiques dues à des blessures graves, troubles du développement staturo-pondéral et psychomoteur, troubles sensoriels et des apprentissages (27).

2- Les violences sexuelles et l'inceste

La maltraitance sexuelle est définie par le fait de forcer ou d'inciter un enfant à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique. Une maltraitance sexuelle intrafamiliale ou inceste est une maltraitance sexuelle commise au sein de la famille sur un enfant par toute personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait. Les victimes sont très majoritairement des filles, mais les garçons ne sont pas épargnés. La plupart des auteurs sont de sexe masculin et connus de l'enfant dans plus de deux tiers des cas (membres de la famille, proches). La répétition et la progression des actes est caractéristique des abus sexuels intrafamiliaux. Les circonstances de découverte et de diagnostic sont variées : des faits peuvent être rapportés par l'enfant lui-même, par les parents, par une personne extérieure au cercle familial. Mais le plus souvent, l'enfant exprime sa souffrance en lien avec l'agression au travers de plaintes somatiques, de signes de souffrance psychologique ou de troubles du comportement et des conduites sociales qui motivent la consultation. Une multitude de symptômes évocateurs d'agression sexuelle ont été rapportés dans la littérature mais aucun d'entre eux pris isolément ne permet d'affirmer, à lui seul, que l'enfant a été victime ; ce sont leur association, leur répétition et l'absence

d'explication qui amènent à la suspicion de ces violences. Ce qui importe le plus sans doute est un changement dans le comportement de l'enfant qui peut se faire dans un sens ou dans l'autre (27).

Outre le risque de grossesse chez l'adolescente et les risques infectieux, à plus long terme, les agressions sexuelles représentent une menace pour l'intégrité psychique de l'enfant et peuvent être à l'origine d'un traumatisme psychique : syndrome post-traumatique, trouble anxieux chronique, un émoussement des affects, un état d'alerte avec hyperactivation neurovégétative, un syndrome dépressif,... pouvant amener la victime à des troubles des conduites et des mises en danger (addictions, troubles alimentaires, prostitution, automutilations, suicide) (27).

3- Les violences psychologiques

Elles correspondent à l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique :

- humiliations verbales ou non verbales, dévalorisation systématique
- rejet de l'enfant, indifférence aux demandes affectives de l'enfant, distorsions et discontinuité des interactions (l'imprévisibilité et l'incohérence dans la relation parent-enfant est source d'insécurité pour l'enfant)
- menaces verbales ou méthodes de discipline inadaptées
- exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter
- exposition à des expériences effrayantes ou traumatisantes, incluant les violences conjugales
- échec à promouvoir une socialisation adaptée de l'enfant (impliquer l'enfant dans des activités illégales, l'isoler, ne pas lui prodiguer de stimulations ou d'éducation) (28)

Ses effets principaux s'évaluent le plus souvent en terme de troubles des conduites sociales et du comportement, mais aussi de sentiments d'auto-dépréciation :

- chez le nourrisson, cela se manifeste au travers de troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement avec évitement du regard, apathie, attitude figée, agitation, tics de balancement diurnes, ainsi que par des troubles du sommeil. A noter que le retrait relationnel chronique peut impacter à terme le développement affectif, psychologique et cognitif ;
- chez l'enfant et l'adolescent, on peut observer : isolement, repli sur soi, tristesse, troubles des conduites alimentaires, fugues, hétéro et/ou auto-agressivité, troubles du sommeil (28).

4- Les maltraitances par négligence

La négligence est une forme très particulière et insidieuse de maltraitance, qui peut relever d'un manque d'intérêt pour l'enfant et ses besoins physiologiques ou bien de l'ignorance des parents (déficit intellectuel, pathologies psychiatriques, absence de repères éducatifs etc.). C'est une défaillance à subvenir aux besoins de l'enfant et qui peut porter sur : l'affection et les besoins émotionnels, l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, la vêtue, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors (29). La maltraitance par carence ou négligence est sans doute plus fréquente et moins bien repérée que la maltraitance physique mais elle est tout aussi grave. Certes, il y a des différences dans la façon dont les parents choisissent de s'occuper des enfants, y compris dans les soins de santé. Cependant, l'incapacité à reconnaître et à répondre aux besoins d'un enfant ou d'un

adolescent peut aboutir à la négligence et nuire à son développement. Des seuils sont délicats à établir et il peut être difficile de distinguer négligence et pauvreté (28). Il est important d'être vigilant aux signes comportementaux de l'enfant et de ceux de l'entourage vis-à-vis de l'enfant.

Les négligences sont susceptibles de provoquer une altération grave de la santé de l'enfant ou de son développement. Elles peuvent être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant (29). Les conséquences sur le développement de l'enfant peuvent être également très graves : mauvaise prise de poids pouvant aller jusqu'à la cassure de la courbe de croissance (nanisme psychosocial), troubles du développement psychomoteur pouvant parfois conduire au développement dysharmonique et à la déficience intellectuelle. Leur dépistage précoce représente un enjeu important de santé publique, et doit conduire à mettre en place des étayages multiples auprès de l'enfant et de sa famille (27).

En conclusion, la maltraitance envers les enfants est polymorphe, les différents types de maltraitance peuvent être isolés, se succéder ou être concomitants. Les signes d'alerte ne sont pas spécifiques, ce qui rend le diagnostic difficile et justifie une évaluation fine et l'élimination de diagnostics différentiels (pathologies organiques, neurosensoriels, neuro-développementales ou psychiatriques). Cependant même face à un diagnostic de pathologie, il n'en demeure pas moins que cette pathologie peut être cause et/ou conséquence de maltraitance.

Remarque : la maltraitance, quelle qu'elle soit, n'empêche pas le mécanisme normal d'idéalisation que tout enfant a à l'égard de ses parents, au contraire. Ainsi, il est souvent profondément convaincu que les punitions reçues sont méritées. L'enfant se construit alors une image dévalorisée de lui-même, destinée à justifier secondairement à ses yeux la violence dont il est l'objet, à la reproduire (en l'agissant ou en la subissant), et à faire de la violence un mode privilégié d'échange avec autrui. Ainsi, sans un accompagnement adapté, il pérennise par ses comportements le phénomène de la maltraitance au sein de sa propre famille mais aussi des familles d'accueil ou dans les institutions auxquelles il sera éventuellement confié. De telles interactions rendent compte aussi de la tendance à la répétition de la maltraitance (24).

D) Les données chiffrées

1- Dans le Monde

L'Enfance en Danger est un problème mondial mais représente un phénomène complexe et difficile à étudier. Les estimations actuelles varient considérablement selon les pays et selon la méthode de recherche utilisée. Elles sont fonction des définitions de la maltraitance qui sont retenues, du type de maltraitance étudié, de la couverture et de la qualité des statistiques officielles, de la couverture et de la qualité des études fondées sur des

informations fournies par les victimes elles-mêmes ou par les parents ou les personnes ou services qui ont la charge de l'enfant (30).

Néanmoins, des études internationales révèlent qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance. On estime que, chaque année, 41 000 enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicides. Ce chiffre ne rend pas compte de l'ampleur réelle du problème car une proportion importante des décès dus à des mauvais traitements sont attribués de manière inexacte à une chute, des brûlures, la noyade ou d'autres causes (30). Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse a eu pour objectif d'estimer la prévalence mondiale de la violence physique et des violences sexuelles chez les moins de 18 ans : la prévalence globale de la violence physique déclarée est de 0,3 % pour les études dans lesquelles la violence était documentée et de 22,6 % pour les études dans lesquelles la violence était déclarée, sans différence apparente entre les filles et les garçons (31); la prévalence globale des violences sexuelles déclarées est de 18 % chez les filles et de 7,6 % chez les garçons (32). Concernant les violences psychologiques et les violences éducatives, l'Unicef rapporte que $\frac{3}{4}$ des enfants âgés de 2 à 4 ans à travers le monde en seraient victimes (33).

A partir de la synthèse d'études menées dans des pays « à haut niveau de revenus » publiées par la revue britannique *The Lancet* en 2009, il est estimé que 10% des enfants sont probablement victimes de maltraitance dans ces pays (34). D'après les données des études issues de ces pays, chaque année 4 à 16 % des enfants seraient victimes de violence physique et 1 sur 10 serait victime de négligence ou de violence psychologique ; pendant l'enfance 5 à 35 % des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères, 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles. Cependant, les statistiques officielles de maltraitance infantile indiquent une fréquence dix fois plus faible (28).

L'OMS retient pour la zone Europe les prévalences de maltraitance infantile suivantes :

- maltraitance sexuelle : 13,4 % pour les filles, et 5,7 % pour les garçons ;
 - maltraitance physique : 22,9 % pour les filles et les garçons ;
 - maltraitance psychologique : 29,1 %.
- chez les enfants exposés aux violences conjugales, le risque d'un autre type de maltraitance serait de 30 % à 60 % (35).

Comme évoqué plus haut, cette maltraitance est responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité (36). Une étude de 1998 (37) concluait à l'existence d'une relation entre le risque de développer des problèmes cardio-vasculaires, un cancer, du diabète, des fractures osseuses ou des problèmes hépatiques à l'âge adulte en relation avec les conduites inappropriées et addictives et la maltraitance. Elle a également démontré une augmentation de ce risque en fonction du degré de violence subie.

La maltraitance est aussi responsable d'un surcoût pour la société en raison du coût direct de fonctionnement du système de Protection de l'Enfance et du coût indirect des conséquences de la maltraitance sur la santé des populations. Une étude américaine (39) avait établi, en 2007 que les violences faites aux enfants et les négligences étaient responsables d'un surcoût annuel pour la société américaine de plus de 103 milliards de dollars et que ces chiffres étaient probablement encore largement sous-estimés.

2- En France

La maltraitance constitue un problème de santé publique majeur. La fréquence exacte de la maltraitance reste méconnue dans notre pays. Nombreuses sont les sources d'information potentielles (CRIP, la justice, signalements effectués dans le cadre de l'Éducation nationale, données de la police et de la gendarmerie nationales, statistiques des causes médicales de décès). Cependant, il est très difficile de mettre en cohérence les chiffres des diverses sources.(27) Voici néanmoins quelques données concernant l'Enfance en Danger :

➤ Le constat de l'enquête de l'Unité 750 de l'Inserm, dirigée par Anne Tursz pendant une période de 5 ans, est accablant : le chiffre moyen annuel des homicides de nourrissons de moins de 1 an est d'au moins 250 *versus* 17 selon les statistiques de mortalité (39).

➤ Le bilan annuel 2017 du SNATED présente les données chiffrées de 2016 (40) :

- Nombre d'enfants distincts en situation de danger ou en risque de l'être = 32155
Plus de 2/3 de ces enfants ont concernés par une information préoccupante. La moyenne d'âge des enfants en danger est de 8,5 ans (donnée stable). Les 0-10 ans subissent davantage de négligences lourdes et des conditions d'éducation compromises. Les violences physiques se développent à partir de 6 ans et les violences sexuelles concernent principalement les 3-14 ans.

- 94,4% des auteurs présumés font partie de la famille proche. Dans 1 cas sur 2, il s'agit de la mère et dans 1 cas sur 3 du père. Pour 1/3 des enfants, les 2 parents sont auteurs présumés.

- Un seul type de danger est dénombré pour 2/3 des enfants en danger et 1 enfant sur 10 est concerné par plus de 2 types de dangers. Sur l'ensemble des appels traités, la répartition des types de dangers est relativement stable avec une prépondérance des violences psychologiques (36,1 %). Pour la première fois, la proportion des négligences lourdes augmente nettement en 2016 pour arriver à 22,3 %, devançant les violences physiques (21 %). L'ensemble des données du bulletin du SNATED de 2017 sont détaillés dans l'Annexe 1.

➤ En 2016, dans son onzième rapport au Gouvernement, l'ONPE recense et explique les données chiffrées concernant les enfants en situations de (risque de) danger et ceux bénéficiant d'une mesure de protection. Un grand nombre de données sont certes présentes, mais la multiplicité des méthodes utilisées dans les enquêtes conduit à une absence de mesure standardisée, ce qui rend difficile voire impossible l'agrégation de ces différentes sources de données. Une partie de ces données proviennent d'études de victimisation, recherchant grâce à des auto-questionnaires des comportements de maltraitance chez les parents ou chez des enfants assez âgés pour y répondre. D'autres se basent sur les données officielles recueillies par les professionnels intervenants auprès des enfants. Les estimations recueillies entre ces deux méthodes varient d'un facteur 10.

Certains graphiques de ce 11^e rapport de l'ONPE sont portés en Annexe 2.

En ce qui concerne les statistiques des CRIP, il existe une très grande disparité dans la définition et la comptabilisation des informations préoccupantes entre les départements. L'ONPE pointe également que nombreux Conseils Départementaux ne remontent pas ou que partiellement les données nécessaires, notamment pour des raisons logistiques en lien avec les logiciels métiers ou d'organisation (41).

➤ L'association l'Enfant Bleu dresse en 2017 un nouvel état des lieux de la maltraitance des enfants en France. Dans un sondage, les Français ont été interrogés sur leur perception, mais surtout sur leur expérience personnelle de la maltraitance infantile. La maltraitance est identifiée comme un sujet peu évident à aborder : 79% le qualifient encore de « tabou ». Interrogés sur leur propre enfance, 22% des Français relatent des événements de maltraitance : 16% de ces victimes auto-déclarées témoignent d'une maltraitance de nature sexuelle ; 8% font état d'une maltraitance psychologique ; 5% de violences physiques régulières ; 3% de négligence répétée. Deux tendances apparaissent parmi ces victimes déclarées : 80% des Français déclarent ne pas avoir parlé des maltraitements vécus au moment des faits. Parmi les personnes affirmant avoir parlé de leurs maltraitements, 61% estiment que cette situation s'est arrêtée totalement ou partiellement suite aux révélations. Plus préoccupant encore, 36% des Français estiment qu'au cours des dernières années, un cas de maltraitance d'enfant s'est probablement ou certainement produit dans leur entourage. Pourtant, la moitié indique ne pas avoir adopté de comportement particulier face à ce soupçon (42).

Très peu de données concernant les informations préoccupantes et les signalements réalisés par les médecins sont disponibles. L'Ordre des Médecins dans son bulletin annuel de 2002 évoquait que 5% des signalements étaient effectués par les médecins, sans préciser la proportion de médecins généralistes.

3- En Meurthe-et-Moselle

Si on s'intéresse plus spécifiquement à la Meurthe et Moselle, la Cellule pour la Protection de l'Enfance en Meurthe et Moselle (CEMMA) dans son rapport d'activité de 2017 (43) a comptabilisé 2406 informations qualifiées de préoccupantes concernant 2704 enfants et 1745 familles en 2017 sur l'ensemble de ses appels reçus, des chiffres globalement stables par rapport à 2016 (2428 informations préoccupantes avec 1789 familles concernées). Elle précise qu'elle reçoit de nombreux appels de particuliers ou professionnels en recherche de conseils face à des conflits conjugaux ou des difficultés éducatives.

Elle n'est pas en capacité d'établir des données chiffrées sur l'origine de ses appels car elle ne dispose pas d'outil informatique qui permettrait une évaluation statistique de ses appels mais peut cependant dire que l'Education Nationale et le Parquet sont les principaux pourvoyeurs d'informations préoccupantes. Cependant, suite à une demande de précision, la responsable de la CEMMA a pu indiquer que s'ils étaient saisis régulièrement par certains hôpitaux et services médicaux publiques, la part d'informations préoccupantes reçue venant des professionnels de santé libéraux reste marginale.

4- Dans les Vosges

Les données concernant la Protection de l'Enfance dans les Vosges sont également difficiles à regrouper car il existe une certaine disparité au sein du département dans l'utilisation et dans l'entrée des données dans le logiciel métier.

Cependant les statistiques tenues par la CRIP 88 ont permis de faire ressortir quelques données intéressantes :

➤ En 2017, la CRIP a réceptionné 937 documents (informations préoccupantes et copies de signalement) concernant 1365 enfants. Parmi ces documents 6 informations préoccupantes et une copie de signalement provenaient de médecins généralistes : ce qui correspond à 0,75% des démarches d'alerte.

➤ En 2018, la CRIP a réceptionné 896 documents concernant 1436 enfants. 9 informations préoccupantes et 3 copies de signalement provenaient de médecins généralistes : ce qui correspond à 1,34%. Malgré cette apparente augmentation, en valeur absolue les démarches faites par des médecins généralistes dans les Vosges restent faibles. En comparaison, 60 informations préoccupantes et 26 copies de signalement provenaient d'autres médecins, plus précisément médecins hospitaliers et du CMP, ce qui correspond à 9,60% des démarches d'alerte, soit 7 fois plus que les médecins généralistes.

III. La Protection de l'Enfance

A) Les acteurs de la Protection de l'Enfance

1- La Protection Maternelle et Infantile

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du Président du Conseil Départemental. Son organisation, son fonctionnement et ses missions sont définis dans les articles L2111-1 et L2112-2 du Code de Santé Publique (44)(45)(46).

➤ Planification et éducation familiales :

Cette mission consiste en des actions individuelles et collectives autour de la vie affective et sexuelle, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles ; ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

➤ Accompagnement périnatal :

Des actions de prévention et d'accompagnement médico-psycho-social sont destinées aux femmes enceintes et jeunes mères de famille, plus particulièrement les plus démunies. Cette mission se fait à la demande de l'intéressée ou, avec son accord, en lien avec le médecin traitant ou les services hospitaliers.

➤ Prévention et accompagnement à destination des enfants de moins de 6 ans :

Des consultations, des actions de prévention médico-sociale et la réalisation d'un bilan de santé pour les enfants de 3 à 4 ans en école maternelle sont organisées afin de prévenir et dépister des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Par la suite, les professionnels de la PMI conseillent, accompagnent et orientent vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

➤ Contrôle de l'accueil des enfants moins de 6 ans :

La PMI assure une mission de surveillance et de contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance, la formation et l'accompagnement des assistants maternels.

➤ Participation aux actions de prévention et de prise en charge des enfants en (Risque de) danger.

➤ Recueil et traitement d'informations en épidémiologie et en Santé Publique.

Afin de répondre à ces missions, les équipes de PMI sont composées de médecins (généralistes, pédiatres, gynécologues, santé publique), d'infirmières puéricultrices, de sages-femmes, de conseillers conjugaux et familiaux, d'agents administratifs et travaillent en collaboration avec le service social et les différents professionnels de santé et éducatifs.

2- L'Aide Sociale à l'Enfance

Depuis les lois de décentralisation, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est un service du Conseil Départemental chargé de missions définies par les articles L.221-1 et L221-2 du CASF (47) :

➤ Soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants et à leur famille qui sont confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces enfants ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, ainsi

qu'aux adolescents émancipés et majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.

- Actions visant à pourvoir à l'ensemble des besoins des enfants confiés au service et à veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille.
- Actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et organisation du recueil et de la transmission des informations préoccupantes relatives aux enfants en danger ou en risque de l'être et participation à leur protection.
- Suivi des enfants confiés, suivi et coordination des mesures d'accompagnement à domicile et des mesures de placement.
- Vigilance à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs, ainsi qu'avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus dans son intérêt supérieur.
- Stabilité du parcours de l'enfant confié et adaptation de son statut sur le long terme.
- Contrôle des personnes physiques ou morales auxquelles sont confiés les enfants, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement.

Les services de l'ASE des différents départements ont tous les mêmes missions mais n'ont pas tous la même organisation. Le Président de chaque Conseil Départemental est responsable de la bonne mise en œuvre de ces missions. Pour accomplir ces missions, l'ASE travaille en étroite collaboration avec le service social du département, la PMI et le système judiciaire ; le service peut également faire appel à des organismes privés ou publics habilités (48).

3- La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) a pour objectif de faire converger vers un même lieu toutes les informations préoccupantes concernant des enfants en (risque de) danger de manière à fiabiliser le dispositif de recueil et donc éviter la déperdition de ces informations (49).

Elle recueille, à l'échelle du département, toutes les informations préoccupantes et est garante de leur traitement et de leur évaluation. Elle doit veiller à ce qu'elles soient prises en compte dans un délai le plus court possible. À réception, la CRIP recherche si la situation de l'enfant est déjà connue par les services de Protection de l'Enfance. Elle procède à une analyse rapide de la situation de l'enfant afin de déterminer si elle exige, au vu des éléments, un signalement sans délai au Procureur de la République. Si la situation laisse présager que l'enfant est en (risque de) danger, mais que les éléments ne sont pas suffisants pour effectuer un signalement, ces informations font alors l'objet d'un traitement qui implique un temps d'évaluation indispensable par les services départementaux ou en liaison avec d'autres acteurs de la Protection de l'Enfance.

La CRIP doit également veiller à ce que les personnes ayant transmis des informations soient destinataires en retour d'un accusé de réception attestant de leur prise en compte et de leur instruction. Ces mêmes personnes doivent être informées de l'issue du traitement. Toutes les transmissions et les échanges d'informations doivent s'effectuer dans le respect des dispositions législatives concernant le secret professionnel et la vie privée des personnes (49).

La CRIP constitue une interface avec les services propres au Conseil Départemental (PMI, ASE, service social), mais également avec l'autorité judiciaire et principalement le Parquet dont elle est l'interlocuteur privilégié. Elle collabore aussi avec l'ensemble des professionnels des divers services sociaux, des hôpitaux, des médecins, des associations, des services de police et de gendarmerie, des élus locaux et de l'Éducation Nationale. Elle travaille aussi en liaison avec le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger. Il est donc essentiel qu'elle soit bien identifiée par tous les partenaires qui participent au dispositif de la Protection de l'Enfance et que cette cellule leur fournisse un numéro d'appel. La CRIP doit également pouvoir leur apporter avis et conseil lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant. Les modalités de transmission de toutes les informations préoccupantes vers la cellule sont officialisées par des protocoles précisant le mode opératoire concernant chaque acteur (49).

Afin de suivre l'évolution de l'Enfance en Danger au niveau départemental et permettre d'ajuster en conséquence la politique locale de Protection de l'Enfance, la CRIP transmet des données anonymisées à l'Observatoire Départemental, ainsi qu'à l'ONPE.

4- Le système judiciaire

Les intervenants de la Justice qui collaborent à la Protection de l'Enfance sont multiples :

- Le parquet :

Au niveau de chaque Tribunal de Grande Instance, le parquet comprend un Procureur de la République éventuellement assisté de procureurs adjoints, de vice-procureurs et de substituts. Le Procureur est, entre autres, chargé des affaires des mineurs : il participe à la Protection de l'Enfance, mais aussi à la répression des infractions commises par un mineur. Il est également le représentant du Ministère de la Justice auprès des collectivités territoriales (50).

Suite à un signalement, le Procureur saisit le Juge des Enfants. Néanmoins en cas de danger d'une extrême gravité, les dispositions de l'article 375-5 du Code Civil lui permettent de confier l'enfant provisoirement par Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

- Le Juge des Enfants :

Ce juge est spécialisé dans les problèmes de l'enfance. Son institution a d'abord été prévue en matière pénale, suite à la législation relative à l'enfance délinquante. Dans ces cas-là, il préside le tribunal pour enfants : il est compétent pour instruire et juger les mineurs accusés d'avoir commis un délit puis tient le rôle du juge d'application des peines. Ses compétences ont par la suite été étendues en matière civile, afin de protéger les mineurs en danger.

En matière civile, le Juge est un magistrat qui statue en tant que juge unique. Il peut être saisi par requête auprès du TGI par le Procureur, l'ASE ou tout autre service ayant en charge un enfant confié, les parents et l'enfant lui-même. Pour cela, il faut que des risques graves pèsent sur l'enfant concernant sa santé physique, sa santé mentale ou psychologique,

sa sécurité physique, sa sécurité matérielle, sa moralité ou son éducation. Le Juge pour enfants peut imposer diverses mesures d'assistance et de protection (51).

En toutes circonstances, le Juge ordonne des enquêtes sur la situation familiale, scolaire, sanitaire, sociale et éducative de l'enfant avec un degré d'approfondissement graduel : ce sont les mesures d'investigations. Elles ont pour objectif de permettre au Juge de vérifier si les conditions d'une intervention judiciaire sont réunies et de proposer, si nécessaire, des réponses en termes de protection et d'éducation adaptées à la situation (52).

- Les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) :

Ils désignent l'ensemble du dispositif qui vise à protéger les mineurs dans le cadre judiciaire. La PJJ s'occupe essentiellement des mineurs qui ont commis des infractions. Elle intervient également dans le champ de la Protection de l'Enfance. Dans ce cadre, leurs principales missions sont la mise en œuvre des mesures d'investigation ordonnées par l'autorité judiciaire et la prise en charge dans leurs établissements les enfants et adolescents qui leur sont confiés par le Juge des Enfants (53).

5- Les acteurs de l'Éducation Nationale

Le ministère chargé de l'Éducation Nationale participe activement à la politique interministérielle de Protection de l'Enfance. Les équipes éducatives sont un relais de la politique impulsée au plan national auprès des élèves au quotidien. L'Éducation Nationale est à l'origine d'environ un quart des transmissions d'informations préoccupantes et des signalements concernant des enfants ou adolescents en (risque de) danger (54).

Au sein des classes, des séances d'information et de sensibilisation sur l'Enfance en Danger sont prévues. Les personnels sociaux et de santé apportent expertise et conseils techniques aux élèves et à l'institution. Ils accueillent et conseillent les élèves, les soutiennent et les orientent le cas échéant, pour mettre en œuvre les actions nécessaires à leur protection. La Santé Scolaire a une double mission d'éducation à la santé et de suivi de la santé des élèves aux travers de bilans médicaux définis par la loi tout le long de la scolarité. Ces visites médicales ont notamment pour objectif de prévenir et détecter les enfants impactés dans leur développement par des carences éducatives et de soins ainsi que les maltraitances (55).

Les directeurs académiques, avec l'appui de leurs conseillers techniques sociaux et de santé, participent aux Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance et mettent en œuvre les protocoles et conventions partenariales, notamment avec le Président du Conseil Départemental et le Parquet (55).

6- Les principaux organismes associés

De nombreux organismes concourent aux actions menées à l'échelle nationale mais aussi internationale pour lutter contre l'Enfance en Danger : l'OMS, l'UNICEF et de nombreuses associations. Ici nous nous intéressons principalement au Groupement d'Intérêt Public Enfance en Danger, qui rassemble deux entités :

- Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) :

Ce service est accessible sans interruption, 24h/24 et 7j/7, par le numéro national d'urgence 119. Ses deux missions :

- une mission de prévention et de protection :
accueillir les appels d'enfants en (risque de) danger, ainsi que toute personne confrontée à ce type de situations, pour conseiller, aider à leur dépistage, orienter si nécessaire et faciliter la protection des enfants.

- une mission de transmission :
transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services départementaux compétent, c'est-à-dire les CRIP (56).

- L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) :

L'objectif de l'ONPE est d'améliorer les connaissances en matière de Protection de l'Enfance. Pour cela il réalise le recensement des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge des enfants en (risque de) danger permettant ainsi d'apprécier l'adéquation entre les besoins et l'offre au niveau des départements. Il contribue également au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la Protection de l'Enfance, ainsi qu'au développement et au financement de recherches en la matière. Les Observatoires Départementaux (ODPE) secondent l'ONPE par leur rôle d'analyse des données départementales et par leur rôle d'animation du réseau partenarial de Protection de l'Enfance sur le territoire, notamment dans le cadre du schéma départemental. Chaque année, l'ONPE transmet au Gouvernement un rapport de son travail (57),(58).

B) Les démarches d'alerte en Protection de l'Enfance

1- L'information préoccupante

Une information préoccupante est une information transmise à la CRIP pour alerter le Président du Conseil Départemental sur l'existence d'un (risque de) danger pour un enfant. Elle est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. Il peut s'agir de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements de l'enfant ou d'adultes à l'égard de l'enfant (59).

L'information préoccupante doit comporter les éléments d'identité de l'enfant et des parents. Dans la mesure du possible, les parents doivent être informés de la transmission de cet écrit, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant, en leur présentant cette mesure comme une aide que les intervenants de la cellule pourront mettre en place.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont cet enfant et sa famille peuvent bénéficier. A l'issue, le rapport d'évaluation est soumis à la réflexion technique dans le cadre d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle. Il peut être décidé :

- Un classement sans suite en l'absence de danger ou de risque de danger pour l'enfant

- La proposition de la mise en place ou du maintien d'un accompagnement et d'un soutien dans le cadre de la prévention socio-éducative, médico-sociale ou sanitaire lorsqu'une certaine fragilité de la famille est décelée
- Une protection administrative lorsque l'évaluation relève un danger pour l'enfant : aide à domicile, accompagnement en économie sociale et familiale, accueil de jour, contrat jeune majeur, aides financières et à la gestion du budget, action éducative à domicile (AED), accueil provisoire en établissement ou en famille d'accueil.
- Un signalement pour protection judiciaire lorsque les actions de protection administrative ne peuvent pas être mises en place en raison du refus ou de l'absence de collaboration de la famille, lorsque les actions de la protection administrative n'ont pas permis de remédier à la situation de danger ou lorsqu'il est impossible d'évaluer la situation. (49)

Le circuit de recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes est rappelé par le schéma en Annexe 3.

2- Le signalement

Le terme de signalement est un terme juridique qui consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur. En pratique, devant des critères de gravité ou d'urgence, il est recommandé de contacter le Procureur, éventuellement en urgence par téléphone (joignable 24h/24) et avec un courrier à suivre avec double destiné à la CRIP (59).

Le Procureur destinataire du signalement peut décider :

- Un classement et renvoi à la CRIP si les éléments transmis sont insuffisants
- Une enquête de police
- Une OPP en cas de danger grave et immédiat avec requête par la suite auprès du Juge
- Une saisine du Juge des Enfants pour suites à donner : le Juge peut alors ordonner une mesure d'investigation, une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget, une Assistance Éducative en Milieu Ouvert (AEMO), un placement judiciaire (49).

C) La place des médecins dans le dispositif de la Protection de l'Enfance

La maltraitance commence le plus souvent de manière précoce. Or aux premiers âges de la vie, l'enfant est soumis à de nombreux examens médicaux au titre de la prévention (vaccinations, suivi de la croissance, du développement psychomoteur...). Les médecins sont donc en première ligne pour détecter d'éventuelles violences ou négligences et occupent une place centrale dans le dispositif de Protection de l'Enfance (22). De nombreux médecins sont concernés, cependant les médecins généralistes ont un rôle prépondérant dans la prise en charge des enfants lorsqu'on considère les données de l'assurance-maladie : avant l'âge de 16 ans, 79 % des enfants consultent uniquement un médecin généraliste. Ils ne sont que 5 % à consulter uniquement un pédiatre et 16 % à voir les deux. Par ailleurs, toujours selon l'assurance-maladie, les médecins généralistes effectuent 61 % des consultations et visites délivrées aux enfants de moins d'un an. Ce pourcentage monte à 83 % pour les enfants de 3 ans, puis à 93 % pour ceux de 10 ans et enfin à 97 % pour les adolescents de 15 ans (60).

La Haute Autorité de Santé a publié une fiche mémo en 2014, qu'elle a réactualisé en 2017 (29) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié un rapport en 2016 (59), à destination des professionnels de santé. Ces documents ont pour objectif de guider les médecins dans le dépistage et la prise en charge de l'Enfance en Danger et de préciser le cadre légal suite aux différentes réformes législatives.

Le code de déontologie précise dans son article R. 4127-43 du Code de la Santé Publique : « Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ». La notion de santé doit être prise au sens global et prendre en compte la santé physique et mentale, la sécurité, le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Les médecins ont le devoir d'alerter chaque fois qu'ils repèrent ou suspectent qu'un enfant est en danger ou en risque de l'être (59).

Ils ont la possibilité, en cas de questionnement ou de doute sur une situation, de se concerter avec des confrères ou des professionnels également soumis au secret professionnel, mais aussi avec les professionnels de la Protection de l'Enfance pour obtenir conseils et avis. En effet, les réformes législatives ont permis d'aménager le secret professionnel en permettant d'une part le partage d'informations dans les situations de (risque de) danger concernant un mineur et d'autre part la transmission d'informations au Procureur ou à la CRIP sans risque de sanctions disciplinaires ou pénales.

Les médecins ne sont pas enquêteurs et ne font que transmettre des éléments pouvant faire craindre qu'un enfant est en danger ou en risque de l'être. Les écrits (information préoccupante et signalement) ne sont pas des certificats médicaux, les médecins ne doivent y retranscrire que ce qu'ils ont constaté ou ce qu'il leur a été confié sans mettre en cause de tiers, sans jugement ni interprétation. Ainsi, même si les inquiétudes ne sont pas confirmées par la suite, les médecins ne peuvent être poursuivis pour diffamation, du moment que les informations sont transmises de bonne foi (59). A l'inverse, la loi punit sévèrement la non-assistance à personne en péril. Par ailleurs, le fait de ne pas alerter face à une situation de (risque de) danger ne peut être motivé que par l'intérêt de l'enfant, dans des « conditions particulières que le soignant apprécie en conscience » (article R.4127-44 du CSP), cependant l'absence d'alerte ne dispense pas de l'obligation d'agir pour empêcher que les violences se renouvellent. Indépendamment du signalement, en cas de nécessité d'une protection urgente, une hospitalisation est recommandée, éventuellement sous un prétexte médical, afin de protéger l'enfant et de réaliser une évaluation globale (28).

IV. La relation médecin – patient

A) Définitions

La relation médecin-patient est une relation particulière. Déséquilibrée de par sa nature, elle fait appel à des méthodes de communication ainsi qu'à des interactions entre individus bien spécifiques (61). On peut aisément admettre que la communication verbale est tout aussi importante que la communication non verbale, tout ce qui va être de l'attitude du médecin, de sa gestualité, son regard ainsi que l'intonation et la ponctuation des phrases. Cette même communication verbale est de plus en plus codifiée et fait même l'objet de recommandation de bonnes pratiques comme pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle (62). L'utilisation d'un langage clair et adapté est primordiale tout comme le fait de prendre le temps nécessaire et parfois de faire reformuler le patient pour s'assurer de sa compréhension.

L'écoute et l'empathie restent consensuellement admis pour permettre d'adapter secondairement sa communication selon les réactions du patient. Il a été démontré que cette communication avait un impact sur la santé des patients. Une méta analyse, en 1988, a montré qu'une bonne communication avait un impact positif sur l'adhésion aux traitements et à la prise en charge des patients (63). Une autre méta analyse, en 1995, a démontré que la qualité de la communication avait un impact favorable sur l'état de santé des patients (64) même si ce résultat a été contredit par une nouvelle méta analyse en 2004 (65).

Mais cette communication fait plus appel à la forme de la relation médecin-patient qu'au fond et, si cette communication a largement été étudiée et fait l'objet de recommandation, l'étude de la manière d'interagir avec le patient est beaucoup plus récente et anonyme.

B) Généralités

On distingue actuellement 4 types de relations médecin - patient :

- Le modèle paternaliste ou médecin – décideur
- Le modèle collectiviste ou société - décideur
- Le modèle autonomiste ou patient - décideur
- Le modèle du partenariat ou de la décision médicale partagée

La relation médecin-patient a elle-aussi évolué avec la société au cours des derniers siècles. Historiquement, le médecin est considéré comme l'autorité médicale. Il est le détenteur du savoir et le diffuse aux patients sans que ces derniers n'aient voix au chapitre. Il est une figure autoritaire presque totalitaire qui régit la santé de ses patients. Ce type de relation correspond au modèle paternaliste ou médecin-décideur et a correspondu à la base et au seul modèle de relation médecin-patient pendant de nombreux siècles. Son fonctionnement prend racine avec la médecine grecque antique où le médecin détenteur de la toute-puissance du savoir exerçait sa bienfaisance et surtout sa non-malfaisance avec le « primum non nocere » décrit par Hippocrate pour soigner les gens.

Par la suite et avec le développement de la médecine moderne est apparu le modèle collectiviste au départ dans le but de gérer les épidémies. Dans cette vision de la relation médecin-patient, ce ne sont plus les deux acteurs qui interviennent dans le processus

décisionnel mais un tiers représentant l'Etat et la société. Elle se base sur les principes de justice et d'équité, l'intérêt défendu est celui de la société et de la collectivité tant au niveau financier qu'en terme de santé publique. Actuellement, en France, il se limite aux obligations de traitement par décision de justice dont les obligations vaccinales.

Le modèle autonomiste ou patient-décideur est né après la Seconde Guerre Mondiale de la vision anglo-saxonne de l'individu et des Droits de l'Homme où l'être pour s'épanouir se doit de trouver et prouver son autonomie. Il est apparu pour tenter de redonner son autonomie décisionnelle au patient et lui permettre d'être acteur et pleinement décideur de son droit à la santé et au bien-être.

A partir des années 1990, il s'est développé un dernier modèle de relation médecin-patient : le modèle du partenariat ou de la décision médicale partagée. Il correspond à une vision d'échanges entre le médecin et le patient et ceci à tous les moments du processus décisionnel.

Plus qu'un seul type de relation particulière à adopter ou à privilégier, il semble que les médecins doivent adapter leur attitude en fonction de la situation et du patient pour répondre de manière la plus adaptée à une situation donnée. Malgré tout, la Haute Autorité de Santé (HAS) (66) et diverses études (67–69) se sont prononcées en faveur de la décision médicale partagée notamment dans la prise en charge des maladies chroniques surtout quand il existe plusieurs options thérapeutiques.

C) Particularités de la relation médecin – parent – enfant

Pendant longtemps, l'exercice de la consultation auprès des enfants se limite à une relation bipartite entre le médecin et le(s) parent(s) avec au centre un objet : l'enfant. L'enfant, objet de la consultation, est le sujet d'un dialogue entre le(s) parent(s) et le médecin puis d'une évaluation médicale suivie éventuellement d'une discussion entre le médecin et le(s) parents. Il a été montré que, très souvent, l'enfant ne participe pas à la consultation et que, si c'est le cas, son implication a souvent été limitée à une participation très restreinte (70).

Mais tout comme le modèle paternaliste, ce type de relation a été amené à évoluer et l'existence d'une troisième partie dans la relation médecin-patient est de plus en plus étudiée (68,71–73). C'est le cas pour des patients dépendants et/ou fragiles comme les personnes âgées dépendantes, les patients atteints de pathologies lourdes et/ou handicapantes mais très peu d'entre elles concernent spécifiquement les enfants. Néanmoins, les mécanismes semblent relativement similaires.

Cette relation triangulaire est complexe et comprend des particularités liées à cet échange tripartite d'une part, et à la prise en charge particulière de l'enfant d'autre part. Le but de la consultation n'est pas un échange bipartite comme avec un adulte mais tripartite. A ce titre, il est impératif d'apprécier et d'adapter les interactions entre médecin et enfant malade, enfant et parent(s) et médecin et parent(s) :

➤ la relation médecin-enfant-patient :
elle est elle-même spécifique comparé à une relation médecin-patient « classique », en premier lieu, en raison de la variabilité de la capacité d'expression de l'enfant. Les échanges avec l'enfant sont, bien entendu, dépendants de son âge.

Chez le nourrisson et jusqu'à l'âge verbal vers 18-24 mois, les interactions passent avant tout par la création d'un lien de confiance principalement pour limiter l'opposition de l'enfant. Par la suite, à l'âge verbal, à partir de 18-24 mois, la communication doit être simplifiée au maximum par l'utilisation d'un langage simple et de gestes simples pour favoriser la compréhension de l'enfant (74). L'utilisation d'une interface telle qu'un jouet peut améliorer ces échanges.

Au-delà, la capacité d'interactions avec l'enfant dépend de sa maturité et de son habilité à exprimer son ressenti et ses sentiments. Dans tous les cas, cette relation reste soumise à la coopération de l'enfant qui nécessite un climat de confiance.

➤ la relation médecin-parents :

l'objet étant différent de leurs propres personnes, la situation est forcément génératrice d'un certain stress (75). Elle nécessite une communication dédiée pour limiter le retentissement des différents sentiments à la fois chez les parents et chez l'enfant.

Si on fait le parallèle avec une consultation d'un adulte avec accompagnant (76), on peut estimer que cette relation a surtout un rôle de réassurance et de guidance face à la maladie ou aux troubles de l'enfant mais aussi un lieu et un moment d'écoute partagée pour faire part de leurs sentiments et difficultés à y faire face.

➤ la relation parent-enfant :

l'analyse de cette relation a 2 intérêts majeurs. Le premier est l'évaluation du lien parent-enfant dans le but de dépister un éventuel trouble de l'attachement. Le second est l'évaluation de l'investissement parental pour apprécier le vécu et l'impact que pourrait avoir la maladie sur les parents et la relation parent-enfant (75).

Il est également important de prendre en compte le ressenti et le vécu des parents. Le stress induit peut être responsable d'angoisse, de dépression et de culpabilité puis impacter directement la qualité de la relation parent(s)-enfant. La démarche décisionnelle reste par la suite fonction du type de relation médecin-patient établi comme décrit précédemment +/- soumis à une discussion entre les parents.

Enfin, la dernière particularité concerne l'enfant-malade en lui-même. Il est habituel de dire qu'un enfant n'est pas un adulte miniature. A ce titre, sa réponse à la maladie peut largement diverger de celle d'un adulte tout comme la maladie peut avoir un impact sur le développement psychomoteur de l'enfant. La réaction de l'enfant est bien-sûr fonction de l'âge du patient, de la nature de la maladie, de sa gravité, de l'image que l'enfant se fait de sa maladie, du type et de l'impact des traitements (75).

ARTICLE

I. Introduction

L'Enfance en Danger est un enjeu majeur de Santé Publique et des politiques de solidarité des gouvernements. Parfois, oubliée, elle refait régulièrement surface dans l'actualité médiatique au travers de faits divers marquants. Au début de l'année 2019, en France, c'est un reportage télévisuel qui a remis en lumière le sujet (77) en exposant les failles du système de Protection de l'Enfance en France. Plus récemment encore, c'est l'adoption d'une loi en France visant à interdire les violences éducatives qui a suscité les débats au sein des foyers français alors même qu'elles sont interdites depuis 1979 en Suède.

La Protection de l'Enfance et les politiques qui s'y rattachent ont pour but de réduire la prévalence des maltraitances et des négligences, ainsi que leurs conséquences sur la santé de la population : augmentation de la morbi-mortalité par augmentation de la fréquence des troubles du comportements, de la violence, de l'anxiété, la dépression, des conduites addictives, de l'obésité et, par conséquence directe ou indirecte, l'apparition de pathologies cardiaques, de cancers et troubles psychiatriques graves.(36)

Ce sont des politiques relativement consensuelles, dont les effets à court, moyen et long termes sont difficilement quantifiables. En revanche, les effets de l'Enfance en Danger sur l'économie ont pu être estimés dans de rares études macro-économiques.(38) Elles associent la maltraitance à des coûts directs et indirects astronomiques pour les sociétés mais il semble pour autant difficile d'étudier l'efficacité des politiques de Protection de l'Enfance sur la réduction de ces coûts.

Par ailleurs, la prévalence de l'Enfance en Danger est largement sous-estimée dans les populations comme le soulignaient une étude du Lancet Journal de 2009 (78) qui l'estimait entre 4 et 16% dans les pays développés en fonction des zones géographiques. Certains sondages réalisés par des associations françaises de lutte contre l'Enfance en Danger (42) évoquent des chiffres encore plus importants avec 22% des personnes interrogés qui déclarent avoir subi des faits assimilables à la maltraitance.

En France, les médecins généralistes sont en première ligne pour faire face à ces problématiques puisqu'ils représentent l'une des professions médicales les plus sollicitées dans le suivi des enfants (60) et que cette tendance risque de s'accroître dans les prochaines années avec l'évolution attendue de la démographie médicale française. Ces mêmes médecins généralistes s'accordent pour dire que leur rôle est important en matière de prise en charge de l'Enfance en Danger (79). Néanmoins, les médecins généralistes semblent peu impliqués dans leurs pratiques courantes. En effet, bien que peu d'études soient disponibles sur ce sujet, ils ne seraient responsables que d'environ 5% des signalements.(80) Il est possible que cette discordance soit en lien avec un défaut de formation des médecins généralistes français sur le thème de l'Enfance en Danger (19)(81), même si, dans la littérature scientifique médicale internationale (82)(83)(84), d'autres facteurs ont pu être identifiés tels que les difficultés de communication entre services sociaux et médecins, des mauvaises expériences suite à des démarches d'alerte (informations préoccupantes et/ou signalements), des difficultés de collaboration entre les intervenants.

L'objectif principal de cette étude qualitative est de comprendre quels sont les besoins des médecins généralistes pour faciliter les démarches face à une situation d'Enfance en Danger. Pour cela il est nécessaire d'en comprendre les difficultés et les freins afin d'évaluer les besoins spécifiques de formation et d'information, l'intérêt d'un médecin référent ainsi que les moyens de permettre une meilleure collaboration avec les acteurs de Protection de l'Enfance.

II. Matériel et méthodes

Nous nous sommes intéressés aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes à faire face aux situations de l'Enfance en Danger que ce soit pour le dépistage, la réalisation de démarches d'alerte (informations préoccupantes ou signalements) et, éventuellement par la suite, au suivi des mesures engagées. Cette étude tentera d'expliquer ou tout du moins de donner des pistes expliquant la discordance entre les données épidémiologiques de l'Enfance en Danger et la pauvreté des chiffres des démarches d'alerte (informations préoccupantes ou signalements) effectuées par les médecins généralistes.

A) Choix de la méthode

Comme nous ne nous intéressons pas à des données mesurables et afin de retranscrire au mieux les sentiments, les aspects affectifs mais aussi les ressentis que peuvent représenter les situations parfois sensibles, transverses et compliquées d'Enfance en Danger, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative.

L'idée initiale était d'étudier ces phénomènes en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges avec la collaboration des 2 services de Protection Maternelle et Infantile de ces départements afin de tenter de répondre à nos objectifs, d'une part, et de mettre en évidence une éventuelle différence entre 2 territoires d'autre part. Jessica JACQUEMART fut chargé de mener les entretiens dans les Vosges et Paul-Arthur MERSCH en Meurthe-et-Moselle. Devant l'absence de différence entre ces 2 départements, il a été finalement décidé de réaliser une analyse conjointe des données, cela a permis, de fait, d'améliorer la qualité du travail de recherche et de théoriser à partir d'un échantillon plus large et diversifié qui prend en compte les spécificités de chaque territoire.

Il est à noter que nous avons dû faire face à la démission du service de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe-et-Moselle au cours de l'étude.

Toujours dans le but de répondre à notre problématique et afin de laisser au mieux s'exprimer les médecins généralistes interrogés, nous nous sommes tournés vers des entretiens individuels semi-dirigés avec l'aide d'un guide d'entretien dont les détails sont portés dans les annexes. Le guide d'entretien a été conçu en association avec les 2 services de Protection Maternelle et Infantile afin de répondre aux différentes interrogations de ces services. Il a été évolutif au cours de l'étude avec l'émergence de thèmes et/ou problématiques que nous n'avions pas anticipés au départ mais aussi des thèmes peu productifs et dont l'intérêt nous est apparu secondairement dérisoire et qui ont pu être supprimés.

Ce guide d'entretien évoquait 5 thèmes principaux :

- les expériences de situation d'Enfance en Danger des médecins généralistes interrogés
- leurs relations avec les patients et les conséquences de cette relation
- leurs définitions de leur rôle de médecin généraliste dans le suivi des enfants et face aux situations d'Enfance en Danger
- leur perception du système information préoccupante/signalement et leurs relations avec les professionnels de l'enfance
- les solutions qu'ils envisageaient pour faciliter leur rôle dans ces situations et dans la réalisation de démarches d'alerte (informations préoccupantes ou signalement)

Les 4 premiers thèmes avaient pour but de faire ressortir les contraintes et les difficultés auxquelles les médecins généralistes ont pu ou s'imaginaient qu'ils auraient à faire face dans des situations d'Enfance en Danger. Le dernier thème, dans un cheminement idéologique cause-conséquence, permettait de les laisser s'exprimer sur les façons de faciliter leurs prises en charge sur ce thème en fonction de ce qu'ils avaient pu évoquer auparavant au cours de l'entretien. Des questions spécifiques sur leurs formations et le rôle d'un médecin référent Protection de l'Enfance ont été spécifiquement abordées car fréquemment remis en question pour le premier (19)(81)(85) et instauré récemment pour le second (86).

La méthodologie de l'étude qualitative, la cohérence du guide d'entretien et la méthode d'analyse ont été discutées et validées après avoir sollicité les conseils des chefs de clinique lors des ateliers thèses-mémoires organisés par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.

B) Échantillon

Les médecins interrogés ont été inclus par échantillonnage raisonné, c'est à dire qu'ils ont été choisis selon le type et le lieu de leur activité, les activités annexes et formations qu'ils avaient pu avoir, leur âge, leur sexe, tout ceci dans le but d'obtenir une diversité des points de vue et évaluer l'impact de certains facteurs.

Après contact téléphonique leur expliquant le but de l'étude et demandant leur consentement oral de participation, nous fixions une date de rendez-vous pour réaliser l'entretien. Les participants étaient systématiquement informés de la nature de l'entretien, des thématiques abordées, de son caractère anonyme et gratuit, de son enregistrement ainsi que de sa durée prévisible, entre 40 et 60 minutes. Un consentement oral était redemandé au début de chaque entretien et ils ont été enregistrés à l'aide de dictaphone.

Le recrutement s'est fait au fur et à mesure de l'étude afin de pouvoir chercher certains profils particuliers de médecins généralistes en fonction des premiers éléments qui ressortaient lors des entretiens. Il s'est arrêté une fois que nous sommes arrivés à saturation des données c'est à dire qu'aucun élément nouveau n'est apparu au cours de l'analyse.

C) Analyse des données

Après retranscription mot pour mot des enregistrements de chaque entretien, les verbatim pertinentes ont été sélectionnées par leurs investigateurs respectifs et elles ont subi un premier niveau d'analyse dans un codage ouvert pour faire ressortir le sens de chaque verbatim.

Puis les codages ouverts ont été regroupés en fonction de leurs sens, leurs pertinences et leurs intérêts à répondre à nos problématiques dans des codages axiaux, eux-mêmes regroupés dans des codages thématiques. Cette deuxième étape a été réalisée au cours d'un travail commun des investigateurs pour permettre une triangulation des données et limiter ainsi la subjectivité de l'analyse textuelle des entretiens.

Nous avons choisi cette méthode de la théorisation ancrée avec une analyse manuelle à trois niveaux par encodage ouvert, axial et thématique afin de dégager des concepts à partir des éléments de langage recueillis lors des entretiens.

L'analyse des entretiens s'est fondée sur le concept de comparaison constante à mesure de l'avancée de l'étude afin de pouvoir, au besoin, adapter le guide d'entretien dès que des concepts se dégageaient de l'analyse et enrichir leurs contenus.

Il est à noter que les verbatim qui auraient pu donner l'impression d'émettre un jugement sur les pratiques des médecins généralistes interrogés, comme par exemple, donner une impression de la négligence de la part du médecin interrogé ou un manque de capacité, ont été supprimées de l'analyse. De même concernant les codages ouverts qui auraient pu donner la même impression ont été modifiés si leurs sens le permettaient sinon supprimées toujours au cours du travail commun des investigateurs.

III. Résultats

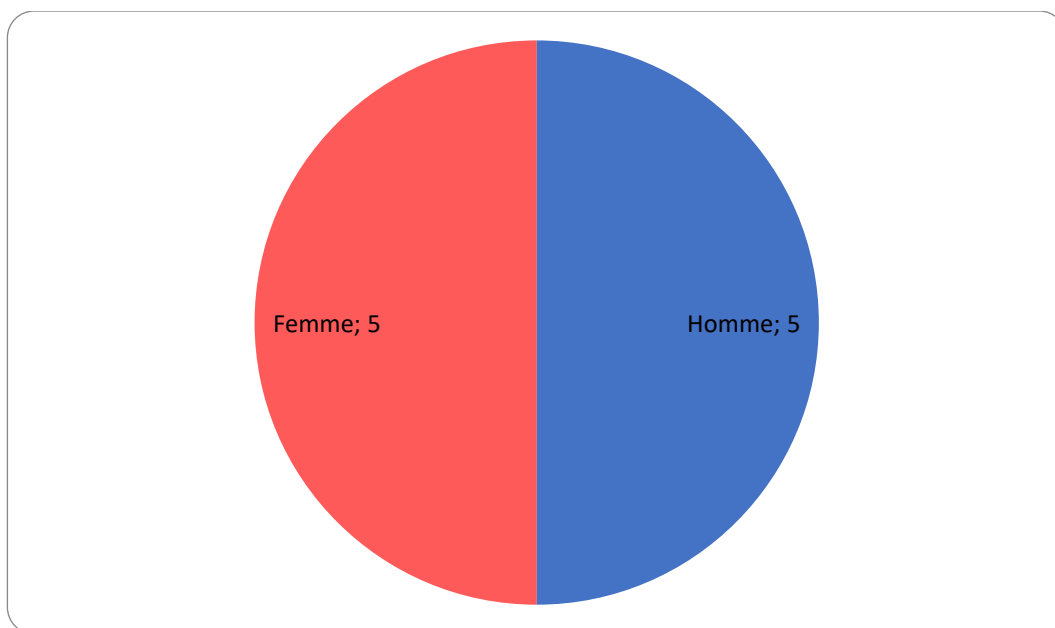
A) Population étudiée

Il est à noter que 8 médecins (4 hommes et 4 femmes) n'ont pas répondu à nos sollicitations malgré plusieurs relances téléphoniques, la grande majorité (6 médecins) d'entre eux était installé en Meurthe-et-Moselle.

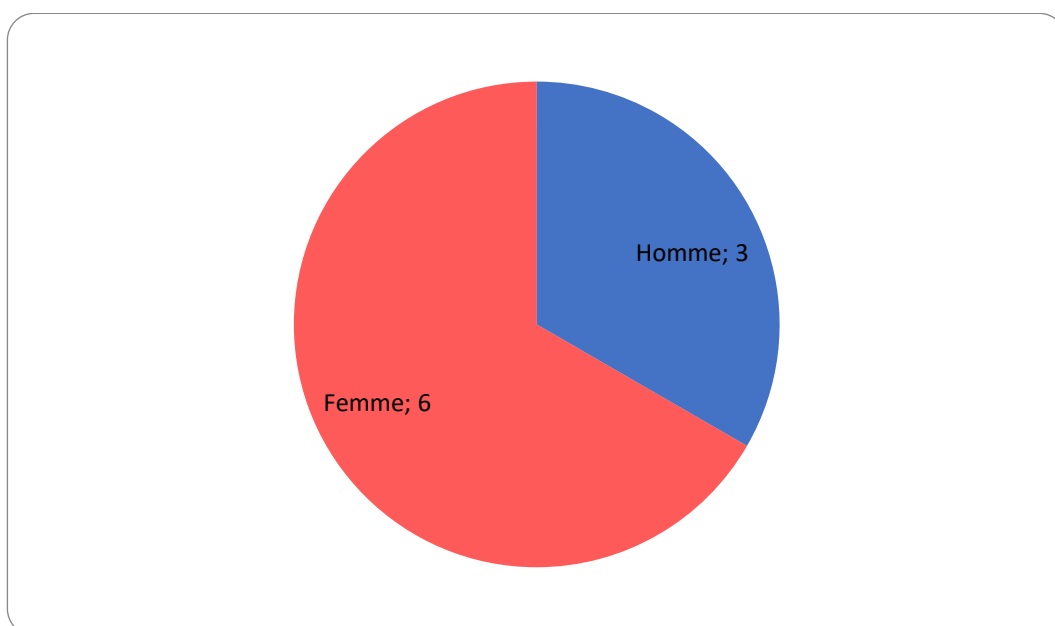
Les caractéristiques des médecins interrogés sont reprises dans les graphiques suivants :

- proportion d'hommes et de femmes dans chaque département :

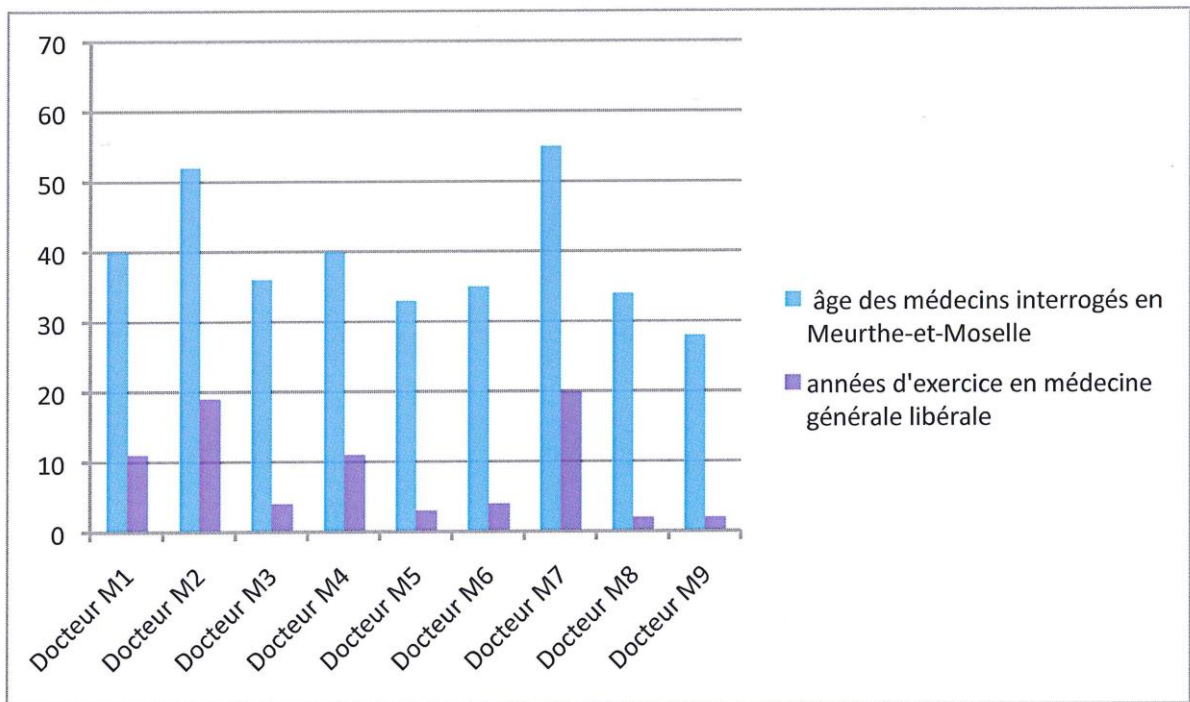
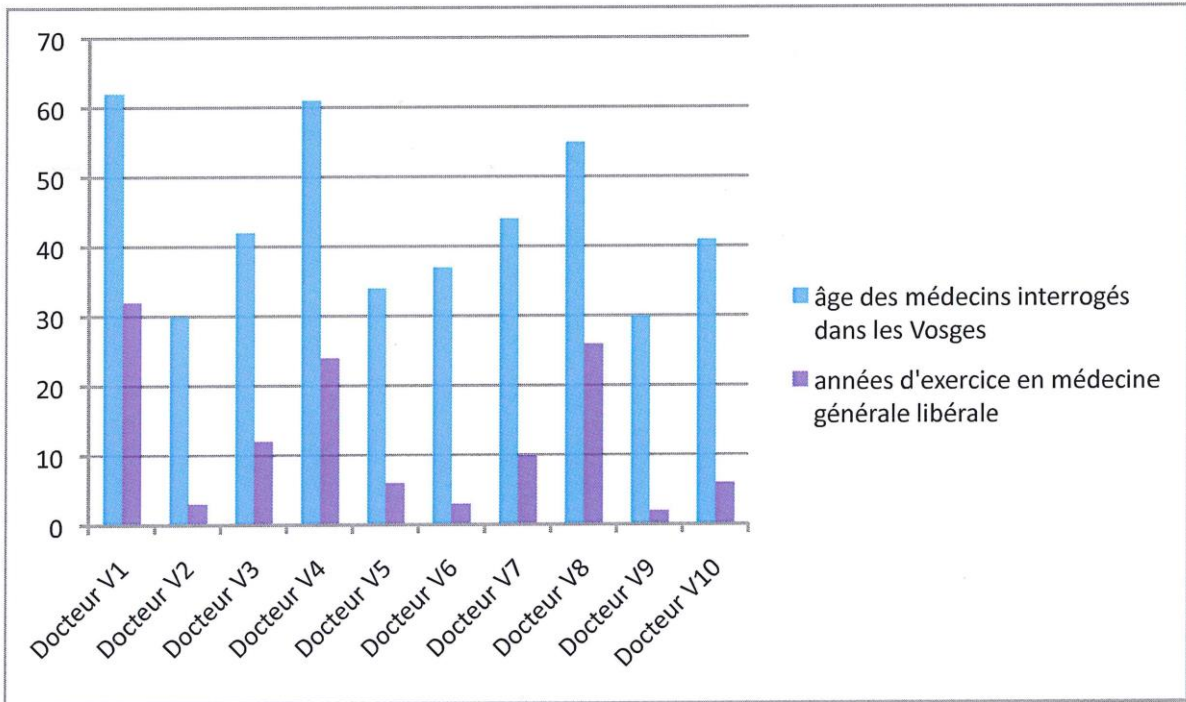
Sexe des médecins généralistes interrogés dans les Vosges



Sexe des médecins généralistes interrogés en Meurthe-et-Moselle

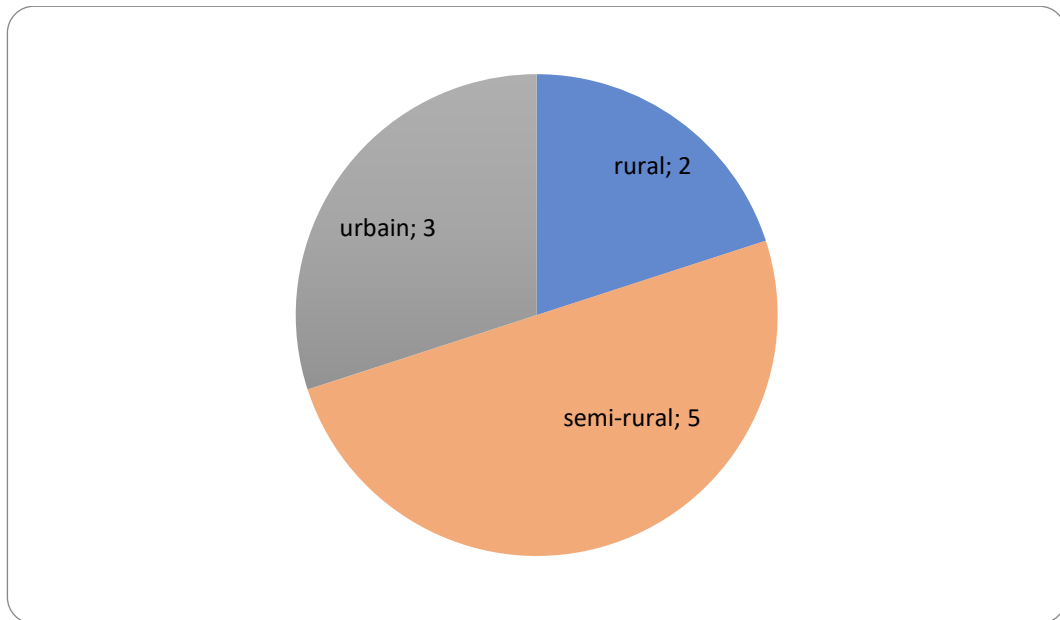


➤ âge et années d'exercice de médecine générale libérale dans chaque département :

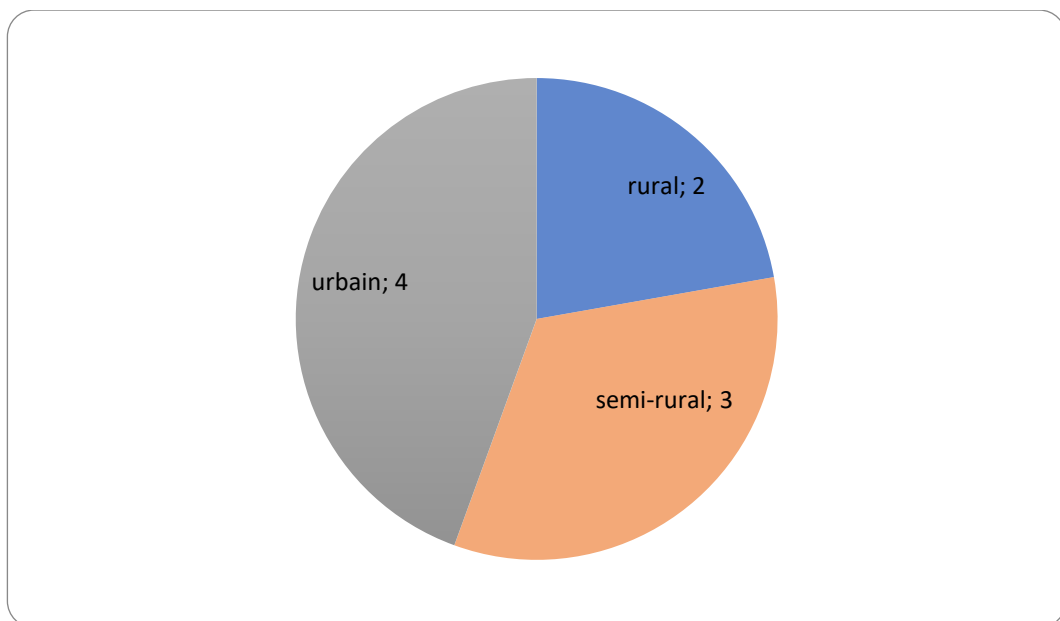


➤ lieu d'activité dans chaque département :

Lieu d'activité des médecins généralistes interrogés dans les Vosges

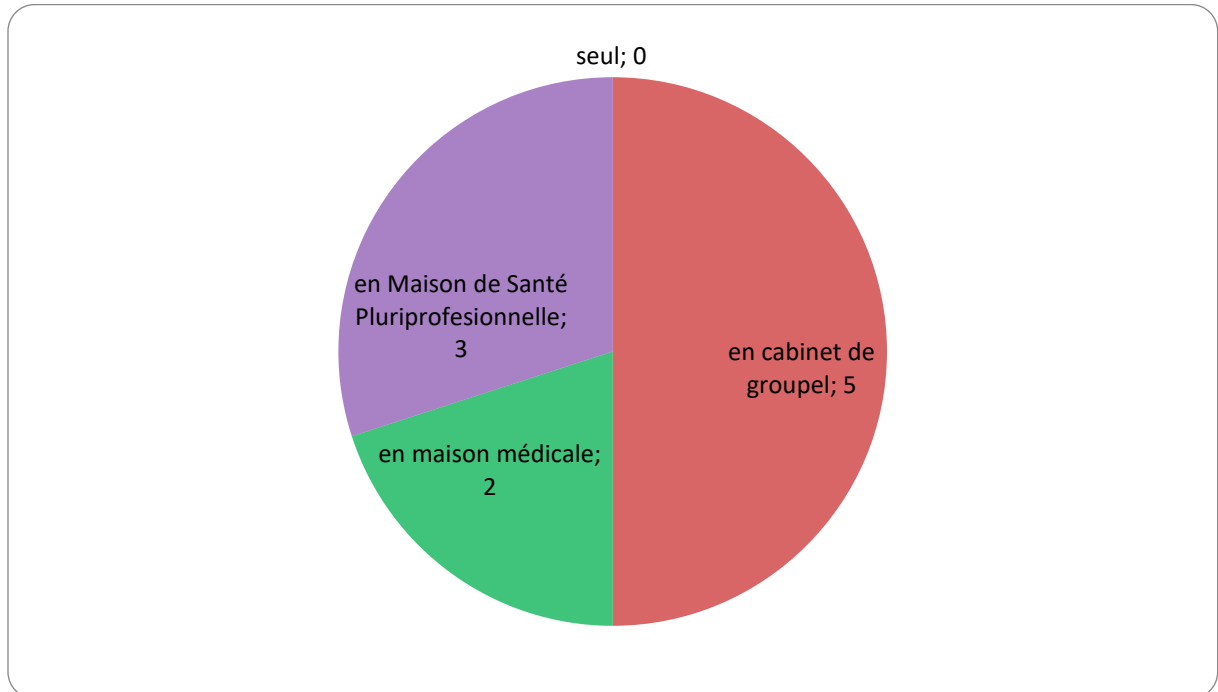


Lieu d'activité des médecins généralistes interrogés en Meurthe-et-Moselle

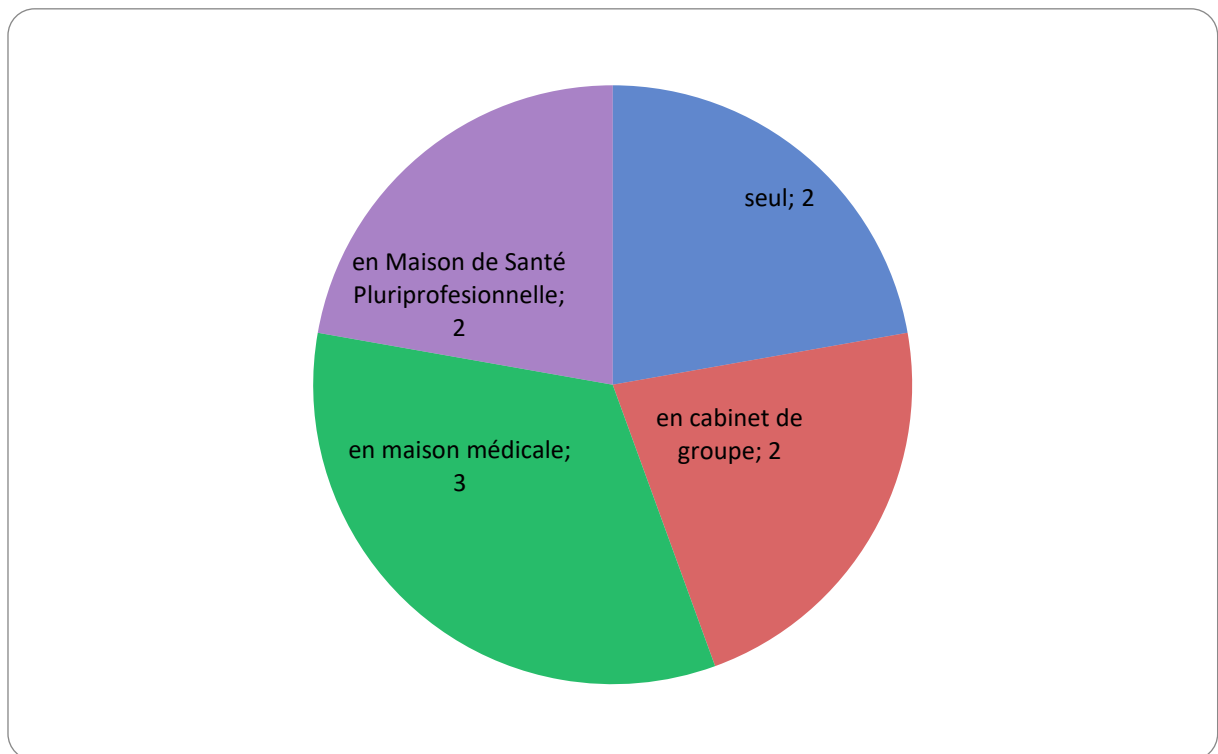


➤ modalités d'exercice de la médecine générale dans chaque département :

Modalités d'exercice des médecins généralistes interrogés dans les Vosges



Modalités d'exercice des médecins généralistes interrogés en Meurthe-et-Moselle



On peut également noter que parmi ces médecins :

- un était membre de l'Ordre Départemental des Médecins
- un était vacataire en Protection Maternelle et Infantile
- un était chef de clinique au Département de Médecine Générale
- cinq étaient Maître de Stage des Universités
- deux étaient intervenants dans des foyers de l'enfance
- un était membre d'un syndicat
- un était administrateur dans un réseau de soins
- deux étaient titulaires d'un Diplôme Inter Universitaire de pédiatrie
- un était titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire de gynécologie
- un était titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire de mésothérapie
- un était titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'expertise judiciaire
- un était titulaire d'une capacité de gériatrie
- deux n'avaient pas d'enfants
- deux étaient mariés l'un à l'autre et travaillaient ensemble dans le même cabinet
- deux autres travaillaient dans la même maison médicale

L'activité déclarée de consultations pédiatriques de ces médecins était très variable, allant de quelques consultations par semaine à une douzaine par jour en moyenne.

B) Analyse des entretiens

1- La perception de l'Enfance en (risque de) danger

• Les médecins généralistes confrontés à l'Enfance en Danger

Le sujet de la maltraitance fait évoquer aux médecins généralistes en premier lieu les violences physiques et sexuelles. Les définitions des autres types de maltraitance et notamment des négligences apparaissent floues, sauf quand il s'agit d'un défaut dans le suivi normal de l'enfant, et elles sont perçues différemment d'un médecin à un autre. Cette perception du (risque de) danger est influencée par l'éducation qu'ils ont reçue et leurs propres expériences de parent.

- L'Enfance en Danger perçue par le prisme des violences physiques

Docteur V1 : «Après c'est le truc évident, c'est quand le gamin a un gros bleu, qu'on a dit qu'il était tombé [...] dans l'escalier...ou sur la petite table...ah mmmm...on demande, un interrogatoire un petit peu plus poussé...tout en étant bienveillant hein [...] quelles étaient les circonstances ? »

Docteur V8 : « Le truc c'est que l'enfant avait une fracture, une fracture du fémur...ce qui est pas fréquent pour un enfant de quelques mois. »

- L'Enfance en Danger perçue par le prisme des violences sexuelles

Docteur M9 : « j'ai vu en consultation une gamine d'origine turque où la maman est venue parce qu'elle s'inquiétait parce qu'il y avait des lésions péri anales. Et c'était clairement des condylomes donc à cet âge là, c'est sûr et certain qu'elle a dû être violée la pauvre gamine. »

Docteur M4 : « en fait, les histoires, les expériences que j'ai eues, ça concernait surtout des cas d'incestes, euh non... pas d'incestes plutôt d'attouchements sexuels. »

- L'Enfance en Danger plus difficilement évoquée face aux négligences

Docteur V1 : « c'était la puéricultrice [...] qui m'avait téléphoné... parce que... euh bah... peut être à 5/6 mois il mangeait comme les adultes quoi... beef steak, du lait ... de vache normal quoi... enfin bon... bah voilà... donc... bah pourtant moi je les vois mais bon je ne sais pas ce qu'il mange effectivement... »

Docteur V1 : « Carences affectives tu vois c'est... je dirais que c'est plus... avant 2 ans... j'aurais dit faut le prendre dans les bras, faut le calmer [...]. Quand ils sont plus grands, je m'en rends pas compte. »

Docteur V2 : « bah la négligence du suivi médical quoi [...] Y a des mamans qui viennent pas aux rendez-vous... euh... quand il faut vacciner, elles oublient les vaccins... 'fin y a toujours un truc qui manque... voilà... Ca c'est plutôt négligence, même parfois négligence des fois un peu physique... quand elle te ramène [...] ils sont cracra parce que ça fait plusieurs jours qu'ils ont pas pris de douche [...] Négligence... aussi les écrans... pour moi c'est de la négligence ! »

Docteur M8 : « ils ont diagnostiqué un syndrome de Reye chez la gamine sur une anomalie génétique et probablement les parents étaient un peu dépassés par la situation, plutôt dans la négligence du coup. »

- La parentalité et l'éducation qui influencent les perceptions

Docteur V2 : « Bon après je dois être un peu laxiste, y a beaucoup de choses que je comprends... genre j'ai 3 enfants en bas âge, bon il a pas pris de bain depuis 3 jours parce que c'est la bazar, maison bon pfff... je peux comprendre ça [...] si le ménage il est pas fait, il est pas fait on s'en fout ! mais voilà [...] Et aussi il y a l'expérience personnelle qui fait que tu te dis que tout le monde peut secouer son enfant quoi... 'fin tu peux basculer... quand t'es crevée, il pleure toutes les nuits, que tu t'énerves et que... voilà tu peux basculer vite ! »

Docteur V5 : « je dirais d'autant plus maintenant que j'ai mes propres enfants, c'est saisissant de se dire que des parents présentent au médecin [...] un enfant qui a la morve au nez par exemple, parce qu'on sait qu'en tant que parent [...] c'est embarrassant devant un étranger quoi. Et y a des gens qui sont totalement à l'aise que le gamin il soit là avec [...] la crasse... donc euh y a la négligence... enfin la négligence vestimentaire et hygiénique et l'indifférence vis-à-vis de cette négligence [...] ils sont pas gênés quoi ! [...] Quelque part je le mets dans la négligence, peut-être que je suis exigeant mais... voilà. »

• Des difficultés de conceptualisation de l'Enfance en Danger dans la patientèle

Les médecins généralistes sont d'autant plus en difficulté qu'ils n'envisagent pas que leur patientèle puisse être concernée par des situations de maltraitance ou de négligence envers les enfants et qu'il persiste des préjugés sur les facteurs de risque de maltraitance ainsi qu'à l'encontre du système de la Protection de l'Enfance. Paradoxalement, à l'âge adulte, les antécédents de maltraitance sont abordés par les médecins et les patients plus spontanément.

- L'Enfance en Danger difficilement envisagée par les médecins généralistes

Docteur V1 : « Pour moi c'était les autres enfants, c'est pas ceux de la patientèle, c'était pas ma patientèle. »

Docteur V6 : « depuis 3 ans enfin j'ai pas eu de cas...voilà...même dans mes remplacements. [...] En tout cas pas suspecté quoi. [...] ça se passe bien, les vaccins sont faits, je vois que les parents ils sont... Après voilà, après j'ai une patientèle éduquée peut-être. »

- Les préjugés de l'Enfance en Danger

➤ Les préjugés sur les familles à risque

Docteur M1 : « et puis là, c'est des gens un peu propres sur eux entre guillemets, j'aime pas trop ce terme mais disons qui ne laissent pas à priori suspecter quoi que ce soit. »

Docteur V4 : « Là c'était quand même très classique, les gens relativement paumés, psychiatriques, gens plutôt addicts...donc c'était plus simple je dirais. [...] quand c'est des milieux plus proches de son propre milieu. [...] je pense que ça a toujours une influence, oui oui. Parce qu'on a pas la même perception des choses. [...] Mais on passe peut-être à côté des situations dans les familles plus...mieux loties, où y a quand même maltraitance, je pense c'est plus difficile pour nous de le voir[...]. Je pense c'est moins visible et que...on soupçonne moins ! »

➤ Les préjugés sur le système de Protection de l'Enfance

Docteur V2 : « Et puis PMI ça a un côté assez...euh...ils ont peur ! d'être des mauvais parents, qu'on leur enlève leurs enfants...même si on a beau expliquer que c'est pas forcément le cas mais voilà. Quand on parle de la pmi c'est : "oui mais qu'est-ce qu'ils vont penser de moi ? " »

Docteur V9 : « moi ça me fait un peu peur quand même. C'est-à-dire signaler quelqu'un à la CRIP ou autre...pfff...j'avoue que je le pèse 20 fois avant d'éventuellement le faire. [...] Donc moi je dirais ça fait peur de passer le pas de signaler un gamin parce qu'on s'imagine plein de choses après »

- La maltraitance plus facilement évoquée à l'âge adulte

Docteur V1 : « je pose systématiquement la question mais pour des gens comme toi, ou plus âgés que je vois qu'y a une souffrance, qu'on voit régulièrement en consultation, y a un mal être...si...euh...à un moment donné... dans la vie y a eu des gens qui ont manqué de respect [...] de ton corps, de ton intégrité...ça vient ou ça vient pas...mais je tente toujours de tendre la perche... »

Docteur M7 : « oui, j'ai des adultes qui sont déjà venus me voir mais en général, ils ne viennent pas à cause de ça, c'est quelque chose qui est évoqué à un moment comme ça. J'ai des adultes qui m'ont raconté des choses horribles... des choses pour lesquelles on peut se demander comment ils ont fait pour en arriver là. [...] comment ils ont fait pour passer entre les gouttes. Des fois, ce sont des choses pas racontables, des choses horribles qui leur sont arrivés. Comment c'est possible ? »

• Des difficultés d'évaluation de l'Enfance en Danger

Les médecins se sentent en difficulté dans l'évaluation du (risque de) danger à la fois pour le repérer mais également pour le graduer.

- Difficultés de dépistage du (risque de) danger

Docteur V3 : « Eh bah...euh...j'ai pas l'impression que...ou du coup je suis passée à côté...mais j'ai pas eu...j'ai pas l'impression d'avoir eu dans mon exercice des situations de maltraitance... »

Docteur M5 : « malheureusement, on connaît les statistiques sur la maltraitance mais, quand on réfléchit à appliquer ses statistiques à sa patientèle, j'aurai du mal à dire qui pourrait rentrer dans ces cases. [...] on se dit que forcément dans notre patientèle, il doit y en avoir mais je serai bien incapable de dire dans ma patientèle qui en fait partie. »

- Difficultés de gradation du (risque de) danger

Docteur M5 : « Je veux pas dire qu'il y a des degrés dans la maltraitance mais la situation n'est pas la même si j'avais un gamin avec qui les deux parents étaient maltraitants et que la situation est catastrophique au point que voilà... ou si c'est genre la mère voilà.. Et le père est agressif. »

Docteur M7 : « en pédiatrie, c'est pas évident de percevoir l'urgence ou la gravité. [...] c'est moins évident quand le parent est surmené, que tu n'es pas sûr, qu'il y a un doute. Qu'est-ce que tu en fais de ces situations-là ? »

Docteur V5 : « les bleus c'est pas facile hein [...] les bleus c'est un témoin de la quantité d'activité de l'enfant...plus que des violences, et donc, parmi les enfants qui sont très actifs, y a aussi des enfants qui sont ingérables, mais voilà y a aussi ceux qui sont juste des cascadeurs quoi ![...] Je sais pas...je pense que c'est très théorique [...], je trouve que tu peux pas juger quoi. »

• L'intuition pour faire face à l'Enfance en Danger

Face à ces difficultés d'évaluation et au doute que peut susciter une situation de (risque de) danger, les médecins privilégient une approche intuitive tant pour prévenir que pour dépister. L'attitude de chacun pour décider de la conduite à tenir face à une incertitude est variable.

- Une prévention intuitive de l'Enfance en Danger

Docteur V4 : « Parce que parfois les mères arrivent dans des situations, par un épuisement éducatif, parce qu'elles sont seules avec les enfants, les maris absents par le travail ou par le fait qu'ils sont pas là...qui sont vraiment très très épuisées. [...] je donne aussi des conseils éducatifs, parfois très...enfin très directs entre guillemets, en tout cas dans le sens où je renforce les mères [...] Et en discutant j'essaye un peu de renforcer son...son rôle de cadrant [...]. Voilà elles sont fatiguées les filles, je suis quand même plus vigilante peut-être. »

- Un dépistage intuitif de l'Enfance en Danger

Docteur V4 : « Je fais pas un dépistage spécifique, parce que bon ça me paraît un peu bizarre. C'est plutôt à rester vigilant, que je vois rien d'anormal...dans l'interaction...dans l'interaction des parents. [...] Ou parce qu'il y a une petite chose où je me dis c'est quand même bizarre [...] faut rester vigilant. »

Docteur V2 : « Après négligence[...] tant qu'il y a un lien affectif avec les parents... 'fin que ça se voit en consult...je fais rien quoi. C'est...voilà...tant qu'il y a de l'amour je fais rien...tant qu'il y a un lien vrai...ça se voit...j'ai l'impression...je fais rien. [...] l'accroche au parent, le câlin, la réassurance...euh...le...oui voilà c'est tout ça ! Le lien que tu ressens avec...voilà [...] C'est plutôt l'interaction avec l'enfant...c'est comme ça que je ressens le lien quoi ! »

Docteur V7 : « Euh...je ne sais pas si y a une formation particulière à avoir, après c'est peut-être des choses qu'on sent »

Docteur M2 : « après... violences verbales ou suspicion clinique sur des hématomes, ça passe par l'interrogatoire, j'essaie de voir un petit d'approfondir, et puis, je les reconvoque quand c'est comme ça pour surveiller »

- Des intuitions et des doutes

Docteur V4 : « je pense si on a vraiment une préoccupation avec un enfant, vaut mieux agir que de ne pas agir ! Ca me paraît...vaut mieux faire quelque chose que de se dire booofff ça va peut-être s'arranger, j'avais peut-être pas bien vu. [...] je me dis c'est toujours mieux d'agir que pas agir ! [...] Plus je me dis si y a un souci ou quelque chose qui me trotte dans la tête, j'appelle! [...] Au lieu d'attendre que...ça dégénère parce que ça peut dégénérer ! »

Docteur V5 : « Tant qu'on en est au doute, il faut continuer à explorer un peu quoi. »

Docteur M3 : « s'il faut faire un signalement, il faut le faire, ce ne sera pas un souci. Après on se sentira peut-être un petit peu mal à l'aise tant que les choses ne sont pas éclaircies. J'imagine qu'on peut être entre les deux.. ça dépend de la situation aussi, ça dépend qui est visé aussi, si on suit les deux parents, si on accuse un des deux parents. Mais non, je n'hésiterai pas à signaler si c'était nécessaire. »

Docteur M4 : « La seule chose pour laquelle je pourrais avoir un doute c'est de savoir si je le fais sans me tromper. Si je n'étais pas sûr de mon coup, ne pas mener d'accusation à tort. Après si je suis sûr de mon coup, si j'estime que l'enfant est en danger, je ne me pose pas de question. »

Docteur M7 : « Pour revenir à l'alerte, il y a ce truc évident qui est de dire son alerte, ça, je le fais, c'est moins évident quand le parent est surmené, que tu n'es pas sûr, qu'il y a un doute. Qu'est-ce que tu en fais de ces situations-là ? Tu ne vas pas non plus alerter la terre entière chaque fois que tu as une supposition, parce que sinon ça ferait vraiment beaucoup. »

2- La connaissance du système de la Protection de l'Enfance

- La méconnaissance du système de Protection de l'Enfance

Malgré un sentiment d'obligation d'alerter face à une situation d'enfance en (risque de) danger, les démarches de signalement ne sont pas claires. Les médecins relèvent également une certaine méconnaissance en ce qui concerne les missions des différents acteurs intervenant dans le champ de la Protection de l'Enfance.

- Un sentiment d'obligation de signalement

Docteur M2 : « Mais d'un autre côté, on peut pas laisser passer »

Docteur M4 : « Après si je suis sûr de mon coup, si j'estime que l'enfant est en danger, je ne me pose pas de question. »

Docteur V6 : « Bah je sais qu'on doit faire un signalement si on constate ou qu'on a l'idée d'une maltraitance, on doit quand même le signaler effectivement. »

- Des démarches confuses

Docteur V2 : « C'est hyper flou ! Euh...je serais hyper embêtée si je devais faire une information préoccupante sur un enfant. Bon après le gros frein ce serait comment on fait [...] Quand j'avais la suspicion[...] j'ai filé le bébé, j'ai passé la main à la pédiatrie de l'hôpital »

Docteur V6 : « je suis un peu démunie, savoir ce qu'il faut faire effectivement si j'ai un cas de maltraitance. Moi je sais que c'est obligatoire voilà, de déclarer au Procureur de la République etc, de faire un signalement mais après au niveau...la démarche...pttt je sais pas comment il faudrait faire... »

- Le rôle méconnu des acteurs de Protection de l'Enfance

Docteur V1 : « L'image que j'en avais fait qu'elle évolue. C'est que c'était des concurrents pour les patients qui avaient le sou, voilà [...] mais en gros les enfants qui vont à la PMI, de toute façon ils nous échappent, on les voit plus. »

Docteur V3 : « l'Aide Sociale à l'Enfance à vrai dire pour moi c'est un grand terme mais concrètement je ne sais pas ce qu'ils font. »

Docteur M4 : « j'ai l'impression que, globalement, nous, les médecins généralistes, on maîtrise pas bien tout le côté médico-social, tout ce qui est à base d'abréviation, y'a des fois c'est pas très clair non plus. »

Docteur M5 : « Même quand je me suis installée, je ne me rappelle pas que qui que ce soit venu me voir ou se présenter. Après, je trouverai facilement leur numéro mais voilà. »

Docteur V6 : « Ouais après moi la PMI ça reste un peu quelque chose d'obscur en fait parce que, ouais, je sais pas trop bien comment ça fonctionne, voilà je...je bah on remplit les questionnaires PMI mais souvent moi je mets qu'il y a pas besoin de, voilà, de suivi PMI »

• Les formations des médecins généralistes remises en question

Les médecins admettent avoir reçu des formations sur le sujet de l'Enfance en (risque de) danger mais qu'ils jugent insuffisantes et surtout non adaptées à leur pratique quotidienne.

- Un défaut de formation

Docteur V1 : « Mais situations préoccupantes j'ai jamais fait. Je savais pas que ça existait. [...] je sais toujours pas quel numéro il faut faire »

Moi : comment jugez-vous votre formation par rapport à cela ?

Docteur M8 : « Nul. Pourri. Zéro. Déjà comme ça, je ne me souviens pas avoir eu de cours là dessus à la fac. En stage, oui, mais à la fac, non. »

Docteur V3 : « je pense qu'on est pas suffisamment formé sur les dépistages. [...] On a beaucoup de choses sur ce qui est somatique, mais voilà...sur ce qui est...j'allais dire presque socio-éducatif 'fin voilà on a pas grand-chose en fait. »

- Des formations et informations délivrées qui ne répondent pas aux attentes

Docteur V1 : « Je sais que c'est remis dans le bulletin de l'ordre mais bon ça beau être mis,[...] on le reçoit, c'est soit classement vertical soit classement horizontal...puis à un moment on sait plus où il est»

Docteur M6 : « c'était vraiment insignifiant ce que j'ai pu avoir. En tout cas, là où j'ai fait mes études en Auvergne. En tout cas, ce que j'en ai retenu. C'était sous forme de séminaire au cours du 2^e cycle, voilà, séminaire mère-enfant quelque chose comme ça. C'était accessoire je pense, et j'en garde pas de conduite à tenir précise. »

Docteur V5 : « Je pense qu'il est judicieux de rappeler que quand on sort de la fac, on a tous appris pour l'internat [...] finalement il [l'interne] va aller chercher sur internet comment on fait mais il sait pas quoi ! [...] Je pense que...qu'avec la maturité professionnelle on se rend compte que...comme beaucoup de choses dans les études de médecine, on a entendu parler du cas explosif et que en fait la réalité et le quotidien c'est ce qui est en demi-teinte»

Docteur V8 : « je participe régulièrement à des DPC justement pédiatrie/nourrisson, on est rebriefé là-dessus. Je peux pas dire que ce soit nul, mais il pourrait y avoir mieux. [...]souvent les séminaires qui sont organisés, on aborde beaucoup de choses à la fois.»

3- La place du médecin dans le dépistage de l'Enfance en (risque de) danger

• La proximité : un pilier pour une relation médecin-patient de confiance

Les médecins généralistes se considèrent avant tout comme médecin de famille et privilégient la proximité dans la relation médecin-patient pour faciliter la prise en charge globale de l'enfant. La création d'un lien de confiance avec les parents et les enfants apparait comme un prérequis indispensable pour les médecins. Leur propre parentalité est parfois utilisée pour développer cette proximité en partageant leurs expériences.

- L'intérêt du suivi de la famille

Docteur V2 : « Moi je suis pour le médecin généraliste euh...tu vois, en plus, médecin de famille ! Du coup on voit les parents, les grands-parents, surtout ici, ça va de l'arrière-grand-mère au nourrisson...'fin, tu peux pas suivre un enfant si t'as pas la globalité de l'histoire. »

Docteur V3 : « c'est des relations de confiance parce qu'en définitive, comme ça fait déjà plus de 10ans que je suis installée [...] j'ai vu des gamins ils avaient 15 ans, ils ont 25 ans, ils ont un enfant et donc naturellement ils viennent me voir. Donc je pense que...oui...ils font confiance à leur médecin généraliste »

Docteur V5 : « c'est ce qu'il y a de plus joli dans le métier d'être des médecins de famille, [...] et de les connaître et de les suivre enfant et de les voir grandir [...]! Et après bin voilà on y gagne en qualité de prise en charge, on y gagne en communication, on gagne du temps tout simplement parce que s'il y a un antécédent, on le connaît déjà »

- La nécessité de créer un lien pour une relation médecin-patient de confiance

Docteur M1 : « Je pense que je suis assez proche de mes patients [...] ça a un impact parce qu'il y a des choses qu'on va faire qu'on ferait pas si on était pas proche des patients »

Docteur M3 : « Je trouve que ça a ce côté facile parce que, quand on a un contact privilégié avec les gens, ça facilite plutôt l'abord surtout pour les sujets difficiles »

Docteur M5 : « Les gens ont plutôt tendance à se confier facilement à moi, même des choses difficiles [...] Je suis plus dans le conseil et pas trop dans l'autorité. [...] ça facilite les choses, le fait qu'ils se confient facilement à moi. Après c'est plutôt eux qui abordent spontanément les sujets un peu sensibles on va dire en général. »

Docteur V6 : « je pense qu'il faut être en adhésion avec le parent pour pouvoir soigner l'enfant et approcher l'enfant. »

- La parentalité pour faciliter le lien médecin patient

Docteur V2 : « il y a autant d'échanges sur la partie médicale que sur la partie... maman enfin... expérience de maman. Bah du coup les petits trucs et astuces doctissimo bah on le fait aussi en consult en fait, et du coup elles savent qu'elles peuvent poser n'importe quelle question en fait et que ce sera pas mal pris »

Docteur M3 : « c'est sûr que je suis plus à l'aise là qu'avant et puis avec les parents aussi. Il y a une proximité qui s'installe progressivement. Et puis il y a l'expérience qui fait aussi au fur et à mesure, quand les parents posent des questions, les expériences que j'ai pu avoir moi en tant que maman, de pouvoir les partager. C'est plutôt quelque chose de positif je pense. »

Docteur M5 : « ça m'aide pour les petits conseils sur les problèmes du quotidien et puis tendre les perches [...] Le fait d'avoir vécu ces situations c'est plus facile d'aborder ses sujets. »

- Les limites à cette proximité

Malgré tout, cette proximité connaît ses propres limites. L'établissement de cette relation de confiance est remis en question lorsqu'elle est confrontée à des difficultés de communication médecin-patient, au désaccord des patients face aux préconisations des médecins ainsi qu'au nomadisme médical. Cette relation peut également être éprouvée par la nécessité de trouver la bonne distance afin de rester objectif. Enfin, certains médecins qui ne sont pas parents signalent des difficultés à développer cette proximité.

- Des difficultés de communication

Docteur V1 : « qu'est-ce que j'ai le droit de dire, qu'est-ce que j'ai le droit de pas dire...c'est pas que j'ai pas le droit de dire, c'est pas ça ! A quel moment je suis moralisateur ou pas...»

Docteur M5 : « ben la question de la maltraitance est toujours un peu difficile à aborder comme ça avec les patients, parce que dans les esprits, il y a toujours une part de jugement pour les gens. »

Docteur V6 : « Après sinon c'est délicat d'intervenir, enfin des fois on préfère rien dire aussi et puis se centrer sur le médical et l'examen clinique»

- Le médecin face à l'opposition du patient

Docteur V2 : « Après j'ai beaucoup de mal avec les gens par contre qui ne continuent pas dans la prise en charge [...]. J'ai du mal quand on répète 1 fois, 2 fois, 3 fois et qu'ils me disent qu'ils ont des problèmes à la maison mais qu'ils ne veulent pas faire de bilan parce que leur enfant est pas

fou...J'essaie de les convaincre que c'est pas le problème...mais...ça par contre j'ai du mal quand ils font pas, quand ils vont pas dans le sens...après j'en reparle à chaque fois »

Docteur V5 : « La difficulté c'est la non-adhésion : on propose des choses et puis les gens font pas, quoi ![...] y a des lapins, y a des décrochages, y a du désintérêt...voilà, les gens participent pas.»

- La problématique du nomadisme médical

Docteur V6 : « ça arrive, pas pour les petits hein, qu'il y ait eu 5 médecins différents et comme personne se sentait responsable...on traite ponctuellement la problématique et puis c'est tout...donc ils sont pas pesés, mesurés, pas voir au niveau comportemental... »

Docteur V5 : « il faut qu'il y ait un médecin référent [...].Notamment pour la psychologie de l'enfant[...]. Donc euh si un coup c'est docteur A qui soigne le rhume, un coup c'est le docteur B, un coup c'est docteur C, on a rien avancé dans l'accompagnement psychologique et la compréhension psychologique de l'enfant quoi. Si c'est médecin A les 3 fois, eh bin c'est très bien, il commence à cerner l'enfant»

- Avoir une distance avec le patient pour se protéger

Docteur M1 : « Après il faut quand même être capable de pouvoir garder un œil extérieur à la situation et de ne pas agir différemment si c'est quelqu'un qu'on connaît quelqu'un qu'on ne connaît pas »

Docteur M2 : « Parfois, il faut un peu d'autorité parce que sinon ils ne suivraient pas leurs traitements ou ils manqueraient d'assiduité dans leur suivi [...]j'essaye d'avoir quand même de l'empathie tout en me protégeant, en mettant des barrières... il faut ! »

Docteur M4 : « j'essaye aussi à la fois de me protéger, à se détacher affectivement pour ne pas être trop impliqué justement affectivement je pense qu'il faut surtout faire attention à ça. »

- Ne pas être parent compromet la relation médecin-patient-enfant

Docteur M8 : « le fait de ne pas être père en soit non, dans le suivi non plus, après là où j'ai le plus de mal c'est sûr des conseils de puériculture, comme pour les laits par exemple, quelle quantité ? quand passer au lait 2^e âge ? etc... »

Docteur M9 : « Parce que même quand tu es médecin et que tu as des parents qui viennent et qu'ils ont connaissance que tu n'as pas d'enfants, ils se basent eux en position haute et que du coup ils ont raison c'est à dire que si leur enfant est malade même si tu es médecin, ils connaissent leur enfant. Donc à partir du moment où tu n'as pas d'enfants, tu n'es pas légitime à dire si une situation est grave ou pas. »

• Les médecins généralistes en premier recours

Les médecins se reconnaissent une place centrale dans la prévention, le dépistage et l'alerte de l'Enfance en Danger puisqu'ils se trouvent en première ligne dans la prise en charge des enfants et de leur famille.

- La place centrale du médecin traitant

Docteur V2 : « on est le médecin de premier recours, donc si on connaît pas l'enfant dans sa globalité et si on les voit que dans les moments où on leur fait mal...pour tisser le lien avec l'enfant c'est compliqué quoi ! Alors qu'une fois que tu les vois pour jouer et faire les développements ou voilà et bah ils ont l'habitude et ils viennent avec plus de facilité. Parce que quand t'es médecin de famille, ils savent que tu fais ça pour son bien [...] ils ont confiance en toi et en ton jugement quand tu les connais depuis le début, et même des fois tu as suivi la grossesse , du coup ils ont confiance en ce que tu dis... »

Docteur M6 : « En tant que spécialiste en médecine, on a un rôle de faire des diagnostics et de soigner des gens mais aussi de les accompagner. On a une situation privilégiée par rapport à notre spécialité et on doit avoir ce rôle d'écoute. Je pense qu'il faut qu'on se mette à leur portée... »

- Un médecin généraliste lanceur d'alerte

Docteur M1 : « je pense que, nous, on est aux premières loges pour constater ça »

Docteur M3 : « Comme on a ce lien de confiance avec nos patients, on a un rôle très important dans le dépistage ou le signalement »

Docteur M6 : « elle est quand même primordiale. On est une espèce de veille sanitaire. Comme tout adulte, on se sent responsable vis à vis d'un enfant en tant que médecin, si on a des doutes sur quelque chose. »

- Une évaluation de l'enfant facilitée par la connaissance de l'environnement familial

Docteur V2 : « Typiquement dans le suivi de l'enfant qui avait été maltraité, placé puis revenu, bah si je suivais pas la mère de la patiente et la patiente, bah je pouvais pas comprendre l'histoire globale. »

Docteur M4 : « Là, du coup, on est pas mal, parce que si on connaît les parents, qu'on connaît les difficultés des familles. On est quand même bien placé pour évaluer s'il y a maltraitance ou pas. »

• Les freins au suivi des enfants par les médecins généralistes

Bien que la place centrale des médecins généralistes soit admise, dans les faits, le choix des parents d'un suivi par le pédiatre et/ou le médecin généraliste peut représenter un frein d'autant que la place de chacun n'est pas définie : parfois en coopération, en complémentarité mais aussi parfois en opposition. De plus, en pratique, le suivi des enfants de plus de 2 ans devient sporadique. Les généralistes soulignent également la difficulté à intégrer l'ensemble des dépistages recommandés de l'enfance à leur pratique.

- La variable d'ajustement du suivi des enfants : le médecin généraliste

Docteur M1 : « ça dépend des gens en fait [...]. Pour le coup, pour les enfants on a une situation qui est très, très variable. [...]on met à l'aise les parents on leur dit vous faites ce que vous voulez on peut faire le suivi, vous pouvez aller voir un pédiatre c'est comme vous voulez et nous on reste disponible quand vous avez besoin »

Docteur M2 : « souvent, on a en hiver les consultations pour pathologies aiguës parce que le pédiatre ne peut pas les recevoir. On est un peu en dépannage c'est un peu désagréable, euh non, c'est hyper désagréable.»

Docteur V4 : « Après je suis pas toujours seule avec les enfants, je suis souvent co-soignant avec un pédiatre [...]! Je vois les enfants pour les maladies et la pédiatre il fait les visites obligatoires ou les visites périodiques et les vaccins, c'est quand même pas mal d'enfants comme ça...Et au bout d'un certain temps, parfois ils switchent complètement sur le généraliste parce que c'est plus simple. »

- Un suivi des enfants de plus de 2 ans plus sporadique

Docteur M3 : « Moi j'aime beaucoup suivre les enfants je trouve que ça créer un lien super avec les petits et [...] Je pense qu'on est aussi bien placé que les pédiatres pour faire le suivi habituel »

Docteur V3 : « enfin on suit finalement le carnet de santé, hein la première année, les 2 premières années ça pose pas de souci. On les voit très très régulièrement... Après c'est le problème, au-delà de la 2eme année où des fois on les perd de vue jusque 5-6 ans parce que y a plus de visite systématique entre guillemets, plus de vaccination »

Docteur V4 : « on les voit encore assez régulièrement avant 24 mois. Et après, on les voit un peu moins...euh...je dirais entre 2 ans et 5 ans après c'est plutôt quand ils sont malades...bon ils tombent souvent malades mais c'est pas un vrai suivi c'est un coup par coup avec plein de fièvre, quand ils sont plein de toux plein de rhume...toujours les mêmes trucs ! Donc là c'est pas un vrai suivi »

- Des dépistages difficiles à intégrer à la pratique

Docteur V5 : « Comme tous les dépistages, on les fait jamais assez [...] c'est quelque chose qu'il faudrait faire de façon plus large. Pour moi c'est clair quoi ! J'ai comme tous les autres le défaut de ne pas assez le faire, mais faudrait le faire plus quoi »

Docteur V5 : « ça prend du temps, il faut y penser. Quand on a des histoires qui sortent, on se rend compte qu'on y avait pas pensé. Pour bien faire, il faudrait être systématique quoi, mais si on est systématique pour tout ce qui a à faire hein [...] enfin on peut humainement pas être systématique sur tous ces domaines-là. »

Docteur M1 : « j'aurais l'impression qu'en matière de prévention, je trouve que les gamins on est pas assez présents, mais je dirai que c'est nous en globalité que ce soit la PMI la médecine scolaire et nous, en médecine générale, je trouve qu'on est pas assez bon en prévention que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte. »

• Une déclaration médecin traitant discutée

La déclaration médecin traitant pour les enfants est perçue de manière assez variable, néanmoins deux idées opposées en ressortent :

- elle permet d'affirmer la place du médecin généraliste comme référent de l'enfant et ainsi de mettre en valeur son rôle
- elle n'est qu'une démarche administrative de plus qui impacte peu la pratique.

- Une déclaration de médecin traitant pour valoriser et affirmer leur rôle

Docteur M4 : « Je pense que c'est important que l'enfant soit vu régulièrement et par la même personne. »

Docteur V4 : « ça notifie un peu ce lien, le lien pour beaucoup de parents c'est là [...]. Donc euh...pour recréer la famille dans le même cabinet. Mais je trouve quand même un intérêt de...moi, de

me sentir un peu plus responsable de l'enfant entre guillemets, en me disant voilà c'est bien moi quand même qui est en face hein, et pour les parents d'avoir ce lien avec nous »

Docteur V6 : « c'est bien quand même pour qu'il y ait un suivi régulier, un accompagnement parce que, même si c'est au départ tout va bien, la croissance est bien et qu'il y a que les vaccins à faire, c'est quand même bien d'avoir un médecin référent je pense comme pour les adultes, d'avoir un suivi stable et fiable [...] pour une meilleure prise en charge globale de l'enfant »

- Une déclaration de médecin traitant perçue comme purement administrative

Docteur M5 : « j'avoue pas trop... A part les 5 euros dans le cadre de la ROSP (rires) mais c'est plus le côté administratif. »

Docteur V7 : « Je ne sais pas...franchement...si y a un intérêt [...] après contrat médecin traitant, si c'est obligé les gens à venir pour leur faire une lettre pour aller chez l'ORL moi je vois pas trop l'intérêt quoi. »

4- La crainte des conséquences d'une démarche de Protection de l'Enfance

• Le paradoxe de la relation médecin-patient

La relation de confiance médecin-patient perçue comme essentielle est aussi un frein important au dépistage et à la démarche d'alerte : à la fois parce qu'elle modifie la perception du médecin sur la notion du risque et du danger mais aussi parce que les médecins craignent les répercussions d'une démarche sur cette relation et qu'ils éprouvent une certaine culpabilité à passer la main.

- Les répercussions de la relation sur la démarche

Docteur M1 : « Après il faut quand même être capable de pouvoir garder un œil extérieur à la situation et de ne pas agir différemment si c'est quelqu'un qu'on connaît quelqu'un qu'on ne connaît pas »

Docteur M3 : « Par peur de me tromper. Quand les éléments ne sont pas clairs, peur de suspecter quelque chose par excès avec quelqu'un où on a confiance. »

- Les répercussions d'une démarche sur la relation médecin-patient

Docteur V1 : « toute la famille m'est tombée sur le dos... « vous avez foutu le bordel dans ma famille... ». [...] On me l'a fait quand j'ai envoyé chez les gendarmes...on m'a dit « oooohhh vous avez vu vous avez détruit la famille ». »

Docteur M2 : « je trouve que c'est un peu compliqué parce qu'en plus le rôle du médecin traitant c'est d'avoir une relation avec la famille et donc du coup ça peut casser la relation [...]. Si le médecin traitant n'est plus le médecin traitant et n'est plus dans la boucle, il ne pourra plus surveiller derrière ce qu'il se passe »

Docteur M6 : « de faire un signalement par excès où on va déclencher une enquête... traumatiser les parents et l'enfant alors qu'il n'y avait pas lieu, ça arrive quand même, je pense »

- Des difficultés à passer la main vers d'autres orientations

Docteur V2 : « Et c'est vrai que si je mets le doigt dans l'engrenage de la PMI, j'ai peur que...bah j'ai peur qu'elle m'emmène plus ses enfants et donc que du coup qu'il y ait complètement un lien qui se ferme. [...] Je préfère l'avoir sous les yeux quoi et voir si y a un problème physique [...]. Après, pour qu'il donne des conseils aussi...en matière de conseil, par forcément pour qu'il aille mettre son nez dedans et voilà parce que c'est vrai qu'il y a cette relation de confiance aussi qui fait, avec les parents, qui fait qu'on a pas forcément envie de...et puis on se sentirait coupable. »

• La peur d'une intervention délétère

La crainte de porter préjudice par une intervention semble profondément ancrée dans l'inconscient des médecins généralistes ce qui rend leur posture difficile. En effet, cela génère des questionnements sur les bénéfices et les risques d'une démarche en Protection de l'Enfance et leur fait craindre de nuire à l'enfant et à sa famille.

- Des questionnements autour de la balance bénéfique/risque

Docteur V4 : « on se pose toujours beaucoup de questions. Est-ce qu'on fait pas plus de dégâts que de bien ?! [...] Que ça déstabilise la famille complètement, qu'il y ait à un moment donné un placement [...]et que...euh...ça entraîne cet espèce de parcours : on enlève les enfants, les enfants sont élevés...par la collectivité avec tous les...toutes les carences qui en suivent quand même. Ça remplace pas la famille, même si la famille est maltraitante, elle reste famille [...]. Donc ça on se pose toujours la question que c'est pas pire ce qu'on fait que...le statu quo...mais bon après faut peut-être pas non plus...faut pas non plus perdre de vue que...y a un réel danger pour les enfants. »

- La crainte de surmédicalisation

Docteur V1 : « Je l'envoie au CMP, après j'ai pas envie de trop médicaliser la chose, les psychiatriser...moi ce que je me dis c'est que c'est un enfant en souffrance...et donc s'il manifeste comme ça c'est que...j'invite les parents à être observateur, et voir quel...je demande aussi quelle est la place de l'enfant dans la fratrie...et ça fait parler. Bon après ça prend du temps »

- La crainte de rupture avec le milieu médical

Docteur V5 : « Y le frein que si jamais ils comprennent que on a fait une information préoccupante, ça risque de les mettre en rupture, bon si c'est que avec moi c'est pas grave, mais si...si ils rompent complètement avec le monde médical, c'est embêtant quoi ! »

Docteur M4 : « Mais bon, s'ils ne veulent plus me voir parce que je suis responsable de la situation, ce n'est pas quelque chose qui me pose problème. La priorité c'est la personne en danger et en souffrance. »

- La peur de porter préjudice à l'enfant et sa famille

Docteur M1 : « Est-ce qu'un enfant qui ne voit plus son père ça ne va pas faire plus de dégâts qu'un coup qui n'a pas eu de gravité, qui n'est pas normal ni excusable mais finalement le gamin dit qu'il ne veut pas le déclarer parce que sinon il ne verra plus son père »

Docteur M2 : « Et puis ça met mal à l'aise parce qu'on ne veut pas engendrer tout un processus parce qu'on a un doute et déclencher tout un processus de suivi social chez des personnes qui sont sans proches. »

Docteur V1 : « La maman du gamin a dit "mais pourquoi elle a dit ça ? elle me fout ma vie en l'air" [...] le papa était gendarme et si on faisait quelque chose, il y avait un risque pour l'emploi du papa...alors que c'était pas le papa. [...] Après voilà, on voit pas non plus...parce que ça mobilise trop dans la famille. »

Docteur V9 : « il menace que si le moindre enquêteur ou autre débarque à la maison, il bute tout le monde [...] en gros c'est signaler oui mais c'est gérer la psychopathologie du père derrière [...] à part une main courante, pour l'instant elle n'a pas osé encore porté plainte parce qu'elle a peur du coup de ses menaces qu'il pourrait mettre à exécution.»

- L'impact de la confrontation face à une situation d'Enfance en Danger

Être confronté à une situation d'Enfance en (risque de) Danger génère un certain nombre d'émotions négatives qui peuvent être difficiles à gérer. Les médecins craignent aussi des violences physiques, verbales ou morales en représailles lors de situations conflictuelles, mais aussi d'être instrumentalisé par des parents lors de séparations difficiles. Certains s'inquiètent également que ce qui est écrit dans le dossier médical soit contesté et que cela puisse se retourner contre eux.

- L'impact émotionnel

Docteur V2 : « voilà parce que c'est vrai qu'il y a cette relation de confiance aussi qui fait, avec les parents, qui fait qu'on a pas forcément envie de...et puis on se sentirait coupable. Y a la culpabilité aussi... »

Docteur V4 : « Et en même temps c'est émotionnellement très chargé donc euh c'est bien de pouvoir déléguer. Non non, on sort toujours de ce genre de situations assez tremblante »

Docteur M9 : « Quand tu as un patient qui vient te voir régulièrement, je trouve ça assez violent de finalement quand il y a un problème et que tu dois faire une information préoccupante... il faut l'annoncer à la famille... parce que la loi t'impose de l'annoncer à la famille. »

- La peur des représailles

Docteur V4 : « Y a toujours la question qu'on se pose : est-ce que ça va être nominatif, est-ce qu'il va pas avoir un retour direct...de répression de la part des familles. Bon là, avec la dame...euh...on a dit à son compagnon que j'avais fait un signalement. Effectivement elle a appelé 10 fois dans la même après-midi pour m'insulter, me menacer, pour me dire qu'elle allait me descendre, qu'elle allait me défoncer [...] crever les pneus, « voilà je vais vous rentrer dedans, je vais vous tuer » enfin des choses qu'on entend, que j'ai déjà entendu quand même... »

Docteur M6 : « mon inquiétude c'est surtout par rapport aux représailles... de faire un signalement par excès où on va déclencher une enquête »

- La peur de l'instrumentalisation du médecin

Docteur V3 : « Ce qui arrive, et ce qui est plus compliqué à gérer, c'est quand il y a des séparations et que...la maman ou le papa arrive le lundi en disant « oh bah il était chez son père ou chez sa mère, ils lui ont pas donné ses médicaments » [...] et ça c'est compliqué par contre...[...] sincèrement j'ai pas constaté que l'enfant était dans un état catastrophique donc j'évite de rentrer dans ce jeu-là [...] c'est des situations avec lesquelles je suis pas très à l'aise. »

- La peur d'une retranscription qui pourrait porté préjudice

Docteur V5 : « Le problème c'est aussi de la tracer[...]On partage un logiciel en ligne, donc toute information qui est mise dans le logiciel est accessible à tous, avec les avantages et les inconvénients que ça comporte [...], [...] si on écrit ça dans le dossier, bah voilà faut faire attention le jour où on imprime le dossier de pas l'imprimer quoi. »

Docteur V9 : « j'ai des codes que je me reconnais en fait. [...] j'essaie de rester quand même relativement vague. [...]je me dis que si mes dossiers médicaux sont saisis dans une affaire concernant des mineurs [...] je me dis [...]que l'avocat du père va me tomber dessus [...]Donc c'est à visée de protection »

Docteur V5 : « il faut engager sa responsabilité, il faut avoir le courage de mettre sur papier des éléments dont on a la crainte qu'ils soient contestés par la suite ou quoi. »

5- Les médecins généralistes en difficulté dans la prise en charge de l'Enfance en Danger

• Les freins à l'implication des médecins généralistes

Les médecins généralistes relèvent un certain nombre de freins à leur implication effective sur les questions de l'Enfance en (risque de) Danger, notamment le manque de temps dans une période de tension importante, le manque d'expérience sur un sujet complexe et le sentiment prégnant d'isolement, renforcé par des difficultés d'accès à des partenaires ressources.

- Le manque de temps

Docteur M1 : « Après le seule petit souci, et c'est le souci de la consultation en général, c'est qu'on voit les gens pendant 15- 20 min et que parfois c'est pas toujours évident de constater de la maltraitance dans ce laps de temps »

Docteur V4 : « 'fin la crainte de rentrer dans un engrenage de paperasseries : qu'il faut écrire après, notifier, rappeler...enfin un peu peur que ça nous dérange notre quotidien, qui est déjà bien chargé »

- Le manque d'expérience

Docteur M2 : « J'arrive à aborder les sujets difficiles comme la fin de vie par exemple, c'est peut-être moins le cas concernant la maltraitance où je serai plus mal à l'aise parce que je pense ne pas avoir suffisamment d'expérience »

Docteur M3 : « Après, c'est vrai que je n'ai pas l'impression qu'on doive souvent faire face à ce genre de situation, donc, on n'a peut-être pas forcément les réflexes »

Docteur M6 : « je pense que c'est facile mais il faudrait que je me pose des questions. Je suis restée sur les bases théoriques qu'on a pu m'enseigner mais je n'ai pas eu à m'en servir. »

- Le médecin généraliste isolé face à ses doutes

Docteur V2 : « Je fais attention...c'est une situation qui m'angoisse en fait...de louper ça ! Comme je fais beaucoup de pédiatrie...ça m'angoisse de louper ça [...] je sais pas comment ça se passe à la maison en fait ...du coup je suis pas tranquille avec moi-même.»

- Le manque de soutien

Docteur V1 : « Donc y a pas trop de relais [...] C'est plus facile...qu'on partage le poids avec une structure qui a l'habitude de gérer. »

Docteur V10 : « Quand nous on a besoin d'aide c'est très compliqué d'être entendu par quelqu'un, c'est hyper compliqué. [...] Du coup après pour des vraies maltraitances, j'ai jamais eu à faire appel à quelqu'un mais je sais pas si on sera entendu mais pour tout ce qui est...pour avoir de l'aide pour les tout-petits...pour tout ce qui est somatique, c'est hyper compliqué... »

- L'accès difficile aux structures spécialisées

Docteur V1 : « Maintenant qu'il y a le CAMSP et qu'on peut l'envoyer là [...] mais bon ça prend un temps fou. Faut d'abord écrire une lettre, l'envoyer ou la faxer...la réponse 6-8 mois après pour dire qu'on va le convoquer 6-8 mois après.. ;donc y a 2 ans quoi... »

Docteur V8 : « puis évidemment y a le...le CMP, le problème du CMP c'est que c'est...ils ont une liste d'attente longue comme le bras. »

• Les médecins généralistes peu intégrés dans les démarches de Protection de l'Enfance

Bien que certains médecins parviennent à collaborer avec des professionnels du système de la Protection de l'Enfance et ont recours aux procédures d'alerte, pour d'autres cette collaboration est plus difficile. Malgré ces disparités, les médecins évoquent les mêmes difficultés de communication et d'intégration, pouvant aller jusqu'à une certaine désillusion du système estimant qu'il n'est pas en mesure d'apporter une réponse satisfaisante à leurs sollicitations.

- Le recours aux acteurs du territoire

Docteur M3 : « j'avais contacté la Protection Maternelle et Infantile pour signaler le cas et ils m'avaient dit qu'ils s'en chargeaient »

Docteur V4 : « Ah bah moi j'appelle toujours la PMI ! Je connais que la PMI ! [...] on a les numéros de téléphone, y a mail, y a un retour rapide, c'est fluide, c'est...ouais je fais tout par ce biais-là ! Je vois pas ailleurs non. »

Docteur M7 : « à un moment donné, je décide d'aller au CMS pour en discuter avec l'assistante sociale qui, bien entendu, connaissait bien la dame en question sur le bout des doigts »

- Le recours aux démarches d'alerte

Docteur M7 : « du coup, quand j'ai su ça, j'ai fait une déclaration de maltraitance pour que la justice s'en empare parce que sinon ça serait passé à l'as. [...] Sur ma vie professionnelle, je pense que je n'ai pas dû en faire des masses... une dizaine, une douzaine peut-être... quinze grand max »

Docteur M9 : « Ce n'est pas très compliqué. J'en fait quand même régulièrement... j'ai dû en fait 5 je crois depuis que je suis installé. Globalement, j'ai leur adresse mail, je leur fait un mail d'une quinzaine-vingtaine de lignes sur mes inquiétudes, ce que je retrouve à l'examen clinique et surtout sur les éléments qui me font suspecter une maltraitance. »

- Le manque de communication avec le système de la Protection de l'Enfance

Docteur M3 : « Autrement, c'est très occasionnel. Là, ils m'ont appelé là récemment. Après, j'ai d'autres enfants qui sont suivis en parallèle avec la PMI mais on n'a pas forcément de retour. »

Docteur V8 : « En fait, ça c'est peut-être un souci, c'est qu'en fait on sait pas, on vous signifie rien. [...]je suis certainement des gens qui ont des mesures éducatives à la maison, je ne le sais pas. Ça c'est peut-être dommage.»

Docteur M9 : « Par contre, la PMI... moi je m'entends très bien avec les IDE puéricultrice et les médecins de PMI... parce que je ne suis pas susceptibles... parce que certains appels, ils sont quand même un peu accusateurs où il te demande quand même entre les lignes si tu as fait ton travail. »

Docteur M9 : « Le problème, c'est que bien souvent derrière on a pas de retour. Il ne communique absolument pas s'ils font une enquête ou on, s'ils saisisse un juge, s'ils mettent en place des mesures. »

- Un sentiment d'exclusion chez les médecins généralistes

Docteur V3 : « Et puis en définitive après quand ils sont entourés, c'est pareil ça nous échappe... 'fin...voilà entre guillemets. »

Docteur V4 : « à un moment donné on était partie prenante de l'affaire, parce qu'on livre quand même ce qu'on sait, ou on confirme des choses [...]. Et à un moment donné on est un peu exclus du truc »

Docteur M7 : « C'est comme si le médecin traitant ne servait que d'alerte. Comme si on ne pouvait pas imaginer qu'on pouvait l'inclure dans le suivi. »

- Des médecins généralistes confrontés à l'échec du système

Docteur M7 : « Plusieurs années après, la mère vient me voir en consultation en me disant que le gosse avait été maltraité et que personne n'avait rien fait et "est-ce que vous pourriez faire un certificat docteur qui certifie que vous aviez fait une déclaration à la CEMMA ... que ça ne date pas d'aujourd'hui". C'est incroyable ça, tu te dis... j'ai pourtant écrit, j'ai téléphoné, on m'a dit "faites un écrit ", d'accord, je fais un écrit... qu'est-ce qu'il faut que je fasse d'autre, je ne sais pas... Mais des gosses que tu ne revois pas, c'est ça qui est embêtant »

Docteur M9 : « la PMI où quand t'appelle, que tu fais l'information préoccupante, t'as l'impression que tu déplaces pas grand chose quoi[...]honnêtement, je trouve qu'il y a des lacunes. Je ne sais pas si c'est un manque de personnel [...]ou alors un manque de moyens ou un manque de familles d'accueil. Bon, tu fais des informations préoccupantes et puis... »

Docteur M9 : « le problème, je pense, de la maltraitance, c'est qu'on a un bon moyen de dépistage. On a un bon moyen de le rapporter dans les institutions. Mais que derrière, ça ne suit plus. Il n'y a pas assez de financement pour que les enfants puissent être retiré du milieu hostile en fait.[...]Tu te demandes où sont les priorités mais bon... la maltraitance ne rapporte pas d'argent. »

Docteur V10 : « J'ai dû signaler une fois aussi sur un certificat, une fois j'y pense. Pour un gamin où je trouvais que y avait une absence complète de lien entre le bébé et la maman [...]y avait quelque chose qui m'interpellaait [...] il a jamais été convoqué. Y a pas eu de suite de la PMI. »

Docteur V10 : « Je me dis que c'est une telle misère, que ces gens-là nous on les voit quasiment pas quoi [...] pour moi ils fuient la personne qui va dire non mais c'est pas possible. [...] ils fuient parce que...parce qu'ils savent déjà qu'on a pas de pouvoir d'autorité nous, donc on peut se révolter, conseiller et après se révolter que rien ne soit fait et du coup on les voit pas »

- Les autres recours à disposition des médecins généralistes

Les médecins éprouvent le besoin de se concerter avec d'autres sur ces questions de prévention, dépistage et prise en charge des maltraitances et des négligences : cette sollicitation fait intervenir des profils très variés qui gravitent autour d'eux, professionnels ou non, médicaux ou non. Malgré cette diversité des ressources de proximité, les médecins relèvent là encore des problématiques de communication et de préjugés.

- Le besoin de confronter ses interrogations avec des confrères

Docteur M3 : « J'essaye toujours d'être prudente quand je suspecte quelque chose, essayer de ne pas trop alarmer tout de suite. J'essaye de dire les choses en douceur, d'être prudente, de dire « ah ben il faudrait peut-être un deuxième avis ». Je ne suis pas trop frontale »

Docteur V4 : «on est toujours très tiraillé entre le fait est-ce que je le fais/ est-ce que je le fais pas ? Heureusement on est à plusieurs ici, donc je prends conseil. Même tout de suite pendant la consult »

- Les recours aux partenaires de proximité

- Les forces de l'ordre

Docteur V1 : « Elle posait des questions...tout ça...« qu'est-ce que je dois faire ? » bah je dis bah écoutes le mieux c'est d'aller à la gendarmerie en parler »

- Le CMP

Docteur V6 : «J'ai déjà conseillé CMP ou psychologue ou pédiatre, des fois on a besoin d'un autre avis aussi »

- La pédiatrie hospitalière

Docteur M1 : « j'ai appelé mes confrères de l'hôpital que je connaissais en pédiatrie pour leur dire pourquoi je l'envoyais et qu'il le garde en hospitalisation... en tout cas qu'ils fassent ce qu'il faut »

- Les sages-femmes libérales

Docteur V10 : « La sage-femme au début, en sortie de maternité, c'est vrai que je communique pas mal avec elle [...], on s'alerte, on s'est téléphoné... »

➤ Le soutien familial et dispositifs d'aides à la famille

Docteur V4 : « Je propose...euh...assez souvent quand même de se faire aider un peu par la famille dans un premier temps [...] 2^e chose que je propose souvent...une chose, c'est simple, c'est de mettre un peu à la halte-garderie »

- Des recours perçus comme peu satisfaisants

➤ Les préjugés sur le suivi psychologique comme un frein

Docteur V1 : « il y a les parents [...]qui disent « bah si je l'amène là, il va être catalogué, je ne veux pas » ce sur quoi ils ont peut-être pas tout à fait tort, mais après quoi faire ? je ne sais pas. »

Docteur V4 : « Je suis pas trop psy pour enfant, je trouve parfois c'est un peu...c'est un peu compliqué de faire rentrer l'enfant dans un parcours de suivi psychologique, il a rien demandé, il a pas du tout envie de parler. Je suis plutôt de l'avis qu'il faut peut-être faire bouger les pions autour, enfin c'est à dire la mère, le père autour »

➤ Le manque de communication entre les professionnels de santé

Docteur V2 : « Ce serait bien que quand il se passe quelque chose à l'hôpital on ait les retours en tant que médecin traitant de l'enfant »

Docteur M7 : « l'enfant était suivi au CMP et qu'il n'y allait plus, et moi, je n'avais pas de retour du CMP. Le CMP ne m'avertissait pas, parce que, là aussi, avec le CMP, la communication c'est compliqué. [...] le CMP a gardé ses bilans pour lui. [...] Enfin, bref, j'ai passé mon temps à récupérer des comptes rendus. [...] on essayait de discuter avec le CMP enfant, et leur réponse c'est "et bien, oui, mais le secret, on ne peut pas dire comme ça", même si c'est le médecin traitant. [...]Ce qui a été confié aux psychiatres, ça ne doit pas sortir du CMP a priori. »

6- Des pistes pour soutenir les médecins généralistes dans leurs actions en faveur de la Protection de l'Enfance

• Promouvoir un suivi régulier des enfants

Les médecins généralistes regrettent de ne pas être suffisamment informés sur le suivi obligatoire pédiatrique et sollicitent que ce suivi soit étendu à tous les enfants afin de pouvoir poursuivre leurs missions de prévention et de dépistage au-delà de 2 ans. Le carnet de santé, outil utile dans le suivi des enfants, est perçu comme un vecteur intéressant dans lequel pourrait être ajouté des éléments de vigilance autres que somatiques.

- Sensibiliser au suivi obligatoire de l'enfant

Docteur M1 : « Moi j'ai appris il y a seulement quelques mois, qu'il y a des examens obligatoires tous les 6 mois au-delà de 2 ans et jusqu'à 6 ans. »

- Proposer d'élargir le suivi obligatoire de l'enfant

Docteur M1 : « il y a, à mon avis, plus d'intérêt à imposer des visites obligatoires en tiers payant gratuit pour tous les enfants chaque année pour que tous les enfants soient suivis »

Docteur M7 : « je pense que les enfants, on ne devrait pas arrêter le suivi et le remboursement du suivi à l'âge de 2 ans. Il y a un problème à ce niveau-là »

- Apporter d'autres éléments au suivi de l'enfant

Docteur M7 : « le carnet de santé, à ce niveau-là, je trouve qu'il est bien renseigné, je pense que le suivi de l'enfant à ce niveau-là est très important, après, peut-être qu'il manque des choses sur des éléments psychologiques de l'enfant, son comportement, renfermé ou pas, du mutisme ou pas, c'est peut-être pas très bien décrit, on est plus dans du factuel. »

- Favoriser la collaboration entre médecine générale, acteurs de la petite enfance et acteurs de la Protection de l'Enfance

Les médecins s'accordent sur la nécessité de rencontrer régulièrement l'ensemble des partenaires autour de la question de l'Enfance en (risque de) Danger afin de connaître les missions de chacun et d'envisager comment s'articuler ensemble et favoriser la communication.

- Développer les liens et les rencontres

Docteur M4 : « Et puis, avoir peut-être l'opportunité de rencontrer les différents acteurs, mieux connaître les mailles du réseau, les compétences de chacun. C'est surtout pour nous permettre de mieux comprendre le côté médico-social parce que c'est vrai qu'on n'est pas forcément au point sur ces choses »

Docteur M5 : « je sais que ma consœur avec laquelle je suis installé a rencontré la puéricultrice de secteur après s'être installée, mais c'était pas très formelle et c'était parce qu'il voulait discuter d'une situation en particulier aussi. »

Docteur M7 : « Pour moi, il faudrait que la maison de santé sorte de ces locaux et fasse des réunions pluri-professionnelles avec tous les acteurs du territoire, pour moi, il faut que ça soit vraiment ouvert.

Docteur V7 : « Pourquoi pas avoir un passage [...] pourquoi ne pas recevoir, je sais pas, une fois par mois, une fois tous les trimestres...euh...les assistantes sociales, le médecin de PMI... 1 demi-heure, un topo sur tel ou tel cas, tel patient...pourquoi pas ! Je pense que ça pourrait être envisageable oui ! Parce que c'est vrai que c'est des mondes qui se côtoient mais qui se connaissent pas [...] C'est important de mettre aussi, je pense, un visage sur un nom, savoir à qui on a à faire.»

- Promouvoir la communication

Docteur M7 : « c'est comme pour les personnes âgées très dépendantes, personne ne connaît toute la vérité, chacun a une partie de la vérité de la personne et c'est en réunissant tout le monde autour d'une table pour échanger qu'on finit par avoir une idée de la réalité »

Docteur V6 : « peut-être que les enfants qui soient vus en PMI, peut-être qu'il y ait un petit retour, un courrier vers le médecin traitant, quand y a un examen de PMI ou quelque chose. »

Docteur V5 : « je participe aux, enfin j'ai décidé de me mettre à participer aux...aux réunions du réseau santé sociale [...], des réunions où on réunit différents intervenants sociaux [...], on discute de qu'est-ce qu'on peut améliorer etc, de temps en temps on discute de cas particuliers mais on essaie d'huiler les rouages. »

Docteur M8 : « souvent, elle [la sage-femme libérale] me fait des petits mots que je scanne et que j'intègre dans mes dossiers. Ça lui ait déjà arrivé de m'appeler pour me parler de quelque chose »

- Améliorer la formation des médecins généralistes

Les médecins expriment le besoin d'avoir un accès facile et réactif aux informations, ainsi que le besoin d'une formation plus en adéquation avec leur pratique par des professionnels d'expérience. Ils pointent également la nécessité d'impliquer les internes de médecine générale au cours de leur formation initiale afin de les sensibiliser à ce travail de réseau autour de la Protection de l'Enfance.

- Développer l'accès à l'information

Docteur VI : « Une bonne idée tiens ! Allez crac dans le portail numéro de téléphone information préoccupante toc ! on a tous sur notre...ça permet de savoir. »

Docteur M8 : « Mon gros souci à moi c'est qu'on va te dire appeler le Procureur. D'accord... à quelle numéro ? est-ce qu'il est joignable le soir ? »

- Réviser la formation des médecins généralistes

Docteur M4 : « Après, il faut que ce soit des choses assez concrètes. Finalement, les démarche à faire, les numéros à connaître, quelque chose de pratique pour pouvoir gagner du temps. »

Docteur V4 : « savoir un peu mieux le fonctionnement du, de cette cellule de renseignements...préoccupantes là [...] car on avait tous remarqué qu'on connaissait pas grand-chose[...]. Ca a été évoqué comme une préoccupation pour pas mal d'entre nous. »

Docteur M6 : « peut-être... une formation sur une gestion de crise... le cas c'est un enfant, un ou des parents, un doute maltraitance du parent sur l'enfant. Qu'est-ce qu'on fait en consultation ? Est-ce qu'on les laisse rentrer comme ça ? Est-ce qu'on dit rien et qu'on fait un signalement ? Par un médecin de PMI et puis peut-être un médecin généraliste expert. Éventuellement une ou deux médecins qui viennent témoigner de leurs expériences qui pourraient servir d'exemple. »

Docteur V8 : « de la DPC vraiment axée là-dessus quoi, où il y est que ça ou que ce soit abordée [...] mais des choses qui répondent à notre questionnement [...] de médecin généraliste. [...] on a pas envie d'avoir une théorie sur...sur la maltraitance, nous ce qu'on veut c'est des réponses à nos situations au cabinet »

Docteur V10 : « pour le coup je pense qu'une formation là-dessus ça serait nécessaire [...] tu vois sur les maltraitances psychologiques, comment les dépister, les carences... »

- Sensibiliser les étudiants en médecine à la Protection de l'Enfance

Docteur VI : « et donc aussi...d'envoyer nos internes auprès de médecins de PMI pour qu'ils soient justement pris en charge »

Docteur V3 : « on a quand même eu la chance de travailler beaucoup avec la PMI dans les Iers USER, où on a quand même de façon informelle essayer de...de faire des mini-stages en PMI à l'époque pour les SASPAS. »

Docteur V5 : « Et en fait euh j'ai décidé d'emmenner tous mes internes rencontrer l'équipe et visiter les locaux »

- Promouvoir un médecin référent de la Protection de l'Enfance

Les médecins généralistes mettent en avant l'intérêt d'un médecin référent avec des rôles de coordination, de guidance et de soutien dans la prise en charge de situations de maltraitance ou de négligence. En effet les médecins expriment un réel besoin d'avoir un relais facile d'accès sur ce sujet complexe.

- Avoir un médecin référent qui fait le lien

Docteur V2 : « Typiquement un médecin de PMI par contre...parce qu'ils ont la...la triple casquette : du suivi pédiatrique, de l'administratif et du juridique. [...] Que cette personne s'occupe de prévenir le médecin traitant[...]Et puis qu'il nous dise ce qu'il faut qu'on fasse aussi, voilà afin d'aider au mieux [...] et pas galérer dans le...l'océan administratif »

Docteur V10 : « Quelqu'un qui a de l'expérience en tout cas. Comme une régulation, comme quand t'appelles à la régulation au SAMU et qu'on te dit là vous faites ça, ça et ça ; quelqu'un qui prend en gros la responsabilité de t'aider de trancher pour toi quand tu n'y arrives pas, quelqu'un qui t'aide à prendre les décisions, comme on le fait quand on a une douleur thoracique, quand t'en vois pas tous les jours bin tu demandes. Ca pourrait aider ça ! »

Docteur M6 : « Oui ben l'Ordre ou un service de médecine légale infantile, je sais pas. Ou alors le plus adaptée, ça serait un médecin généraliste de terrain expérimenté. »

Docteur M8 : « ben avoir un avis auprès d'un confrère ça serait le top. Qui serait ni de la PMI ni de l'Ordre. Un type qui te dit quoi faire ? comment faire ? appeler quel numéro ? quel papier remplir ? dans quels délais ? ça serait top. Voir même qui puisse reprendre la main dessus. »

Docteur M9 : « Il devrait dépendre d'une institution type ARS ou quelque chose comme ça. Il faut vraiment qu'il puisse avoir un impact et que ça puisse remonter le plus rapidement possible[...]L'ARS, même si on peut la critiquer, au moins quand tu vois les différents départements réagir, quand il décide de prendre une décision, ce qui est rare... mais quand il décide de prendre une décision, au moins, c'est pris rapidement. »

- Disposer d'un moyen de recours rapide et disponible

Docteur M1 : « Le souci c'est la réactivité. »

Docteur M2 : « Déjà avoir des numéros de téléphone à portée de main pour que ce soit plus clair, plus facile... »

Docteur M5 : « en tout cas, avoir quelqu'un avec qui discuter[...]quelqu'un qui serait joignable. »

IV. Discussion

A) Les forces et limites de l'étude

Malgré l'obtention de la saturation théorique des données, l'échantillon de population étudiée est relativement faible. D'autre part, l'âge moyen des médecins interrogés exerçant en Meurthe-et-Moselle est de 39,2 ans (avec des âges extrêmes de 28 et 55 ans) et l'échantillon compte 66% de femmes, alors que les chiffres officiels de l'ARS observent un âge moyen de 51,1 ans et 43% de femmes dans ce département ; l'âge moyen des médecins interrogés exerçant dans les Vosges est de 43,6 ans (avec des âges extrêmes de 30 et 62 ans) et compte 50% de femmes, alors que les chiffres officiels de l'ARS rapportent un âge moyen de 51,1 ans et 41% de femmes dans cet autre département. Ainsi, notre étude n'est pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes. Cependant, nous avons choisi de sélectionner des médecins généralistes par échantillonnage raisonné afin d'obtenir un panel le plus diversifié possible avec des exercices variés et des liens avec la Protection de l'Enfance différents.

Les entretiens sous forme individuelle ont permis de mieux aborder ces sujets délicats. La plupart des entretiens se sont déroulés au cabinet du professionnel, ce qui permettait au médecin d'être dans un environnement familier mais qui présentait parfois certaines contraintes (temps limité, appel téléphonique, besoin de vérifier certaines informations dans l'ordinateur...). Un entretien a eu lieu au domicile du médecin et un autre dans un café, ces lieux ont eu l'avantage de favoriser un échange plus convivial et propice à la confiance. Deux entretiens ont été réalisés par téléphone à la demande des médecins pour des raisons d'organisation, ils se sont déroulés sans difficulté, cependant ce type d'échange ne permet pas de prendre en compte la communication non verbale. Pour favoriser la participation, après plusieurs relances, il était proposé aux participants de réaliser l'entretien par vidéo conférence via l'interface qu'il souhaitait (Skype, Facetime, Facebook Messenger...). Cette mesure n'a pas permis d'améliorer leur adhésion à notre étude.

Préalablement à l'entretien, nous avons insisté sur le fait que ces entretiens n'avaient aucune valeur de jugement ou d'évaluation des pratiques et nous avons porté attention à conserver au long de l'entretien une attitude neutre et d'écoute. Néanmoins, certaines réponses peuvent avoir été influencées par une gêne éprouvée par les médecins interrogés, par le peu d'habitude de cet exercice, par une sensation de jugement et de recherche d'une validité des réponses attendues, intentionnellement ou non, ce qui peut constituer un biais de désirabilité sociale. De plus, nous avons fait appel à la mémoire des médecins à propos de situations passées d'Enfance en Danger, il est probable que de ce fait les récits ne soient pas exhaustifs ou exacts.

Afin d'éviter le biais de confirmation d'hypothèse, c'est à dire la tendance à privilégier les idées qui vont dans le sens de l'hypothèse, nous avons procédé à la déconstruction de nos propres aprioris et nous avons veillé à rechercher à la fois les freins et les facteurs facilitants du dépistage et de la prise en charge des maltraitances. Par ailleurs, nous avons tenté de réaliser des entretiens de la façon la plus ouverte possible, en relançant la discussion après quelques secondes de silence par des questions ouvertes, en lien avec des éléments évoqués précédemment ou autour d'un thème encore non abordé. Cependant, nous avons pu à plusieurs reprises poser des questions plus fermées ayant pu orienter les réponses des médecins interrogés. On peut considérer cela comme majoré par notre manque d'expérience,

mais la longue période sur laquelle se sont étalés les entretiens et l'analyse progressive des données a permis de travailler la technique d'entretien et de prendre du recul.

Les règles de la méthodologie qualitative ont été respectées avec retranscription intégrale des entretiens et analyse détaillée des verbatims. L'analyse a été faite en regroupant de façon catégorielle puis thématique des fragments de discours nous faisant sens. Ce regroupement a été fait de façon subjective en fonction de notre compréhension de la situation et des dires des médecins rencontrés. Pour limiter autant que possible le risque d'interprétation des résultats, nous avons procédé à une double analyse entre les 2 investigateurs.

Certes ce sujet a déjà été étudié puisque depuis quelques années se dessine un intérêt grandissant concernant l'Enfance en Danger par le corps médical. Néanmoins il nous paraissait intéressant de mener cette étude suite à l'établissement de documents à destination des professionnels de santé et suite à l'instauration de la loi du 14 mars 2016 relative à la Protection de l'Enfance. D'autre part ce travail présente un intérêt particulier lié à sa direction par Dr Clémence, médecin départemental de PMI, qui a la volonté de comprendre les freins et difficultés des médecins généralistes afin de favoriser la collaboration entre Médecine Générale et services de la Protection de l'Enfance.

A noter que nos résultats sont en cohérence avec la littérature sur le sujet.

B) Discussion des résultats

Au fil des entretiens, nous avons globalement eu l'impression que cette étude a été bien reçue par les participants, mis à part le médecin M5 qui nous a bien stipulé qu'il ne pensait pas que c'était son rôle de dépister la maltraitance et qu'il ne « *ferait pas mieux qu'un citoyen lambda* ». De l'avis de certains participants, cela leur a même permis de débiter une réflexion à propos de la Protection de l'Enfance et de leurs rôles, comme le souligne le médecin M6 : « *je m'aperçois que ça n'est pas évident [...] mais, c'est un sujet intéressant, ça m'a un peu obligé à pousser ma réflexion sur le sujet* » ou bien de solliciter le service de PMI pour une formation spécifique et des rencontres de proximité pour certains médecins vosgiens.

Tous les médecins interrogés ont pu nous décrire une ou plusieurs expériences de maltraitance auxquelles ils ont été confrontés, quel que soit leur âge, leur type et lieu d'exercice et leurs années d'expériences. Cela démontre que si la maltraitance n'est pas une problématique quotidienne pour les médecins généralistes, elle n'en reste pas moins un sujet récurrent dans leur activité. Pourtant, il est probable qu'une grande partie de cette maltraitance reste invisible pour les médecins. Effectivement, certains ont conscience qu'ils passent à côté de cas de maltraitance et pensent qu'ils n'ont pas les outils nécessaires pour la dépister en consultation alors que d'autres sont persuadés que leurs patients ne sont pas concernés par la maltraitance en dépit des données épidémiologiques récentes disponibles.(34)

Ils persistent de nombreux préjugés chez les médecins généralistes concernant l'Enfance en Danger notamment l'idée reçue que la maltraitance est plus fréquente dans les milieux modestes (29) (63–65). Cette perception est entretenue par la surreprésentation des familles précaires dans les études, qui est certainement due à un biais puisque les familles défavorisées sont soumises à une plus grande attention des services sociaux que les familles

plus favorisées. Une étude a même démontré que les médecins auraient plus de réticence à signaler la maltraitance chez des familles d'un statut social équivalent au leur malgré parfois l'accumulation de faisceaux d'arguments (82). La maltraitance n'est pas un diagnostic spontanément abordé par les médecins parce qu'il dérange. Henry Kempe disait qu'il était « *consterné de voir de brillants jeunes médecins inventer n'importe quel diagnostic pour éviter celui que les lésions présentées par un enfant rendaient absolument criant* » et d'ajouter quelques années après que « *le dénominateur commun était le déni de la maltraitance par ces jeunes et bons médecins qui ne pouvaient tout simplement pas concevoir la réalité des faits de la vie* » (81). Une étude américaine a finalement nommé ce phénomène « *l'aversion de voir* » (91). Tout ceci explique peut-être qu'un certain nombre de médecins ont rapporté avoir été le confident de patients ayant subi des maltraitements durant leur enfance qui n'avaient jusque-là ni été suspectées ni signalées. L'observation de ce phénomène est corroborée par de précédentes études. (92)

Par ailleurs, peu de médecins interrogés ont semblé familiarisés avec les démarches d'alerte et la Protection de l'Enfance. Ils soulignent que leurs formations universitaires sur le sujet, quand elles existent, sont insuffisantes. Le médecin V10 précise « *comme beaucoup de choses dans les études de médecine, on a entendu parler du cas explosif et que en fait la réalité et le quotidien c'est ce qui est en demi-teinte et c'est très très net au niveau des négligences* », ce qui était déjà pointé en 2014 par Dr Tursz dans le rapport du Comité de suivi du Colloque National sur les Violences faites aux Enfants (85). En effet la plupart des médecins généralistes interrogés déplorent que les informations et formations qui leur sont proposées ne sont pas forcément adaptées à leur pratique, même si des rappels simplifiés sont régulièrement émis dans les bulletins du Conseil de l'Ordre (59) et dans des revues médicales populaires chez les médecins généralistes (93–95). Ces défauts de formations ont été mis en évidence dans des thèses influentes (79,81,96) dont les résultats ont participé à l'élaboration de documents émis par la HAS sur ce sujet. Ils sont, de même, pointés par différents rapports institutionnels (56, 61,73) depuis plusieurs années. Cette problématique n'est pas spécifique à la formation médicale française puisqu'elle est également citée dans des études étrangères (99–102) tout comme le fait que ces formations soient souvent inadaptées à la pratique des médecins (83).

Les quelques médecins ayant déjà réalisé une information préoccupante ou un signalement sont principalement des médecins travaillant dans des secteurs où prédomine une certaine précarité. Il est certain que ces familles sont davantage accompagnées par les professionnels de la PMI par des actions de visites à domicile et des consultations de nourrissons à proximité, ainsi les médecins généralistes et les professionnels de la Protection de l'Enfance sont plus amenés à avoir des contacts directs et donc à créer un lien qui facilite les échanges ultérieurs. Ils sembleraient que pour ces médecins ces démarches soient intégrées à leurs pratiques car parmi les médecins interrogés, la plupart de ceux qui avait déjà réalisé une démarche d'alerte en ont réalisées plusieurs ou ont interpellé directement la PMI. Cependant, ils ont aussi mentionné avoir été mis en difficulté lors de la prise en charge de ces situations, principalement en raison du défaut de communication des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes, du système judiciaire et de l'Aide Sociale à l'Enfance. Or, les difficultés rencontrées pour réaliser une démarche d'alerte ont déjà été identifiées comme un facteur limitant la réalisation de démarches d'alerte (82).

En outre, ils ont abordé divers éléments limitant leurs implications dans la Protection de l'Enfance. Le manque de temps est très souvent cité mais pas seulement au sens où ils n'auraient pas le temps de le faire en consultation comme on aurait pu en préjuger mais

surtout parce qu'une consultation aussi longue soit-elle ne permet pas forcément de se rendre compte totalement d'une situation. Il faudrait selon eux être au contact direct des familles au quotidien pour réellement pouvoir évaluer certaines choses. Le manque d'expérience est mis en avant tout comme le manque de soutien, leur isolement et les difficultés d'accès à certaines structures spécialisées.

Une grande partie des médecins de l'étude nous a donné l'impression de gérer ces situations de manière intuitive orientant au besoin vers une structure ou un confrère pour permettre de confronter les doutes qu'ils pouvaient percevoir. Nous avons pu relever des réponses face à ces situations de suspicion de maltraitance plutôt hétérogènes et qui semblent dépendre du réseau personnel du médecin et des ressources disponibles sur son territoire. Une étude australienne (102) comparait effectivement la prise en charge d'un enfant consultant pour des lésions évocatrices de maltraitance à une loterie dépendant du praticien consulté.

Ce besoin de confronter leurs incertitudes apparaît comme important par les médecins généralistes qui éprouvent un certain isolement face à leurs doutes sur de telles situations. Sur le fond, le doute est évoqué comme une des craintes principales, ce qui a déjà pu être relevé dans un article récent (103). Pour pallier à cela, les partenaires sollicités sont multiples mais les médecins généralistes se retrouvent fréquemment face aux mêmes difficultés de communication car ils n'ont que très rarement un retour sur les prises en charge réalisées que ce soit en Centre Médico-Psychologique, en Centre Médico-Psycho-Pédagogique ou bien en Protection Maternelle et Infantile ; et ce parfois malgré des sollicitations et des relances pour disposer d'informations. Cet élément est même pourvoyeur d'un sentiment fort d'exclusion des médecins généralistes dans la prise en charge de ces enfants. Ces difficultés de communication entre professionnels de santé sont pointés par différents rapports depuis plusieurs années (61, 62).

De plus, les médecins généralistes semblent craindre les conséquences que pourraient avoir une démarche d'alerte. Nombre d'entre eux ont peur de briser le lien qui peut les unir avec les familles en cas de démarches « abusives ». Le principe fondateur « Primum non nocere » du serment d'Hippocrate est très ancré dans leurs réflexions. Ils mentionnent à ce sujet la crainte de surmédicaliser une situation, d'une rupture avec le milieu médical ou de porter préjudice à l'enfant et sa famille d'une quelconque manière. A ce titre, ils préfèrent temporiser et gérer seuls la situation lorsque que le danger n'apparaît pas imminent, ce qui a aussi été retrouvé dans un autre travail de thèse (96). Les médecins ayant fait l'expérience d'une démarche d'alerte rapportent une certaine appréhension à être de nouveau confrontés à la prise en charge d'une situation d'Enfance en Danger du fait de la charge émotionnelle souvent intense qui y est associée. A tort ou à raison, les médecins généralistes estiment souvent la balance bénéfique/risque défavorable dans ces situations de suspicion de maltraitance et cette idée nous a semblé inconsciemment renforcée par certaines barrières psychologiques : la peur de subir des représailles verbales, physiques ou morales, la peur d'être instrumentalisé en cas de conflit familial et la peur de poursuites judiciaires concernant un certificat ou des éléments du dossier médical. Ces barrières avaient été évoquées dans un rapport de la Haute Autorité de Santé (98) mais également dans des diverses études depuis de nombreuses années (82,104–107).

Il nous semblait intéressant d'étudier la relation médecin-patient dans ce cas de figure particulier. Tout comme le thème de l'Enfance en Danger, cette relation est perçue de manière intuitive par les médecins généralistes. Ils mettent beaucoup en avant la nécessité de créer une proximité avec le patient pour s'assurer de son bon suivi et leur importance en tant que

« médecin de famille », mais paradoxalement, s'ils devaient suspecter une maltraitance, ils nous ont donné l'impression que cette même proximité pourrait les desservir. Leurs expériences de parents ont été largement mises en avant. Elles sont utilisées pour diffuser des conseils simples de puériculture et de prévention, mais aussi pour renforcer leur empathie avec les parents principalement pour les rassurer et les guider. A l'inverse, les médecins que nous avons interrogés et qui n'étaient pas parent nous ont fait part d'une remise en cause de leurs prises en charge par certains parents parce qu'ils n'étaient justement pas parents. En majorité, les médecins généralistes ont loué leur rôle central en tant que « médecin de famille » qui leur accorde une place privilégiée pour évaluer une situation et justifie d'un rôle de lanceur d'alerte face à une situation de maltraitance parce qu'ils estiment être les mieux placés pour évaluer l'environnement familial. Il faudrait pour cela qu'ils assurent un suivi régulier des enfants ce qui n'est pas forcément évident : ils ont parfois du mal à définir leur place vis-à-vis des pédiatres, surtout dans les zones urbaines et péri urbaines où les parents ont plus facilement accès à un pédiatre. De plus, le suivi des enfants après l'âge de 2 ans n'est souvent plus régulier et les évaluations se font souvent lors de consultations pour pathologies aiguës.

La question de la déclaration de médecin traitant pour les enfants fait polémique. Certains y voient une mesure de plus dans un millefeuille administratif déjà complexe, d'autres louent cette mesure pour asseoir la place du médecin généraliste dans le suivi des enfants. Depuis son instauration en 2017, cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans est toutefois largement appliquée du fait de l'incitation financière à laquelle elle est associée.

A noter que le secret professionnel n'a pas été soulevé comme un frein à la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement, ainsi les réformes législatives concernant les modalités de levée du secret professionnel semblent intégrées par les médecins généralistes.

A l'issue de ces échanges concernant leurs moyens à disposition et leurs freins face à une situation d'Enfance en (risque de) Danger, les médecins généralistes ont émis un certain nombre de besoins lorsqu'on leur a demandé comment faciliter leurs actions.

La principale proposition qu'ils ont formulée est l'existence d'un médecin référent en Protection de l'Enfance. Hormis ceux qui ont des liens avec les services de Protection Maternelle et Infantile, aucun médecin n'était au courant qu'un tel dispositif existait déjà depuis la loi du 14 mars 2016. Ils insistent sur le fait que cet interlocuteur doit rester facilement accessible et qu'une communication sur la manière d'y recourir est indispensable. Les médecins généralistes sont partagés sur le service ou l'administration auquel ce médecin référent devrait être rattaché, mais s'accordent sur la nécessité d'une expérience certaine sur le sujet et d'un travail de collaboration avec tous les acteurs de la Protection de l'Enfance.

Pour eux, ce dispositif est utile mais il n'en est pas moins indispensable de développer les liens entre les acteurs locaux de la Protection de l'Enfance et la médecine libérale et surtout de communiquer sur les situations communes. C'est finalement le médecin M7 qui résumait le mieux la situation avec cette analogie : « *En fait, c'est comme pour les personnes âgées très dépendantes, personne ne connaît toute la vérité, chacun a une partie de la vérité de la personne et c'est en réunissant tout le monde autour d'une table pour échanger qu'on finit par avoir une idée de la réalité* ».

De plus, nombre d'entre eux précisent que la rencontre est nécessaire afin de mettre un nom sur un visage et échanger sur les missions et compétences de chacun.

Ils ont sollicité une amélioration de l'accès à l'information et des modes de formation continue qui abordent le sujet de l'Enfance en Danger. Ils pensent qu'une refonte de la formation universitaire est indispensable pour améliorer la situation et qu'elle pourrait s'accompagner d'une sensibilisation des internes au moyen de rencontres avec les acteurs de Protection Maternelle et Infantile lors de stages ambulatoires.

Pour finir, ils mettent également en avant le besoin d'étendre le suivi des enfants. La sensibilisation des médecins et des familles à ce suivi paraît alors nécessaire d'autant plus que le calendrier des consultations obligatoires a fait l'objet d'une révision en février 2019. Quelques médecins ont suggéré également que de nouveaux éléments relatifs au bien-être des enfants apparaissent dans le carnet de santé. Un nouveau carnet de santé a été édité en avril 2018 avec quelques messages de prévention. C'est encore prématuré pour avoir un recul suffisant permettant de savoir si cette mise à jour est pertinente et suffisante.

C) Implications pour la pratique

Les freins et difficultés des médecins généralistes à participer au système de la Protection de l'Enfance que nous avons relevé ont tous déjà été pointés par divers travaux et différents professionnels depuis longtemps. Le Gouvernement, la Haute Autorité de Santé et le Conseil de l'Ordre des Médecins à ses différents échelons se sont impliqués afin de tenter d'apporter des solutions à cette problématique, pourtant les chiffres concernant les Informations Préoccupantes et les signalements réalisés par des médecins généralistes restent faibles.

Une grande majorité de médecins interrogés sont demandeurs d'un médecin référent en Protection de l'Enfance pour leur apporter conseil et soutien face à une situation de (risque de) danger. En effet cet interlocuteur est perçu comme essentiel pour échanger sur leurs doutes mais aussi pour pallier un certain isolement. Ils expriment aussi le besoin d'avoir face à eux une personne d'expérience, intégrée dans un réseau et qui serait facilement accessible.

Il est regrettable de constater que ce professionnel instauré au niveau de chaque département grâce à la loi du 14 mars 2016 est méconnu par les médecins généralistes. Cette ressource n'est donc finalement pas exploitée à ce jour par les médecins généralistes, tout du moins en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges. Nous pouvons nous interroger sur le mode de communication afin de faire circuler cette information qui apparaît donc pour le moment insuffisante et non adaptée. Il serait judicieux d'intégrer les médecins généralistes à la réflexion des modalités de communication sur l'existence et les missions de ce professionnel, mais aussi des moyens pour le contacter. De ce qui ressort de notre étude, il existe une réelle nécessité d'une rencontre physique avec le médecin référent car les médecins généralistes éprouvent le besoin de savoir à qui ils ont affaire pour avoir recours à une tierce personne, d'autant plus sur un sujet aussi délicat et complexe. Il serait d'ailleurs intéressant de voir dans quelle mesure la communication autour du médecin référent en Protection de l'Enfance modifie ou non les démarches des médecins généralistes dans les situations d'Enfance en Danger et de savoir si au-delà de la demande exprimée, cet intervenant représente une réelle ressource pour les médecins dans leur pratique.

Il en est de même pour la CRIP et les acteurs médico-sociaux de la Protection de l'Enfance, les médecins sont frileux à exploiter les ressources de leur territoire sans connaître ces intervenants et leurs champs de compétences. Cette méconnaissance de ces partenaires de terrain est même source d'une certaine méfiance. A l'inverse, ceux qui ont été amené à rencontrer des professionnels, notamment puéricultrice ou médecin de PMI, ont exprimé avoir une plus grande facilité à les réinterpellier ultérieurement pour échanger ou accompagner ensemble des familles. Là encore, la majorité des médecins s'accordaient à dire qu'une rencontre est nécessaire : « mettre un nom sur un visage ». En réalité cette solution qui peu paraître simple n'est que peu mise en place. Certainement qu'avant d'engager d'autres grandes pistes de réflexions, il serait nécessaire en premier lieu de revenir à des préconisations finalement accessibles à tous : se rencontrer entre médecins généralistes et acteurs de la Protection de l'Enfance, d'abord pour se connaître et ensuite régulièrement pour favoriser les échanges et travailler ensemble à un partenariat.

D'ailleurs ce type de partenariat existe entre la Protection de l'Enfance et l'Éducation Nationale et également avec les services hospitaliers, avec mise en place de protocoles et d'échanges réguliers. Il est donc urgent d'impliquer également les médecins généralistes au dispositif, d'autant plus quand nous observons qu'ils sont en première ligne pour ce qui est de la prévention et du dépistage chez les enfants. Depuis peu, Dr Clémence, médecin départemental de PMI et la CRIP des Vosges ont amorcé des rencontres lors de Formations Médicales Continues. Il serait pertinent à distance d'en évaluer l'impact.

De plus, il est également nécessaire que les services de la Protection de l'Enfance améliorent la communication des suites données aux évaluations auprès des médecins généralistes. Cette démarche nous semblerait permettre une meilleure intégration des médecins généralistes, qui peuvent facilement se retrouver écarté du dispositif et confronter à l'incompréhension de certaines décisions.

Ce travail pourrait être soumis aux équipes de PMI et à la CRIP des Vosges mais aussi à toutes les équipes d'autres départements afin d'amorcer le dialogue et d'apporter des pistes de réflexion sur le partenariat entre la médecine générale et la Protection de l'Enfance.

V. Conclusion

La maltraitance est un enjeu majeur de Santé Publique de par sa fréquence mais surtout de par ses conséquences à court, moyen et long terme. Les médecins généralistes sont des intervenants privilégiés au sein des familles, néanmoins en pratique ils sont peu impliqués dans le dépistage et la prise en charge des violences envers les enfants.

Afin de comprendre les besoins des médecins généralistes pour faciliter les démarches face à une situation d'Enfance en Danger, nous devons tout d'abord étudier les difficultés et les freins auxquels ils sont confrontés. Notre étude a pu établir tout d'abord que, d'une manière générale, les difficultés énoncées sont les mêmes quelles que soient les caractéristiques des médecins et quelles que soient leurs modalités d'exercice et ce sans distinction significative entre les 2 départements. Certes la population de notre étude n'est pas représentative mais la richesse des profils est une force indéniable. De plus, nos données sont en adéquation avec la littérature.

Malgré les préconisations et les publications de cette dernière décennie, à la fois institutionnelles et issues de travaux de recherche, ces freins à réaliser une démarche d'alerte (IP ou signalement) demeurent. En effet, bien que chaque médecin interrogé ait pu relater une ou plusieurs expériences de maltraitance ou de négligence envers des enfants, ils évoquent une formation insuffisante sur le sujet de l'Enfance en Danger et un manque de connaissance du système de la Protection de l'Enfance. Ils éprouvent également le sentiment de ne pas être impliqués dans les démarches en lien avec des difficultés de communication dans les deux sens et la persistance de préjugés envers la Protection de l'Enfance. Plus d'un siècle et demi après les travaux du Dr Tardieu, le déni du corps médical sur le sujet de la maltraitance perdure et il est regrettable de constater que nombre de médecins ne conçoivent pas cette violence au sein de leur patientèle encore à ce jour malgré les données épidémiologiques. Il est certain que la relation de confiance établie biaise la perception du médecin. Toutes ces difficultés sont renforcées par une véritable peur de nuire à leurs patients et des répercussions potentielles, qu'elles soient réelles ou projetées, pour eux comme pour les familles. Les médecins généralistes sont confrontés à une autre problématique de taille : la gestion du doute. En effet, oubliant parfois qu'ils n'ont pas à être ni juge ni enquêteur, les médecins se retrouvent alors isolés et démunis face à leurs incertitudes. Cet isolement ne fait que croître dans un contexte de tension médicale qui touche non seulement les médecins généralistes mais aussi tous les autres professionnels de santé et les structures spécialisées.

L'évocation de ces freins a permis de dégager plusieurs demandes des médecins généralistes pour améliorer la prise en compte de l'Enfance en Danger et la collaboration avec la Protection de l'Enfance.

En premier lieu, la rencontre entre les médecins généralistes et les acteurs locaux de la Protection de l'Enfance est essentielle pour créer un lien et favoriser par la suite les échanges, à noter que ces échanges doivent être réciproques pour permettre aux médecins de se sentir impliqués. D'ailleurs, le partenariat mis en place localement par les services de la Protection de l'Enfance ne concerne pas à ce jour la médecine générale, il est donc nécessaire d'initier des démarches dans ce sens. De même concernant le médecin référent en Protection de l'Enfance, perçu comme intervenant indispensable par les médecins généralistes mais pourtant encore méconnu par le plus grand nombre, il est urgent de communiquer de manière efficace sur son existence et ses missions auprès des médecins généralistes.

D'autre part, les médecins sollicitent une révision de la formation initiale et continue sur le sujet de l'Enfance en Danger. En effet ils estiment qu'elle est souvent diluée dans des sujets pédiatriques plus vastes et non adaptée à leurs pratiques. En effet le temps de formation consacrée spécifiquement aux violences envers les enfants et les démarches de Protection de l'Enfance sont très courts et plutôt axés sur les violences physiques (syndrome de Silvermann, syndrome du bébé secoué principalement) au détriment des autres types de maltraitances notamment les violences psychologiques, les violences éducatives et les négligences. Pourtant ce sont ces dernières qui marquent le quotidien des médecins et qui les conduisent à des situations de doute.

La rencontre entre médecins généralistes et la Protection de l'Enfance, incluant les différents acteurs tels que la CRIP, le médecin référent, les équipes PMI, puis l'instauration d'échanges réguliers sont des mesures accessibles et applicables à visée expérimentale à l'échelle d'un ou plusieurs départements. Il serait intéressant d'en mesurer l'impact en terme de statistiques sur les démarches d'alerte réalisées par les médecins généralistes mais aussi en terme de ressenti sur leur pratique face à la prise en compte des violences à l'encontre des enfants. Concernant la formation, notre travail peut permettre une réflexion avec les différents enseignants universitaires pour que dans un premier temps les internes de médecine générale bénéficient d'enseignements plus en adéquation avec leur pratique future. Dans un second temps, il serait pertinent de permettre à tous les internes de médecine générale de passer, lors d'un stage chez un praticien, quelques jours en immersion au sein de la PMI de secteur.

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

I. Synthèse

La maltraitance infantile a toujours existé mais sa perception a évolué au fil des siècles, influencée par de nombreux facteurs tels que les religions, les coutumes, les croyances et les connaissances scientifiques. Il faudra attendre les travaux du Docteur Tardieu en 1860 pour que les parents puissent être considérés comme auteurs de violences à l'encontre de leurs propres enfants. Mais c'est un siècle plus tard avec les travaux du Docteur Silvermann que le corps médical prend en compte cette maltraitance infantile. Cependant c'est seulement en 2006 que l'OMS reconnaît la maltraitance comme problème majeur de santé publique, de part ses conséquences graves à court, moyen et long terme.

La fréquence exacte de la maltraitance infantile en France est difficile à établir, bien qu'il y ait de nombreuses sources permettant de recueillir des données sur l'Enfance en Danger, pour l'heure, il est difficile de les mettre en cohérence. Néanmoins on peut considérer que c'est un phénomène non négligeable et considéré comme probablement sous-estimé.

Les médecins généralistes sont les professionnels de santé qui se trouvent en première ligne dans le suivi des enfants. Cependant, dans le cadre de l'Enfance en (risque de) Danger, les chiffres montrent que le corps médical est peu pourvoyeur de démarches d'alerte.

C'est la discordance entre les données épidémiologiques de l'Enfance en Danger et la pauvreté des chiffres des démarches d'alerte effectuées par les médecins généralistes qui a motivé notre travail de recherche.

L'objectif de notre étude est donc de comprendre quels sont les besoins des médecins généralistes pour faciliter les démarches face à une situation d'Enfance en Danger. Pour cela il est tout d'abord nécessaire d'en comprendre les difficultés et les freins afin d'évaluer les besoins spécifiques de formation et d'information, l'intérêt d'un médecin référent ainsi que les moyens de permettre une meilleure collaboration avec les acteurs de Protection de l'Enfance.

Afin d'y répondre au mieux, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative avec recueil des données par entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien. Notre échantillon est constitué de médecins généralistes installés en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges. Nous avons fait le choix d'un échantillonnage raisonné afin de s'assurer d'un panel le plus diversifié possible. Paul-Arthur Mersch a interrogé les médecins sélectionnés en Meurthe-et-Moselle et Jessica Jacquemart ceux sélectionnés dans les Vosges. Nous avons procédé à une analyse conjointe de nos deux échantillons dans le but d'améliorer la qualité du travail de recherche et de théoriser à partir d'un échantillon plus large et diversifié qui prend en compte les spécificités de chaque territoire.

L'intérêt de notre étude réside dans l'analyse de l'évolution des pratiques depuis les modifications législatives successives du système de Protection de l'Enfance et suite aux publications institutionnelles sur la problématique de l'Enfance en (risque de) Danger.

Notre étude a répondu à notre objectif et a permis de repérer un certain nombre de freins et difficultés au dépistage et à la prise en charge de l'Enfance en Danger ou en risque de l'être, ainsi qu'à la réalisation d'une information préoccupante ou d'un signalement. On peut souligner que, malgré les rapports de sociétés savantes ou parlementaires alertant sur les axes

d'amélioration à envisager ainsi que la promulgation des lois récentes modifiant le système de Protection, la situation semble avoir peu, voire pas évoluer.

L'analyse de ces phénomènes a permis aux médecins généralistes d'établir des propositions pour améliorer leurs capacités à y répondre. Ainsi, quatre voies d'amélioration pour le partenariat médecins généralistes et le système de Protection de l'Enfance ont été avancées :

- Améliorer la communication avec le système de Protection de l'Enfance
- Promouvoir la création d'un médecin référent en maltraitance
- Promouvoir et élargir le suivi des enfants
- Améliorer la formation des médecins généralistes

II. Perspectives, du point de vue de la médecine générale

Nous formulerons nous-mêmes des propositions pour tenter d'améliorer le dépistage de la maltraitance par les médecins généralistes. Elles sont basées sur les conclusions de notre étude, d'une part, et notre propre expérience, d'autre part.

On peut les distinguer en 2 catégories : les améliorations essentielles et accessoires.

A) La communication

○ Propositions d'améliorations essentielles

Les défauts de communication sont des problèmes rapportés de manière récurrente dans notre étude. Pour pallier à cela, il semble important, en premier lieu, que les acteurs locaux de la Protection de l'Enfance (assistantes sociales, puéricultrices, sages-femmes, médecins) débutent des actions de terrain auprès des médecins généralistes pour se présenter, présenter leurs rôles et leurs actions mais aussi créer des liens et des réseaux locaux de Protection de l'Enfance.

Il est également impératif d'opérer un rapprochement et d'améliorer la communication entre les structures médico-sociales et les autres professionnels de santé.

Parmi les médecins interrogés qui avaient réalisé une démarche d'alerte, très peu avaient de retour sur la situation. Il semble nécessaire que les Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes fassent un retour à ces médecins, dans un premier temps, sur la qualification préoccupante ou non de l'information qui leur est transmise, sur le délai prévisionnel de l'enquête puis sa réalisation et ses conclusions. Cela est prévu en théorie, mais peu suivi dans la pratique. Il serait souhaitable que le Parquet en fasse de même.

○ Propositions d'améliorations accessoires

Par ailleurs, on pourrait imaginer que les services de Protection Maternelle et Infantile intègrent les Maisons de Santé Pluridisciplinaire et qu'ils s'y déroulent des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) concernant les situations à risque et/ou les suivi communs de PMI et médecine libérale. L'intégration de l'Education Nationale et de la médecine scolaire à ces discussions pourrait également être envisagée.

Tout comme la communication des CRIP auprès des médecins généralistes, la communication des services sociaux et judiciaires a été remise en cause par les médecins interrogés. Il serait probablement utile que ces services adressent un courrier d'information au médecin traitant déclaré lors de l'instauration et le suivi de mesures judiciaires ou administratives.

À terme et avec le développement et la vulgarisation progressive du « Dossier Médical Partagé » (DMP), on pourrait imaginer qu'un onglet du DMP y soit consacré, sous réserve du respect de la loi « Informatique et Libertés ».

B) Le médecin référent

○ Propositions d'améliorations essentielles

La loi du 16 mars 2016 a imposé la création d'un poste de médecin référent en maltraitance au sein des Conseils Départementaux et les médecins généralistes ont manifesté leur intérêt pour un tel recours dans notre étude. Il semble que la communication lors de la mise en application de cette loi ne soit pas arrivée jusqu'à eux. A ce titre, il semble nécessaire de multiplier les canaux d'informations qui puissent leur diffuser cette mesure. L'un d'eux pourrait être via les rencontres avec les acteurs de territoire pour qu'ils puissent, d'une part, créer un réseau local d'interactions et d'échanges et, d'autre part, communiquer sur les ressources et numéros disponibles en cas de besoin.

○ Propositions d'améliorations accessoires

De plus, la réalisation d'information préoccupante et son recueil au sein des CRIP telle qu'elle a été instaurée par la loi du 5 mars 2007 n'apparaît pas comme une mesure intégrée à la pratique des médecins généralistes. Leurs coutumes et habitudes de fonctionnement en prenant avis auprès de leurs ressources territoriales ne correspondent pas au fonctionnement imaginé par le législateur ce qui n'a probablement pas aidé à la familiarisation de ces pratiques. Le rattachement de ce médecin référent à la CRIP pour limiter les interlocuteurs et faciliter les démarches des médecins généralistes est une piste à envisager.

C) Le suivi des enfants

○ Propositions d'améliorations essentielles

Les médecins généralistes sont en partie en difficultés dans le dépistage de la maltraitance par manque de temps. Il faudrait qu'il puisse répéter les contacts avec les enfants pour avoir un aperçu plus global sur certaines situations. Les consultations de suivi des enfants devraient être l'occasion idéale pour cela.

Ce suivi obligatoire des enfants a récemment été modifié. Il semblait déjà ne pas être maîtrisé par une grande partie des médecins généralistes et des familles et sa modification ne paraît pas non plus avoir bénéficiée d'une campagne d'information suffisamment visible. Il serait souhaitable que les délégués médicaux de l'Assurance-Maladie profitent des entretiens réguliers auprès des médecins généralistes dans le cadre de l'analyse de leur pratique pour promouvoir ce suivi ainsi que les différents dépistages sensoriels. Cette promotion pourrait s'accompagner également d'une campagne auprès des parents.

- Propositions d'améliorations accessoires

L'intégration de critères de suivi des enfants dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) pourrait être une piste pour améliorer ce suivi, même si nous avons vu dans notre étude que le suivi d'un enfant par un seul médecin n'est pas la règle dans la pratique.

La déclaration de médecin traitant pour les enfants engageant le médecin signataire à réaliser ce suivi pourrait limiter cet effet de nomadisme.

D) La formation

- Propositions d'améliorations essentielles

La formation des médecins généralistes sur l'Enfance en Danger est très décriée. Les rapports institutionnels critiquent sa faiblesse tant quantitative que qualitative et les médecins eux-mêmes la jugent insuffisante et inadaptée.

Une refonte de cette formation initiale est primordiale en commençant par un développement plus important du sujet de l'Enfance en Danger et du développement psychomoteur normal et pathologique de l'enfant dans le module Maturation et Vulnérabilité des Epreuves Classantes Nationales. Le Troisième Cycle des études médicales pourrait être l'occasion d'approfondir ces questions en abordant les rôles et actions des différents acteurs de la Protection de l'Enfance, l'étude des interactions parents-enfants et la présentation des moyens de prévention de la Protection de l'Enfance dont les moyens de promotion de la parentalité.

- Propositions d'améliorations accessoires

Une sensibilisation des internes à la Protection de l'Enfance lors de leur stage ambulatoire est souhaitable. Elle pourrait s'envisager par la participation régulière aux vacations de PMI sur les territoires du lieu de stage.

Concernant les formations médicales continues des médecins généralistes, ils nous ont prôné un enseignement interactif et basé sur des cas cliniques.

Il semble tout aussi souhaitable qu'elle soit réalisée par des médecins de PMI ou de CRIP qui puissent les conseiller de manière très pratique sur les situations auxquelles ils auraient à faire face, partager leurs expériences mais aussi et peut-être surtout travailler sur la déconstruction des idées reçues et préjugés des médecins généralistes à propos de l'Enfance en Danger.

III. Perspectives, du point de vue de la PMI

Notre expérience et notre travail en collaboration avec le service de PMI des Vosges nous permettent d'établir également les propositions suivantes :

A) Concernant la communication

Il apparaît essentiel que les services de PMI et la CRIP se fassent connaître des médecins généralistes de leur secteur d'activité : d'une part pour qu'ils puissent être identifiés et d'autre part pour échanger. La rencontre est nécessaire afin d'initier le travail en réseau. Dans ce sens, des rencontres lors de soirées de Formation Médicale Continue ont été initiées au sein du département des Vosges. Il serait intéressant d'évaluer à distance le retentissement de ces rencontres au niveau des chiffres des démarches d'alerte réalisées par les médecins généralistes mais aussi sur leur vécu.

Si nous considérons les réponses avancées par notre échantillon de médecins généralistes, cela peut être aussi tout simplement se rencontrer autour d'un café. Puisqu'au-delà de la connaissance des missions et des procédures, remettre de l'humain dans les relations de partenariat a déjà démontré son efficacité sur le terrain.

Toujours dans l'objectif de créer du lien et de favoriser l'implication des médecins dans le système de la Protection de l'Enfance, il serait indispensable que la CRIP puisse faire un retour systématique lorsqu'un médecin généraliste fait une information préoccupante ou un signalement. En effet, au-delà de la notion de prise en compte par les services départementaux, les médecins déplorent ne pas avoir d'informations concernant les suites données à ces démarches ; ce qui conduit parfois à des situations d'incompréhension, parfois à des situations complexes vis-à-vis de la famille par méconnaissance des mesures d'accompagnement éducatif et/ou de protection. Bien sur ces échanges doivent se faire dans le respect des familles et des règles du secret partagé.

De plus, la CRIP 88 doit gagner en visibilité pour favoriser la communication : en effet après des recherches sur internet nous constatons que les coordonnées sont difficilement accessibles, tant sur le site du Conseil Départemental des Vosges que sur les sites référençant l'ensemble des coordonnées des CRIP.

B) Concernant le médecin référent

Le médecin référent en Protection de l'Enfance est perçu par nombre des médecins généralistes interrogés lors de notre étude comme un potentiel interlocuteur privilégié. En effet, ils sont en demande d'un médecin avec une certaine expérience sur le sujet pour obtenir un conseil rapide et du soutien. En pratique, il s'avère que malgré sa mise en place grâce à la loi de 2016, cette ressource n'est pas connue des médecins généralistes et n'est donc pas investie. Les modes de communication utilisés semblent mis en échec, d'autres moyens doivent être utilisés afin de diffuser l'information sur l'existence de ce référent, sur ses missions et sur ses coordonnées. Pour que cette diffusion soit pertinente, nous devrions reprendre les pistes apportées par les médecins de notre échantillon sur ce qui répondrait le mieux à leur besoin : rencontre lors de soirées FMC, diffusion par les Délégués de l'Assurance Maladie, bandeau sur Ameli, fiche sur internet ou sur clé USB, ...

C) Concernant le suivi des enfants

Lorsqu'un médecin généraliste est en difficulté pour assurer le suivi et les dépistages obligatoires de l'enfant, la PMI pourrait mettre ses ressources à disposition du médecin généraliste (visites par sage-femme, visites à domicile par puéricultrice, consultations de PMI, dépistages et bilan de santé, réseau et partenaires, etc) et lui faire un retour systématique afin d'assurer une prise en charge coordonnée. Malheureusement cette collaboration pourrait se trouver limitée de par le manque actuel de médecins de PMI sur un certain nombre de secteurs.

D) Concernant la formation

La formation concernant l'Enfance en Danger et la Protection de l'Enfance sont plutôt sommaires. Le temps consacré à ce sujet est très court tant lors de la formation initiale que lors de la formation continue par la suite, de plus il est souvent noyé dans des thèmes plus vastes. Ce sujet nécessite un temps suffisant afin de transmettre aux médecins des bases solides pour repérer les dangers et les risques auxquels sont exposés les enfants : la plupart des médecins se disent au clair sur la question des violences physiques mais se sentent démunis pour dépister les autres types de violences. Il est primordial d'initier les médecins aux problématiques des troubles de l'attachement, des violences éducatives et des violences psychologiques.

Car au-delà de la prévention et de la prise en charge précoce des maltraitances et des négligences, c'est aussi la prévention de la morbi-mortalité qui y est associée à court, moyen et long termes.

Cette prise en charge précoce a également un intérêt économique : concernant la prise en charge des enfants maltraités mais aussi en terme de coût direct et indirect quand on considère toutes les pathologies secondaires aux violences subies dans l'enfance (pathologies somatiques, troubles psychiatriques, addictions,...). En effet, Anne Tursz explique dans son rapport au Gouvernement en juin 2014 (85) que la maltraitance est source de coûts considérables. Un enfant placé dans de bonnes conditions avant qu'il n'ait développé des troubles de l'attachement et de la personnalité. S'il passe vingt ans dans une même famille d'accueil et qu'il poursuit une scolarité normale, son entretien coûte au total 700 000 euros. Si au contraire, ce même enfant est placé trop tardivement avec des troubles graves de la personnalité et de l'attachement, il ira de placement familial en établissement tout en étant scolarisé dans des structures spécialisées. Les coûts sont multipliés par trois ou quatre, soit 3 millions d'euros.

Pour que ces difficultés soient prises en compte et pour ouvrir le dialogue, nous suggérons de transmettre notre travail aux différents acteurs de la Protection de l'Enfance des départements concernés par notre étude mais aussi à tout autre département le souhaitant : médecin référent en Protection de l'Enfance, responsables de la PMI et de l'ASE, éventuellement le Parquet.

ANNEXES

Annexe 1 : Bulletin annuel du SNATED publié en 2017

Annexe 2 : Données et graphiques issus du 11^e rapport de l'ONPE publié en 2016

Annexe 3 : Schéma de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes

Annexe 4 : Guide d'entretien



Le Bulletin Annuel du SNATED

N°4 - Année 2015

DONNÉES 2014

Edito



C'est avec plaisir que je vous présente cette 5^e édition du Bulletin du SNATED, extrait de son activité en 2014. Cette année, notre service a 25 ans et il est un maillon essentiel du dispositif de la protection de l'enfance. Il est reconnu par tous ; les actions et partenariats

engagés cette année le montrent. C'est le cas avec la signature de conventions ministérielles optimisant l'obligation d'affichage du 119 dans les lieux publics recevant des mineurs. Le SNATED a également engagé un partenariat inédit avec Google France visant à protéger les mineurs sur Internet.

L'un des principaux faits marquants, c'est la réalisation du film pédagogique "Allô 119". Son principal objectif est d'expliquer ce qu'est le 119, mais également son articulation avec les services départementaux de protection de l'enfance. Après une année de travail, j'ai eu le plaisir de le présenter à la presse le

28 janvier 2015. Je vous invite à le découvrir et à le diffuser autour de vous.

Vous retrouverez l'ensemble des temps forts du SNATED dans le rapport d'activité annuel du GIPED consultable sur nos sites internet dès l'automne. Ce bulletin vous propose les tendances statistiques des appels au SNATED en 2014 ; l'étude complète sera en ligne au début du second semestre.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Hermeline Malherbe
Présidente du GIPED, Sénatrice,
Présidente du Conseil départemental
des Pyrénées-Orientales

25 ans d'activité... Quelques chiffres

- 219 000 heures d'écoute
- 2 fois plus d'écoutes : 25 en 1990 / 45 en 2014
- 3 fois plus d'appels décrochés depuis 1990
- 680 000 appels traités par les écoutes
- 169 328 informations préoccupantes (IP) adressées aux départements pour évaluation
- Près de 325 000 enfants concernés par une IP

Le SNATED est membre :

- de Child Helpline International, réseau mondial des lignes d'assistance aux enfants. Le SNATED en est membre depuis 2008. www.childhelplineinternational.org



- du Collectif de la Téléphonie Sociale et en Santé (TeSS). Il est signataire de la Charte d'engagement. Le SNATED en est membre depuis 2011.



Pour ses 25 ans, le service lance un nouveau film pédagogique

Après une année 2014 consacrée à sa réalisation, le SNATED a lancé le 28 janvier 2015 son nouveau film pédagogique de 13 min : « Allô 119 ». Voici ce qu'il faut savoir sur ce reportage.

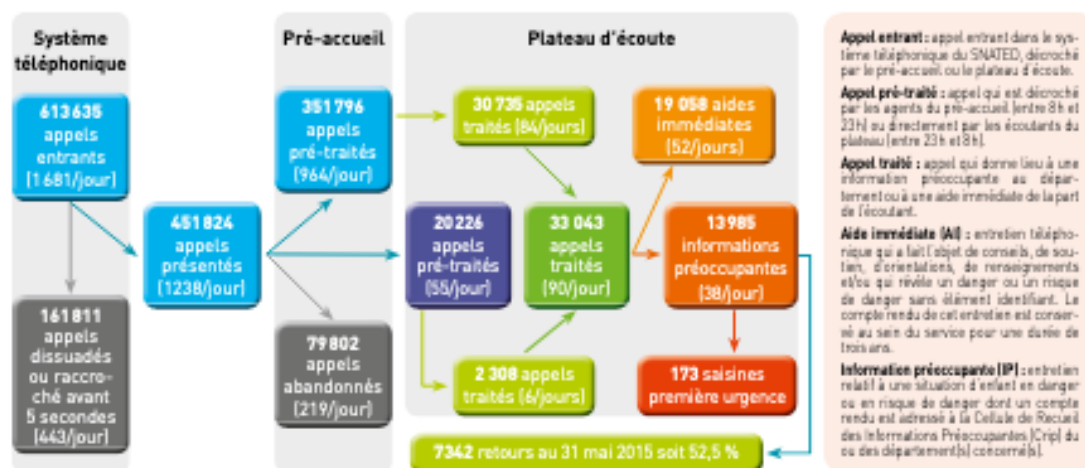
- **Réalisation** : Nora Nonet
- **Public cible** : Tous les publics et particulièrement les enfants, les adolescents, les jeunes majeurs et leurs familles.
- **Résumé** : Ce film a pour objectif de faire découvrir le 119, son fonctionnement et son articulation avec les services de protection de l'enfance.
- **Trois grands axes abordés**
Le service
Sa création, son rôle, ses missions, son fonctionnement
L'accueil des appels
Qui reçoit les appels ? Quel est le contenu de ces appels ? Quels sont les types de réponses apportés ? Que fait-on de ces appels ?



Les modes de prise en charge au niveau départemental

- Qui intervient ? Quelles sont les mesures qui peuvent être proposées ?
- **Un message** : appeler le 119 est un acte citoyen
 - **Musique** : « Hear me out » Interprété par Irma (Auteur/Compositeur : Irma Panyl)
 - **Téléchargement libre et gratuit** : www.allo119.gouv.fr/communication-documentation

Combien d'appels reçoit le SNATED ?



Qui sont les appelants ?

Sur l'ensemble des appels traités, on comptabilise 34 581 appelants.

- Ils ont évoqué la situation de 60 587 enfants dont 29 591 (48,8%) sont concernés par une IP.
- La part des appels provenant de jeunes concernés est stable depuis 2012 : 10,9% de mineurs et 1,1% de jeunes majeurs pour un total de 4 143 appels.
- Les femmes sont majoritaires dans toutes les catégories d'appelants, représentant ainsi, par exemple, 54,7% pour les parents à 81,7% pour les grands-parents.

Qualité de l'appelant	Total	
	Effectif	%
Mère	5 629	16,9%
Père	4 833	14,0%
Grands-parents	2 006	5,8%
Beau-parent	655	1,9%
Membre de la fratrie	387	1,1%
Famille proche	13 710	39,6%
Mineur concerné	3 776	10,9%
Voisin	2 596	8,7%
Entourage amical	2 630	7,6%
Famille autre	1 914	5,5%
Professionnels	1 704	4,9%
Adulte concerné	392	1,1%
Jeune Majeur concerné	367	1,1%
Gendarmerie/Police	58	0,2%
Autre	1 921	5,6%
Non désigné	5 113	14,8%
Total	34 581	100%

Champ : nombre d'appelants (n=34 581)

Source : données issues de LISA, logiciel du SNATED

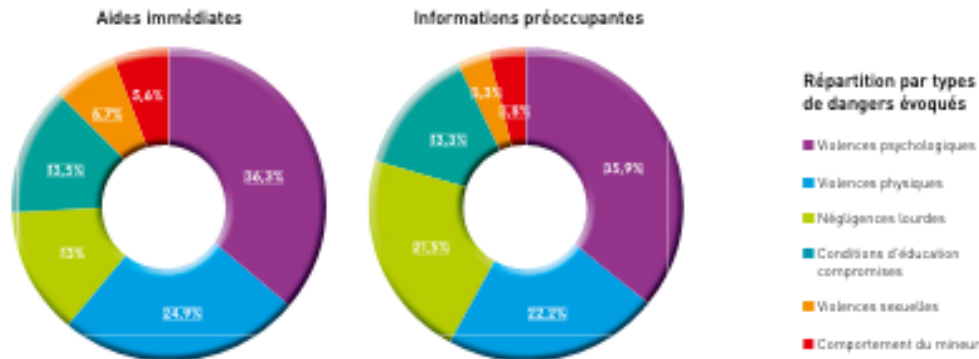
Qui sont les enfants en danger ou en risque de l'être ?

En 2014, 60 587 enfants concernés par un appel traité. En cas de réappel pour une même situation, le ou les enfants sont comptabilisés autant de fois qu'il y a de réappels. Le nombre de 60 587 enfants est donc à relativiser, car seuls 52 684 enfants sont distincts pour 35 618 enfants en situation de danger.

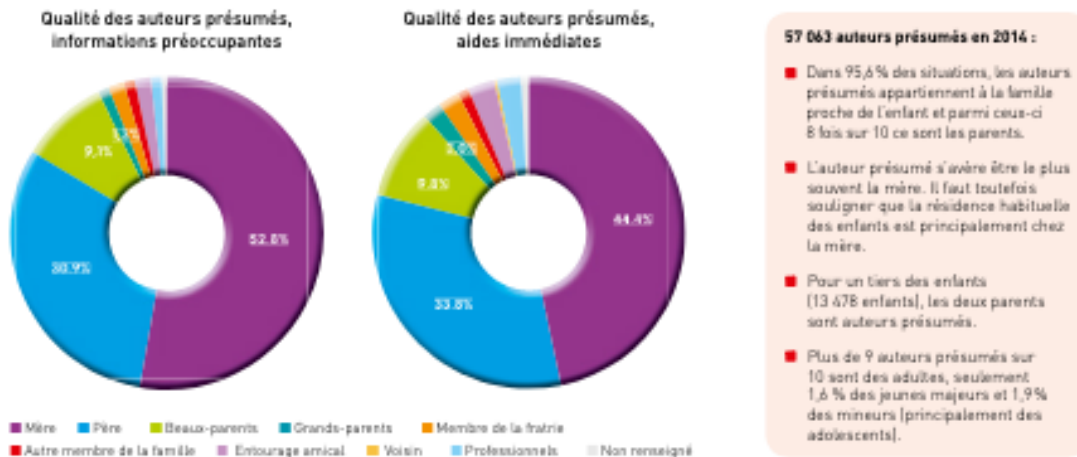
- 7 sur 10 sont concernés par une situation de danger.
- Pour 87% des IP, un danger est évoqué. Cela concerne 25 729 enfants.
- Pour 3 862 autres enfants qui font l'objet d'une IP, aucun danger n'est précisé par l'appelant. Il s'agit ici d'enfants membres de la fratrie d'un ou des enfants pour lesquels un danger est évoqué.

- 68,4% sont de filles et 46,2% des garçons (dans 5,4% des cas, le sexe n'est pas précisé).
- Les enfants en danger sont âgés de 8,5 ans en moyenne.
- 76,9% des garçons en danger ont moins de 12 ans contre 68,8% des filles.
- Jusqu'à 11 ans, le nombre de garçons en danger est plus élevé que celui des filles. À partir de l'adolescence et jusqu'à 18 ans, la tendance s'inverse.
- Presqu'un enfant sur deux pour lesquels un danger est évoqué vit chez sa mère (47,2%), les enfants vivent chez leur père restant très minoritaires (9,6% des cas). Plus d'un tiers de ces enfants vivent chez leurs deux parents.

Quels sont les dangers évoqués ?



Qui sont les auteurs présumés à l'origine des dangers ?



Quelles sont les suites apportées aux informations préoccupantes ?

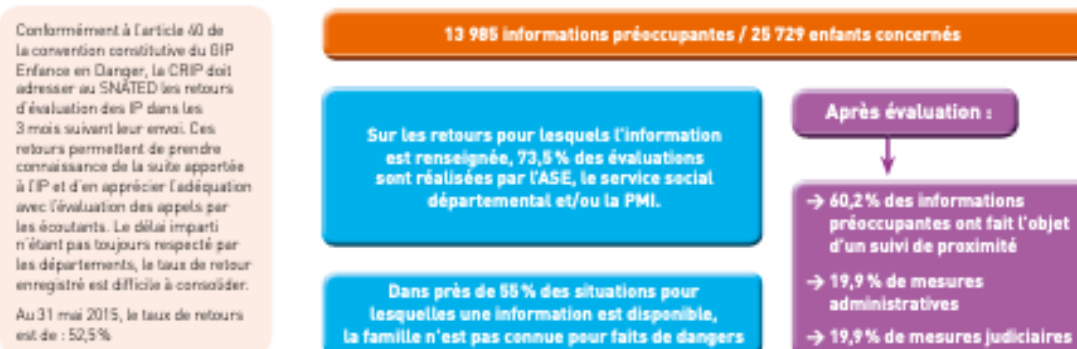
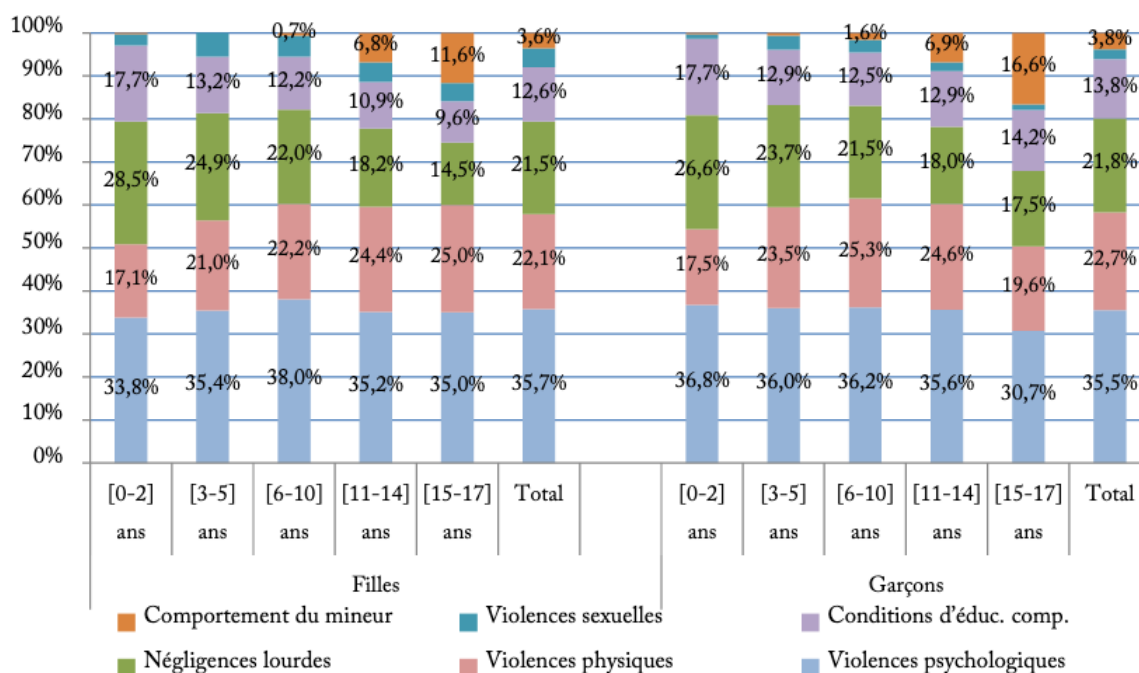


Fig. II.1-1 : Nombre de victimes de violences physiques et sexuelles enregistrées par les forces de sécurité en 2015.

	Violences physiques		Violences sexuelles		Total général	
	Nombre de victimes	Proportion (%)	Nombre de victimes	Proportion (%)	Nombre de victimes	Proportion (%)
0-9 ans	14 400	14,0	8 300	31,3	22 700	17,6
Sexe féminin	5 800	40,3	5 800	69,9	11 700	51,5
Sexe masculin	8 600	59,7	2 400	28,9	11 000	48,5
10-17 ans	40 600	39,6	11 900	44,9	52 500	40,7
Sexe féminin	16 600	40,9	10 200	85,7	26 800	51,0
Sexe masculin	24 000	59,1	1 700	14,3	25 700	49,0
18-25 ans	47 500	46,3	6 300	23,8	53 800	41,7
Sexe féminin	25 800	54,3	5 800	92,1	31 600	58,7
Sexe masculin	21 700	45,7	500	7,9	22 200	41,3
Total général	102 500	100,0	26 500	100,0	129 000	100,0

Fig. II.2-9 : Répartition des dangers par classe d'âge selon le sexe (2010-2014).



Champ : dangers évoqués dans les IP pour les enfants dont l'âge et le sexe sont connus sur la période 2010-2014.

Sources : données issues de Lisa, calculs ONPE.

Guide de lecture : entre 2010 et 2014, 33,8 % des dangers évoqués dans la population féminine âgée de 0 à 2 ans sont des violences psychologiques.

Fig. II.2-12 : Informations sur le comportement de l'enfant (2010-2014).

Type d'information	Nombre d'appels évoquant cette information						Répartition moyenne 2010-2014	Évolution 2010-2014
	2010	2011	2012	2013	2014			
Souffrance psychique	3 833 37,4 %	4 449 38,3 %	5 400 43,2 %	5 380 41,9 %	5 266 37,7 %	24 328 39,7 %	+ 37,4 %	
Attitude de crainte, inhibition, repli sur soi	2 035 19,9 %	2 110 18,2 %	2 346 18,2 %	2 342 18,2 %	2 335 16,7 %	11 168 18,2 %	+ 14,7 %	
Pleurs, cris, hurlements	2 360 23 %	2 477 21,3 %	3 012 24,1 %	3 032 23,6 %	2 922 20,9 %	13 803 22,6 %	+ 23,8 %	
Agressivité, agitation	1 110 10,8 %	1 230 10,6 %	1 434 11,5 %	1 408 11 %	1 638 11,7 %	6 820 11,1 %	+ 47,6 %	
Fugue	514 5 %	565 4,9 %	571 4,6 %	524 4,1 %	897 6,4 %	3 071 5 %	+ 74,5 %	
Tentative de suicide, idées suicidaires	403 3,9 %	444 3,8 %	534 4,3 %	514 4 %	695 5 %	2 590 4,2 %	+ 72,5 %	
Trouble psychologique/psychiatrique	279 2,7 %	380 3,3 %	400 3,2 %	359 2,8 %	385 2,8 %	1 803 2,9 %	+ 38 %	
Prise de risque (alcoolisation, drogue)	211 2,1 %	272 2,3 %	294 2,3 %	361 2,8 %	389 2,8 %	1 527 2,5 %	+ 84,4 %	
Auteur présumé de mauvais traitements	195 1,9 %	229 2 %	251 2 %	293 2,3 %	300 2,1 %	1 268 2,1 %	+ 53,8 %	
Trouble du développement	197 1,9 %	238 2 %	197 1,6 %	219 1,7 %	199 1,4 %	1 050 1,7 %	+ 1 %	
Délinquance	170 1,7 %	197 1,7 %	224 1,8 %	314 2,4 %	383 2,7 %	1 288 2,1 %	+ 125,3 %	
En errance	171 1,7 %	160 1,4 %	217 1,7 %	134 1 %	189 1,4 %	871 1,4 %	+ 10,5 %	
Encoprésie, énurésie	131 1,3 %	160 1,4 %	164 1,3 %	161 1,3 %	218 1,6 %	834 1,4 %	+ 66,4 %	
Trouble du comportement alimentaire	112 1,1 %	130 1,1 %	133 1,1 %	140 1,1 %	146 1 %	661 1,1 %	+ 30,4 %	
Comportement érotisé	96 0,9 %	164 1,4 %	167 1,3 %	157 1,2 %	208 1,5 %	792 1,3 %	+ 116,7 %	
Scarification, automutilation	66 0,6 %	90 0,8 %	106 0,8 %	127 1 %	260 1,9 %	649 1,1 %	+ 293,9 %	
Total des informations	11 883	13 295	15 450	15 465	18 254	74 347	+ 53,6 %	
Total des IP	10 247	11 616	12 512	12 843	13 985	61 203	+ 36,5 %	
Nombre informations/IP	1,15	1,15	1,2	1,2	1,3	1,2	-	

Champ : nombre d'informations évoquées sur la période 2010-2014 (n = 74 347).

Sources : données issues de Lisa, calculs ONPE.

Guide de lecture : en 2010, les attitudes de crainte, d'inhibition et de repli sur soi sont citées dans 2 035 IP contre 2 335 en 2014. Néanmoins, cette augmentation (+ 14,7 %) étant inférieure à la hausse de l'ensemble des informations citées (+ 53,6 %), la part des attitudes de crainte, d'inhibition et de repli sur soi dans les IP est passée de 19,9 % en 2010 à 16,7 % en 2014.

Fig. II.2-13 : Éléments contextuels sur le mode de vie de l'enfant (2010-2014).

Type d'information	Nombre d'appels					Répartition moyenne 2010-2014	Évolution 2010-2014
	2010	2011	2012	2013	2014		
Divorce, séparation	5 467 53,4 %	6 497 55,9 %	7 018 56,1 %	7 032 54,8 %	8 035 57,5 %	34 049 55,6 %	+ 47 %
Conflit parental sans violence	1 267 12,4 %	1 606 13,8 %	2 105 16,8 %	2 024 15,8 %	2 440 17,4 %	9 442 15,4 %	+ 92,6 %
Conflit parental avec violence	1 594 15,6 %	1 660 14,3 %	1 902 15,2 %	1 972 15,4 %	2 164 15,5 %	9 292 15,2 %	+ 35,8 %
Suivi administratif/judiciaire en cours/passé de l'enfant	1 474 14,4 %	1 742 15 %	2 237 17,9 %	2 265 17,6 %	2 710 19,4 %	10 428 17 %	+ 83,9 %
Difficultés relationnelles avec les parents	993 9,7 %	1 094 9,4 %	1 372 11 %	1 125 8,8 %	1 380 9,9 %	5 964 9,7 %	+ 39 %
Difficultés relationnelles avec les enfants	1 015 9,9 %	1 004 8,6 %	1 413 11,3 %	1 260 9,8 %	1 312 9,4 %	6 004 9,8 %	+ 29,3 %
Placement en cours ou passé de l'enfant	673 6,6 %	850 7,3 %	940 7,5 %	933 7,3 %	1 152 8,2 %	4 548 7,4 %	+ 71,2 %
Décès d'un parent	368 3,6 %	428 3,7 %	415 3,3 %	472 3,7 %	565 4 %	2 248 3,7 %	+ 53,5 %
Non-respect du mode de garde	197 1,9 %	236 2 %	309 2,5 %	257 2 %	398 2,8 %	1 397 2,3 %	+ 102 %
Maladie physique ou handicap de l'enfant	287 2,8 %	320 2,8 %	451 3,6 %	475 3,7 %	696 5 %	2 229 3,6 %	+ 142,5 %
Jeune âge du parent	386 3,8 %	474 4,1 %	518 4,1 %	558 4,3 %	557 4 %	2 493 4,1 %	+ 44,3 %
Séparation précoce parent/enfant	245 2,4 %	210 1,8 %	283 2,3 %	302 2,4 %	391 2,8 %	1 431 2,3 %	+ 59,6 %
Maladie physique, handicap d'un parent	212 2,1 %	238 2 %	346 2,8 %	344 2,7 %	422 3 %	1 562 2,6 %	+ 99 %
Mise à la porte ou à la rue de l'enfant	222 2,2 %	257 2,2 %	318 2,5 %	288 2,2 %	377 2,7 %	1 462 2,4 %	+ 69,8 %
Incarcération d'un parent	142 1,4 %	201 1,7 %	233 1,9 %	268 2,1 %	530 3,8 %	1 374 2,2 %	+ 273 %
Total des informations	14 542	16 817	19 860	19 575	23 129	93 923	+ 59 %
Total des IP	10 247	11 616	12 512	12 843	13 985	61 203	+ 36,5 %
Nombre informations/IP	1,4	1,45	1,6	1,5	1,65	1,5	

Champ : nombre d'informations évoquées sur la période 2010-2014 (n = 93 923).

Sources : données issues de Lisa, calculs ONPE.

Guide de lecture : entre 2010 et 2014, les conflits parentaux sans violence sont évoqués dans 15,4 % des IP.

Fig. II.2-14 : Informations sur le comportement du/des parent(s).

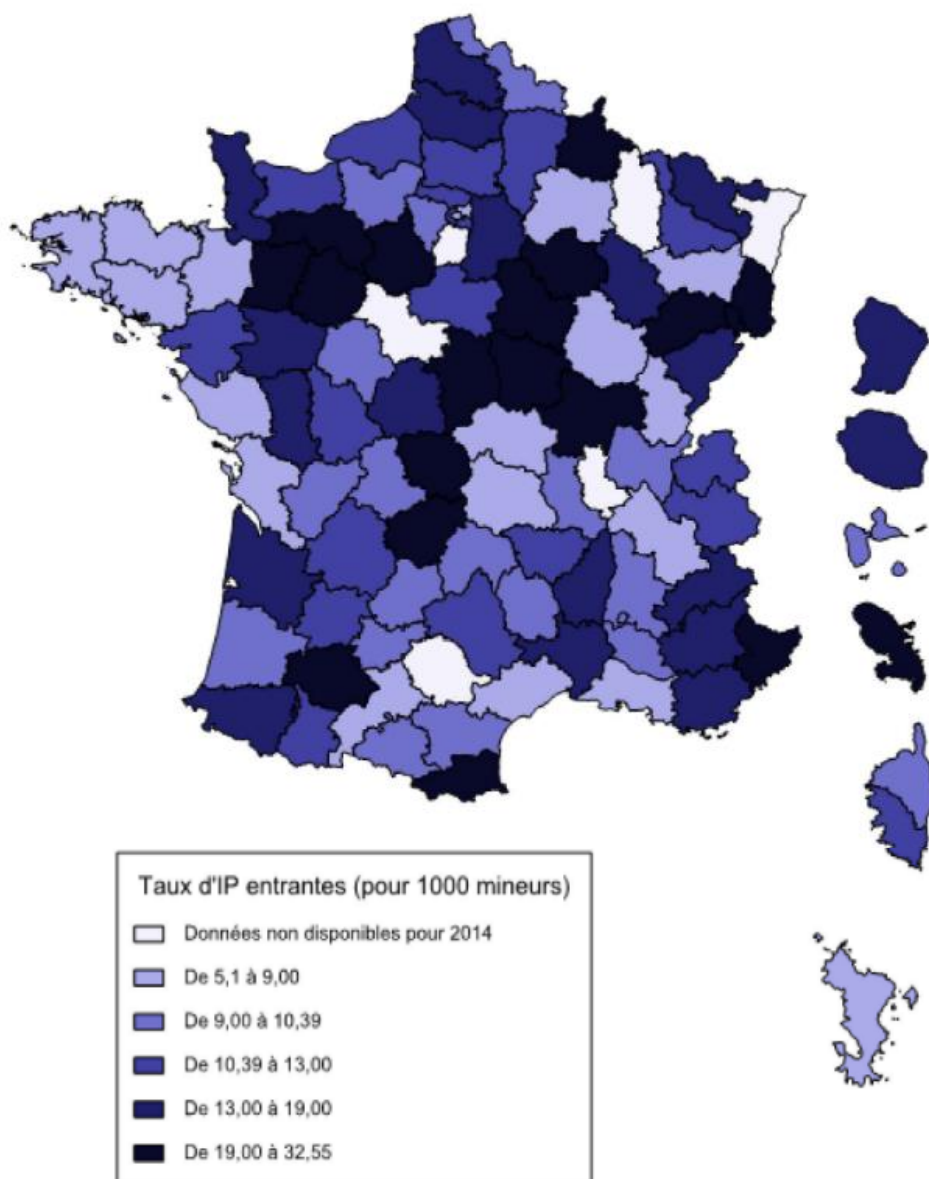
Type d'information	Nombre d'appels évoquant cette information						
	2010	2011	2012	2013	2014	Répartition moyenne 2010-2014	Évolution 2010-2014
Problème éducatif	3 538 34,5 %	4 194 36,1 %	4 673 37,3 %	4 171 32,5 %	4 337 31 %	20 913 34,1 %	+ 22,6 %
Problème dans la prise en charge quotidienne de l'enfant	3 725 36,4 %	4 154 35,7 %	5 133 41 %	5 071 39,5 %	4 499 32,2 %	22 582 36,9 %	+ 20,8 %
Consommation d'alcool	2 255 22 %	2 364 20,4 %	2 678 21,4 %	2 509 19,5 %	2 686 19,2 %	12 492 20,4 %	+ 19,1 %
Souffrance psychique	870 8,4 %	1 038 8,9 %	1 250 10 %	1 196 9,3 %	1 307 9,3 %	5 661 9,2 %	+ 50,2 %
Trouble psychologique/psychiatrique	780 7,6 %	828 7,1 %	896 7,2 %	888 6,9 %	963 6,9 %	4 355 7,1 %	+ 23,5 %
Consommation de drogues	873 8,5 %	946 8,1 %	1 230 9,8 %	1 214 9,5 %	1 375 9,8 %	5 638 9,2 %	+ 57,5 %
Tentative de suicide, idées suicidaires	264 2,6 %	299 2,6 %	310 2,5 %	333 2,6 %	453 3,2 %	1 659 2,7 %	+ 71,6 %
Consommation de médicaments	199 1,9 %	229 2 %	216 1,7 %	210 1,6 %	206 1,5 %	1 060 1,7 %	+ 3,5 %
Total des informations	12 504	14 052	16 386	15 592	15 826	74 360	+ 26,6 %
Total des IP	10 247	11 616	12 512	12 843	13 985	61 203	+ 36,5 %
Nombre informations/IP	1,2	1,2	1,3	1,2	1,1	1,2	

Champ : nombre d'informations évoquées sur la période 2010-2014 (n = 74 360).

Sources : données issues de Lisa, calculs ONPE.

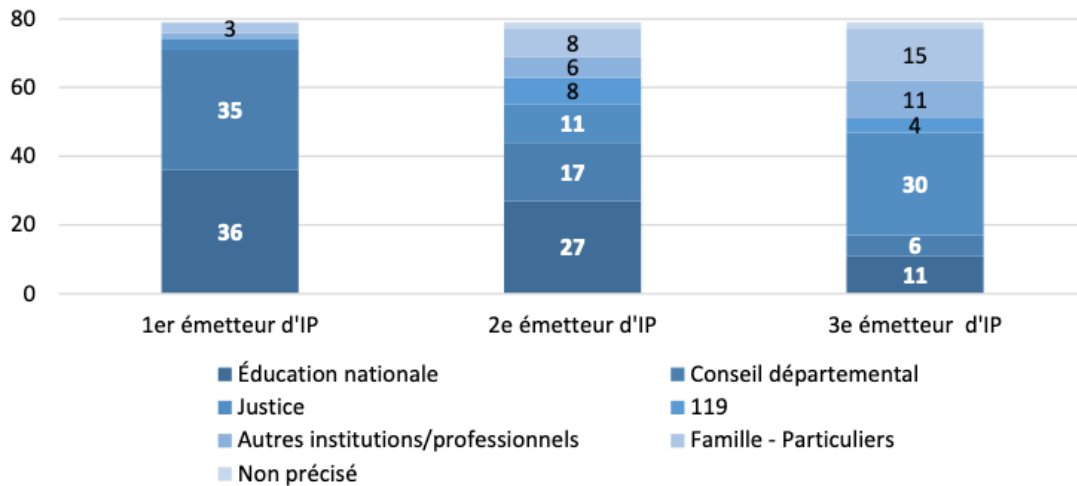
Guide de lecture : entre 2010 et 2014, les problèmes éducatifs sont évoqués dans 34,1 % des IP.

Fig. II.3-2 : Cartographie du taux d'IP reçues par le conseil départemental au cours de l'année 2014 (pour 1 000 mineurs).



Sources : étude des rapports d'activité des Crip, Insee (estimations de population des 0-17 ans au 1^{er} janvier 2014, résultats provisoires arrêtés fin 2014), calculs ONPE.

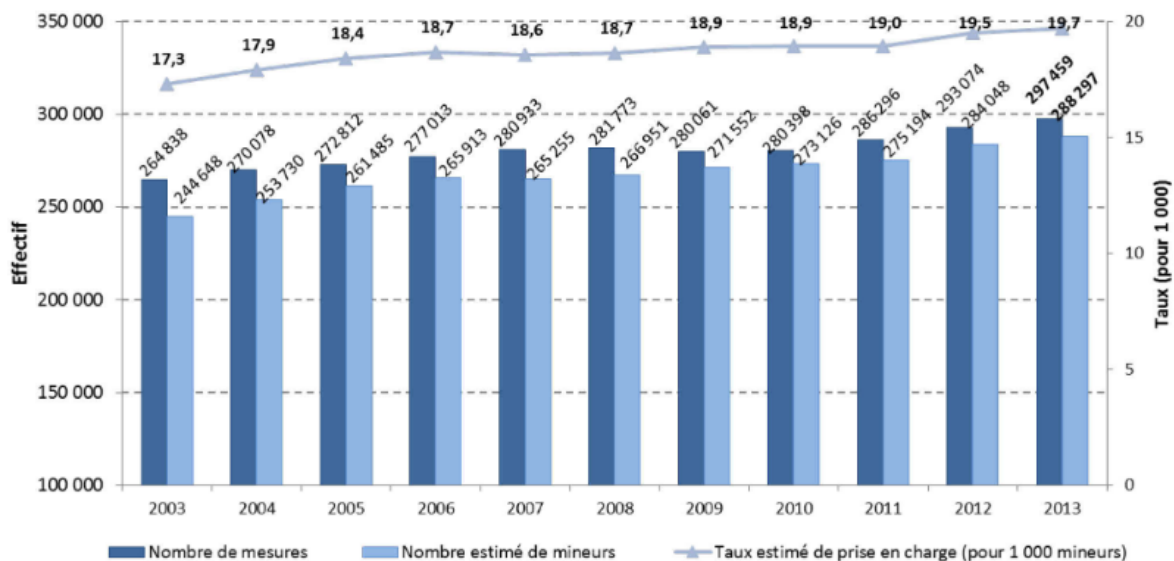
Fig. II.3-9 : Répartition des principaux émetteurs des IP reçues par le conseil départemental.



Sources : étude des rapports d'activité des Crip, calculs ONPE.

Guide de lecture : parmi les 78 rapports d'activité dans lesquels l'origine des IP est disponible, le premier émetteur d'IP est l'Éducation nationale dans 36 départements et le CD dans 35.

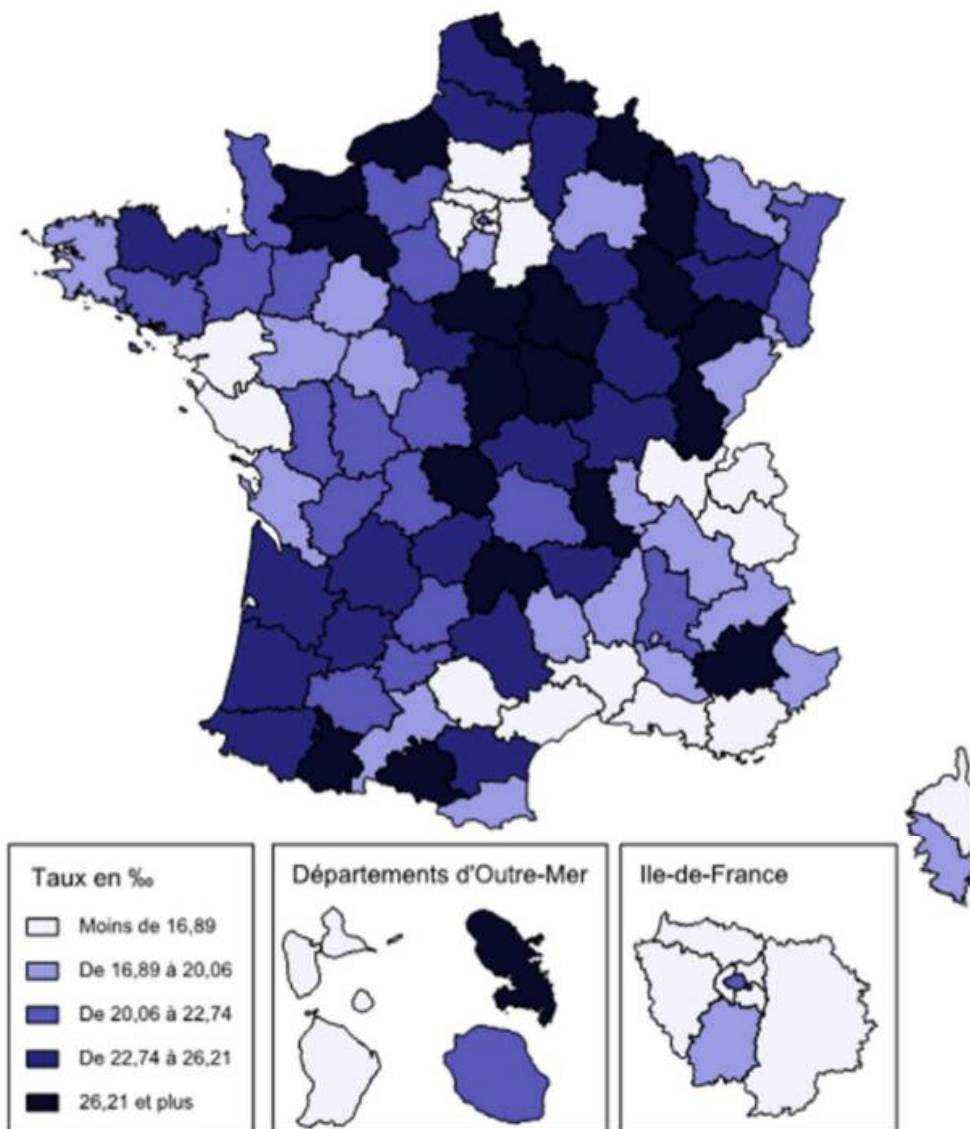
Fig. III.2-2 : Évolution des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2003 à 2013).



Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une mesure en protection de l'enfance, France entière.

Sources : Drees, DPJJ, Insee (estimations de population au 1^{er} janvier 2014, résultats provisoires arrêtés fin 2014), calculs ONPE.

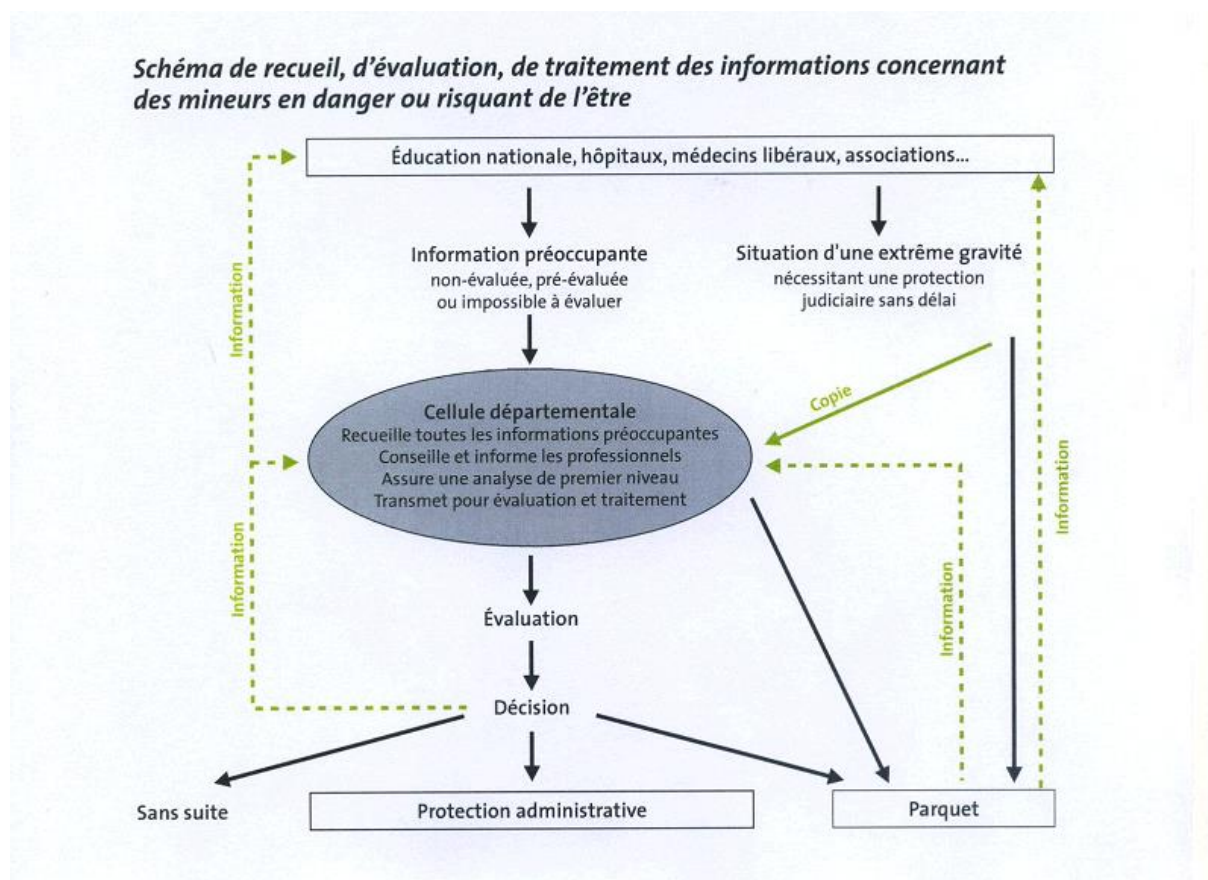
Fig. III.2-4 : Cartographie de la part des 0-17 ans bénéficiant d'au moins une mesure en protection de l'enfance au 31 décembre 2013 (en %).



Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une mesure en protection de l'enfance, France entière.

Sources : Drees, DPJJ, Insee (estimations de population au 1^{er} janvier 2014, résultats provisoires arrêtés fin 2014), calculs ONPE.

Annexe 3 : Schéma de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes



Annexe 4 : Guide d'entretien

Age, Sexe

Enfants, nombre et âge

Année installation

Mode exercice, activité secondaire, formations complémentaires réalisées

Part estimée pédiatrie dans activité

1°) Expérience(s) personnelle(s)

- Expériences de cas de maltraitance d'enfants et gestion des cas
- Difficulté(s) rencontrée(s)
- Personnes/services contactés
- Suites et retours d'informations
- Modification activité/vision en consultation
- Expériences de suspicion de maltraitance dans l'entourage d'un patient et gestion
- Contacts avec des professionnels de la Petite Enfance/Protection de l'Enfance
- Expériences d'adultes évoquant de la maltraitance subie durant l'enfance

2°) Relation médecin patient-enfant

- Type(s) de relation avec les patients
- Impact sur pratique avec patient/avec parent(s) et enfant(s)
- Impact absence du/des parent(s) en consultation
- Impact de la parentalité du médecin avec les patients

3°) Place du médecin généraliste dans le dépistage et prise en charge des enfants

- Rôle du médecin généraliste dans le suivi des enfants
- Rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la maltraitance
- Place du médecin généraliste dans le système de Protection de l'Enfance
- Intérêt de la déclaration médecin traitant pour les enfants

4°) Vision du système de protection enfance en France

- Relation avec les professionnels de la Petite Enfance
- Rôle des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de Protection Maternelle et Infantile/contacts et relations avec ses services
- Avis concernant les démarches d'alerte (information préoccupante et signalement et le(s) freins(s) à leurs réalisations
- Avis concernant le système de Protection de l'Enfance et les axes d'amélioration à envisager
- Avis concernant l'intérêt d'un médecin référent en maltraitance et éventuellement structure à laquelle le rattacher
- Avis concernant les besoins en formation sur le thème de la Petite Enfance/ la Protection de l'Enfance

Difficulté(s) au cours de l'entretien

Parole libre

BIBLIOGRAPHIE

1. Valette-Cagnac E. Etre enfant à Rome. Le dur apprentissage de la vie civique. Terrain Anthropol Sci Hum. 1 mars 2003;(40):49-64.
2. Ayala C de. L'histoire de la protection de l'enfance. J Psychol. 1 déc 2010;n° 277(4):24-7.
3. Cunningham H. Children and Childhood in Western Society Since 1500. Routledge; 2014. 253 p.
4. Becquemin M, Chauvière M. L'enfance en danger : genèse et évolution d'une politique de protection. Enfances Psy. 2013;N° 60(3):16-27.
5. Cunningham H. The Invention of Childhood. Random House; 2012. 325 p.
6. Rousseau JJ. Emile, ou, De l'éducation. Lecointe; 1834. 468 p.
7. Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Enfances Psy. 6 nov 2008;n° 39(2):174-8.
8. Govindama, Yolande, 2016. Les conséquences des maltraitements physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant de 6 mois à 3 ans : émergence d'un syndrome post-traumatique. Rapport. Psychologie clinique. Université de Rouen, 116p. [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aoo2014.govindama_rf.pdf
9. Association Internationale de Pédiatrie Sociale. Historique de l'Association Internationale de Pédiatrie Sociale [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.assips.org/pages/historique.html>
10. Légifrance. Code civil - Article 371-1 [Internet]. Code civil. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000027432064&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20130519>
11. Légifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L112-4 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796427&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20070306>
12. Légifrance. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
13. Code de l'action sociale et des familles - Article L112-3. Code de l'action sociale et des familles.

14. Légifrance. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000509315&categorieLien=id>
15. Organisation des Nations Unies. Convention Internationale relative aux droits de l'enfant (texte intégral) [Internet]. Disponible sur: <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
16. Légifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-3 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207352&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20160316>
17. Légifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20070306>
18. Légifrance. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016-297. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
19. Dini M, Meunier M. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance, Par Mmes Muguette DINI et Michelle MEUNIER, [Internet]. 2014 juin [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>
20. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles, rapport 2015 consacré aux droits des enfants [Internet]. ERES; 2017 [cité 4 juill 2019] p. 81. Disponible sur: <http://www.cairn.info/jeunes-enfants-en-situation-de-handicap--9782749256184-page-81.htm>
21. Direction Générale de la Cohésion Sociale. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. [Internet]. p. 60. Disponible sur: <https://sgen-cfdt.fr/contenu/uploads/2017/12/ACTES-MICLON-HAUTBOIS-PLAN-INTERMINISTERIEL.pdf>
22. Haute Autorité de Santé, Novembre 2014. Maltraitance des enfants : y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger. Questions/réponses. [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf
23. Tableau-1 facteurs de risque susceptibles de fragiliser l'enfant d'après le Guide à l'usage des professionnels, du traitement de l'information préoccupante au signalement, Département du Rhône, juin 2008, 62pp, p 29. [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/protection_enfance/site/html/2.html#notes

24. Sibertin-Blanc D., Vidailhet C., 2008. Maltraitance et enfant en Danger. Module 3 : Maturation et Vulnérabilité - Objectif 37. p.102-114. [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/15.%20MALTRAITANCE%203-37.pdf>
25. Kempe CH, Steele BF, Silver HK. THE BATTERED-CHILD SYNDROME. :12.
26. Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier. 2013. 230 p.
27. Vabres N, Fleury J, Picherot G. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. Rev Prat. 2011;15.
28. Haute Autorité de Santé, Octobre 2014. Rapport d'élaboration Fiche Mémo-maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
29. Haute Autorité de Santé, Juillet 2017. Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
30. La maltraitance des enfants [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2016 [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
31. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MH van, Alink LRA. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. Int J Psychol. 2013;48(2):81-94.
32. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. Child Maltreat. 1 mai 2011;16(2):79-101.
33. Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences [Internet]. UNICEF France. 2017 [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/des-millions-d-enfants-dans-le-monde-victimes-de-violences>
34. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
35. Sethi D, World Health Organization, éditeurs. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013. 115 p.
36. Organisation Mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants- Aide Mémoire N° 150 [Internet]. 2016 [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>

37. 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.* mai 1998;14(4):245-58.
38. Wang C-T. Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States. *Prev Child Abuse Am.* 2007;5.
39. Tursz A. *Les Oubliés.* Seuil. 2010. 432 p.
40. SNATED, 2017. Etude annuelle relative aux appels du SNATED en 2017 [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://oned.gouv.fr/system/files/base_documentaire/etudestat_2017-def131118_web.pdf
41. Observatoire National de la Protection de l'Enfance, Octobre 2016. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf
42. Association l'Enfant Bleu, Enfance maltraitée. Maltraitements des enfants en France : de nouveaux chiffres [Internet]. *L'Enfant Bleu.* 2017 [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://enfantbleu.org/maltraitements-des-enfants-en-france-de-nouveaux-chiffres/>
43. Cellule pour la Protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle. Contribution au rapport d'activité 2017 e la Direction Enfance et Famille du Département de Meurthe-et-Moselle. 2018.
44. La protection maternelle et infantile (PMI) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
45. Légifrance. Code de la santé publique - Article L2111-1. Code de la santé publique.
46. Légifrance. Code de la santé publique - Article L2112-2. Code de la santé publique.
47. Légifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-1. Code de l'action sociale et des familles.
48. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Protection de l'enfance et aide sociale à l'enfance (ASE). UMVF; 2011.
49. Ministère de la Santé et des Solidarité. Guide Pratique-Protection de l'Enfance : La Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf>
50. Qu'est-ce que le parquet ? - Les magistrats Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2018 [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/personnel-judiciaire/magistrats/qu-est-ce-que-parquet.html>

51. Que peut faire un juge des enfants pour protéger un mineur en danger ? [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17777>
52. Les mesures d'investigation [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-penale-11330/les-decisions-judiciaires-pour-les-mineurs-12123/les-mesures-dinvestigation-21091.html>
53. Justice / Portail / Présentation [Internet]. [cité 25 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/presentation-10043/>
54. Protection de l'enfance - Protection de l'enfance et Ecole - Éduscol [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/cid50665/protection-de-l-enfance-et-ecole.html>
55. La protection de l'enfance [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid49632/la-protection-de-l-enfance.html>
56. Le SNATED | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/snated>
57. Le GIP Enfance en Danger | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/gip-enfance-en-danger>
58. L'observatoire départemental de la protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/observatoire-departemental-protection-lenfance>
59. Ordre National des Médecins, 2016. Signalement et information préoccupante : mieux prévenir, mieux signaler, mieux intervenir. [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/signalement_et_information_preoccupante.pdf
60. MG France. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant, référence chiffre CNAM 2002 [Internet]. Syndicat MGFrance. 2014 [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
61. Arlet P, Nicodème R, Delpla P-A, Trapé F, Hanaire-Broutin H, Cadroy S. Item n° 1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. [Internet]. [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf
62. Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques: annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2008 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf

63. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. juill 1988;26(7):657-75.
64. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
65. Griffin SJ, Kinmonth A-L, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to Alter the Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials. *Ann Fam Med*. nov 2004;2(6):595-608.
66. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble - Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013 oct p. 76.
67. Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. *Médecine* [Internet]. 1 sept 2006 [cité 23 mai 2017];2(7):330-3. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/l_accord_mutuel_librement_consent_i_dans_la_decision_medicale__270591/article.phtml?tab=texte
68. Moujmid-Ferdjaoui (N.), Carrère M. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Rev Fr Aff Soc*. 2000;La démocratie sanitaire n°2:73-88.
69. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble. *Bull Médecins Suisses*. :9.
70. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor–parent–child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Educ Couns*. 1 sept 2002;48(1):5-14.
71. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care*. janv 1990;28(1):19-28.
72. Grand A, Grand-Filaire A, Bocquet H, Clement S. Caregiver Stress: A Failed Negotiation? a Qualitative Study in South West France. *Int J Aging Hum Dev*. 1 oct 1999;49(3):179-95.
73. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé 2. Deuxième édition. Préfaces, introduction et chapitre un. [Internet]. Deuxième édition. 2016 [cité 27 sept 2018]. 17 p. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/293827466_La_communication_professionnelle_en_sante_2_Deuxieme_edition_Prefaces_introduction_et_chapitre_un
74. Dolto F. Tout est langage. Gallimard. 1995. 156 p.
75. Epelbaum C, Visier J-P. La personnalisation de la prise en charge médicale.
76. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient, Summary. *Santé Publique*. 2007;19(3):241-52.

77. Cash Investigation. Enfants placés : les sacrifiés de la République Soirée spéciale [Internet]. Cash Investigation. France Télévision; 2019 [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.francetelevisions.fr/pac-enfants-places>
78. Gilbert R, Spatz Widow C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet* [Internet]. 3 janv 2009 [cité 3 avr 2017];373(9657):68-81. Disponible sur: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61706-7/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61706-7/fulltext)
79. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes [Thèse de doctorat]. [Grenoble]: Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
80. Conseil National de l'Ordre des médecins. Bulletin national de l'ordre des médecins, 2002. 2002;
81. Greco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale : bases pour améliorer la formation. | Base documentaire | BDSP [Internet] [Thèse de doctorat]. [Faculté de médecine Paris Sud]: Université Paris XI; 2013 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/475926/>
82. Flaherty E, Jones R, Sege R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse Negl* [Internet]. sept 2004 [cité 29 mars 2017];28(9):939-45. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213404001838>
83. Flaherty E, Sege R, Hurley T. Translating Child Abuse Research Into Action | SUPPLEMENT ARTICLES | Pediatrics. *Pediatrics* [Internet]. sept 2008 [cité 29 mars 2017];122(Supplément 1). Disponible sur: http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_1/S1.long
84. Troxler G, Hofner M-C, Lutz N. Bilan à 10 ans d'une série d'enfants -victimes avérées ou à risque significatif de maltraitance et impact sur la relation patient-pédiatre. *Swiss Paediatr*. 2011;22(4):4.
85. Turcz A., Juin 2014. Rapport du Comité de suivi du Colloque National sur les Violences faites aux Enfants : Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
86. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
87. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo: maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014 [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
88. Jain A, Khoshnood B, Lee K, Concato J. Injury related infant death: the impact of race and birth weight. *Inj Prev*. juin 2001;7(2):135-40.

89. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial Differences in the Evaluation of Pediatric Fractures for Physical Abuse. *JAMA*. 2 oct 2002;288(13):1603-9.
90. Najdowski CJ, Bernstein KM. Race, social class, and child abuse: Content and strength of medical professionals' stereotypes. *Child Abuse Negl*. déc 2018;86:217-22.
91. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1 avr 2005 [cité 11 août 2019];29(4):307-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213405000621>
92. Mataigne E. Mineurs en danger en France: place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge [Internet] [Thèse de doctorat]. Université de Lorraine; 2013 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_MATAIGNE_WEISSE_EMILIE.pdf
93. Tursz A. Maltraitance à la petite enfance: un phénomène sous estimé que les médecins doivent apprendre à reconnaître. *La Revue du Praticien* [Internet]. mai 2011 [cité 3 avr 2017];61:652. Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/RDP/2011/5/RDP_2011_5_652.pdf
94. Tursz A. Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. *La Revue du Praticien*. mai 2011;61:658-60.
95. Enfants en danger en France: comment agir, une fois le risque identifié? *Prescrire*. juillet 2019;329:535-40.
96. BEUCHOT MALZAC V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes bitterrois dans la prise en charge : enquête qualitative. [Thèse de doctorat]. Université de Montpellier; 2011.
97. Tursz A. Rapport du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants [Internet]. 2014 juin [cité 8 août 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
98. Haute Autorité de Santé. MALTRAITANCE DES ENFANTS: y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger [Internet]. 2014 nov [cité 8 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf
99. Goodyear-Smith F. Should New Zealand introduce mandatory reporting by general practitioners of suspected child abuse? NO. *J Prim Health Care* [Internet]. mars 2012 [cité 2 mars 2017];1(4):77-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22377555>
100. Borres MP, Hägg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatr Int* [Internet]. avril 2007 [cité 2 mars 2017];49(2):177-82. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17445035>

101. Talsma M, Bengtsson Boström K, Östberg A. Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care* [Internet]. Février 2015 [cité 2 mars 2017];33(1):21-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25676563>
102. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery--will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* mars 1998;22(3):159-69.
103. Sigad LI, Beker G, Lev-Wiesel R, Eisikovits Z. "Alone with our interpretations": Uncertainty in child abuse intervention among healthcare professionals. *Child Youth Serv Rev.* mai 2019;100:206-13.
104. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not to report. Physicians' attitudes toward discipline and child abuse. *Am J Dis Child* 1960. févr 1985;139(2):194-7.
105. Saulsbury FT, Campbell RE. Evaluation of child abuse reporting by physicians. *Am J Dis Child* 1960. avr 1985;139(4):393-5.
106. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mai 2000;154(5):489-93.
107. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc.* avr 2005;5(2):96-101.

RÉSUMÉ

Introduction : L'Enfance en Danger est un problème de Santé Publique majeur qui toucherait environ 10% des enfants. Paradoxalement, elle ne représente qu'une partie très marginale de la pratique et de l'activité des médecins généralistes français. Ces mêmes médecins généralistes sont très peu impliqués dans le signalement des cas de maltraitance infantile.

Méthodes : étude qualitative auprès de 19 médecins généralistes installées en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges avec recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés avec analyse par triangulation des données selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Plusieurs freins expliquent cette situation notamment la mauvaise connaissance du système de protection de l'enfance, le défaut de formation, le sentiment de proximité des médecins avec leurs patients, certaines barrières psychologiques et préjugés ainsi que les difficultés de communication entre professionnels.

Conclusion : Afin de faciliter leurs démarches dans les situations d'Enfance en (risque de) Danger, ils mettent en avant la nécessité d'améliorer la communication entre les acteurs, d'avoir recours à un médecin référent en maltraitance, de revoir leurs formations, de promouvoir le suivi régulier des enfants.

TITRE EN ANGLAIS : The vision of the child protection system by general practitioners in Meurthe-et-Moselle and Vosges (France) : about a qualitative study analysing issues in general practice to report child abuse.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2019

MOTS CLÉS : Mots MESH: maltraitance des enfants/enfance en danger, médecine générale, signalement de maltraitance, protection de l'Enfance, étude qualitative.
Mots MESH en anglais : child abuse, general practice, reporting abuse, child protection, qualitative study

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
