



HAL
open science

**Connaissances par les professionnels de soins primaires
et les travailleurs sociaux, diplômés ou en formation, des
éléments nécessaires à la rédaction d'une information
préoccupante caractérisant la situation d'un mineur en
danger**

Marjorie Voinot

► **To cite this version:**

Marjorie Voinot. Connaissances par les professionnels de soins primaires et les travailleurs sociaux, diplômés ou en formation, des éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante caractérisant la situation d'un mineur en danger. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04042758

HAL Id: hal-04042758

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042758>

Submitted on 23 Mar 2023

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

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



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par VOINOT Marjorie

Le 6 Septembre 2022

Connaissances par les professionnels de soins primaires et les travailleurs sociaux, diplômés ou en formation, des éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante caractérisant la situation d'un mineur en danger

Membres du jury :

Professeur Olivier MOREL	Président
Professeur Bernard KABUTH	Juge
Docteur Elodie MARCHAND	Juge
Docteur Antoine CANTON	Juge
Docteur Norbert STEYER	Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY**

Présidente de l'Université de Lorraine :

Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER et Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

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 - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD -

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL -

Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT -

Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND -

Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET -

Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -

-

Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faïez 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 – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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 David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

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 LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3° sous-section : *Immunologie*

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

4° sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

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° sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5° sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

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 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 CHIRURGIE 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

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 Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - 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° sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive*

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : *Néphrologie*

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° 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° 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 Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : *Chirurgie infantile*

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° 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 - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : *Ophthalmologie*

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° 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

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : *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

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 Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : *Physiologie*

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45^e 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^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Docteure Isabelle THAON

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

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

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

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : *Génétique*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

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

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

Docteur Philippe GUERCI

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

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

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

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° sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*

Docteur Anthony LOPEZ

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

1° sous-section : *Pédiatrie*

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

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

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55^e 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

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
53^e Section, 3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

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)

Remerciements

À notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Olivier MOREL,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Gynécologie-Obstétrique

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je vous remercie sincèrement de votre confiance et de l'intérêt porté à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Pédopsychiatrie et Addictologie

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie de votre temps et de votre intérêt porté à ce sujet.

Veillez recevoir à cette occasion le témoignage de ma profonde considération.

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur MARCHAND Elodie,

Cheffe de service de Médecine Légale au CHRU de NANCY

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Antoine CANTON,

Maitre conférencier des Universités de Médecine Générale,

Médecin Généraliste à Villers-lès-Nancy

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous suis reconnaissante d'apporter vos connaissances à l'évaluation de ce travail.

Je vous prie d'accepter ma respectueuse considération.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Norbert STEYER,

Médecin Généraliste à Talange,

Merci de votre gentillesse, votre disponibilité et vos nombreux encouragements.

Votre encadrement, vos intuitions et votre sens de l'écriture scientifique ont largement permis l'élaboration de cette thèse. J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes.

J'espère, tout comme vous, que ce travail permettra d'améliorer l'accompagnement des enfants en danger.

Veillez trouver l'expression de ma profonde gratitude.

À toutes les personnes qui ont participées à ce travail,

À tous les professionnels de la CRIP de METZ, je vous remercie pour votre disponibilité et pour votre accueil. Vos réflexions et remarques pertinentes ont largement contribuées à ce travail.

À mes collègues médicaux et paramédicaux,

Aux équipes de l'hôpital de Legouest où de belles amitiés sont nées. Traverser l'aube puis la tempête d'une pandémie mondiale à vos côtés sera un souvenir permanent. Malgré ces heures sombres et ces moments difficiles je n'oublierai jamais cette solidarité. Un immense merci au Docteur Christopher REIN pour ses apprentissages théoriques et pratiques, une pédagogie et un sens aiguë de la clinique que je n'oublierai jamais.

Aux équipes de l'hôpital gériatrique du Kem. Une équipe soudée face à l'adversité, une cohésion à laquelle je suis fière d'avoir participé, je ne vous oublierai jamais. Merci aux Docteurs ADJROUD, BERTRAND, DIESEL et POLINE pour vos apprentissages. J'ai appris au contact de chacun et chacune d'entre vous, ce fut un réel plaisir d'avoir travaillé à vos côtés.

À mes premiers et derniers maîtres de stage universitaire, aux Docteurs BERGMANN, MASSON, OLIOT, RICHERT, RUEL et STAAL. Vous m'avez accompagnée dans l'apprentissage de cette belle spécialité qu'est la médecine générale, vous m'avez beaucoup apporté. Un remerciement particulier au Docteur BAPTISTE, exemple de dévouement et d'empathie sachant associer humanisme et rigueur médicale, pour avoir su m'apporter la confiance qui me manquait à mes débuts.

Merci au Docteur LEMARIE pour vos conseils et votre aide bibliographique, ce fut un réel privilège d'avoir bénéficié de vos enseignements.

À ma famille,

À mes parents, merci de m'avoir transmis vos valeurs, d'avoir toujours cru en moi, bien plus que moi-même. Merci pour vos sacrifices conséquents et votre soutien indéfectible, sans vous je ne me serais jamais cru capable de cela.

À mes sœurs, Charlotte pour ton aide, ta manipulation des chiffres et ton regard logique, tu as beaucoup contribué à ce travail. A Axelle pour ta précieuse relecture, ta rigueur et ton abnégation indéfectible. Merci de votre soutien sans faille, je suis tellement fier de vous.

À Mathieu, mon conjoint, ma force, ma moitié. Tu as vécu l'externat puis l'internat par procuration, merci d'avoir supporté toutes ces sautes d'humeurs, ces moments de joies et de doutes. Tu as largement démontré que tu savais être patient et compréhensif devant toutes ces épreuves traversées ensemble. Merci d'embellir mon quotidien et de toujours réussir à me faire rire. Sans ta présence ces sacrifices n'auraient que peu de sens.

À mes cousins et cousines, à tonton et tata : « Toujours pas fini ? ».

A ma grand-mère et mon grand-père qui me contemplent de là-haut, je regrette que vous ne m'ayez pas vu devenir docteur. A ma grand-mère et mon grand-père qui me contemplent d'ici, j'espère vous rendre fier.

À ma belle-famille, merci pour votre soutien à toute épreuve depuis toutes ces années, pour tous ces moments de convivialité passés ensemble. Vous qui m'avez vu grandir, de jeune externe au médecin d'aujourd'hui.

À mes amis,

À mes Z., mes compagnons de joie, mes amis de galère. Merci Amandine, Arnaud, Céline, Emmanuel, Estelle et Justine. Tous ces moments passés ensemble dans cette faculté et en dehors me laisse de beaux souvenirs. Vous avez embelli ces années, vous êtes de merveilleux médecins.

Merci à Marylou, rencontre décisive de P2, pour ta bonne humeur permanente et tous ces fous rires. Ta belle énergie est très importante pour moi.

Merci à Mathilde, Pauline et Pierre, mes co-internes et amis fabuleux, ce semestre Covid à vos côtés fut une magnifique expérience. Nous avons tenu un rythme effréné ensemble et je ne vous oublierai jamais.

À Aurélien, Emmanuelle et Thomas, tout a commencé avec vous. De l'ambition à la réalisation, vous y avez toujours cru et m'avez toujours soutenu. Alors même que j'ai manqué tellement de chose, vous ne m'avez jamais reproché ces sacrifices. J'espère être à la hauteur de votre soutien, vous pourrez toujours compter sur moi.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SOMMAIRE

Résumé de la thèse anglais.....	29
I. PREAMBULE.....	30
1) Importance du phénomène	30
1.1. Des constats nationaux alarmants.....	30
1.2. Des constats locaux édifiants	32
2) Des moyens de protection contre les violences aux enfants.....	32
2.1. La protection législative.....	32
2.2. Le 119, Service National d'Accueil Téléphonique.....	34
2.3. L'Observatoire National de l'Enfance en Danger.....	34
2.4. L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance.....	35
2.5. Les Cellules de Recueil de l'Information Préoccupante.....	36
3) Professionnels de soins primaires et violences sur mineurs.....	41
3.1. La thèse sur non-repérage par les professionnels de soins primaires des violences sexuelles sur mineurs.....	41
3.2. L'objet du Colloque.....	43
II. ARTICLE.....	45
1) Introduction.....	45
1.1. Les enquêtes.....	45
1.2. La législation.....	45
1.3. Les outils à disposition des professionnels.....	46
1.4. Les Cellules Départementale des Informations Préoccupantes ou Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes.....	47
2) Matériel et méthode.....	48
2.1. Un colloque.....	48
2.2. Une enquête minute.....	48
2.3. L'analyse des IP.....	48
2.3.1. L'analyse quantitative.....	48
2.3.2. L'analyse qualitative.....	49
3) Résultats.....	50
3.1. Les informations préoccupantes recueillies.....	50
3.1.1. La population étudiée.....	50
3.1.2. Caractéristiques de la population étudiée.....	50
3.1.3. Caractéristiques des informations préoccupantes recueillies.....	54
3.1.3.1. L'étude quantitative.....	54
3.1.3.1.1. Description globale.....	54
3.1.3.1.2. L'étude qualitative.....	63
3.1.3.2.1. Le registre du vocabulaire utilisé.....	63
3.1.3.2.2. Les spécificités retrouvées selon les filières professionnelles.....	66
3.1.3.2.3. Les spécificités retrouvées dans le groupe des étudiants.....	69
3.1.3.2.4. Les attitudes et expressions des participants.....	69
4) Discussion.....	70
4.1. Les éléments les plus marquants des résultats.....	70
4.1.1. Les données de l'étude quantitative.....	70
4.1.2. L'étude qualitative.....	71
4.2. Validité du travail.....	71
4.2.1. Faiblesses de l'étude.....	71
4.2.2. Forces de l'étude.....	72
4.2.3. Le choix des critères retenus pour classer les IP.....	72
4.3. Discussion des résultats.....	73
4.3.1. Analyse des référentiels métier et des programmes de formation.....	73
4.3.2. Apport de l'exercice professionnel.....	74

4.3.3. Analyse des résultats de l'étude quantitative et qualitative.....	76
4.3.3.1. Réflexions sur les apports de l'étude quantitative.....	76
4.3.3.2. Réflexions sur les apports de l'étude qualitative.....	77
4.3.3.3. Regard sur les participants au colloque n'ayant pas souhaité rédiger d'IP...	79
4.3.3.4. Importance de la méconnaissance de l'IP.....	80
4.3.4. Qualités d'une information préoccupante attendues par la CRIP.....	80
4.3.4.1. Des éléments essentiels.....	81
4.3.4.2. Des éléments complémentaires.....	81
4.3.4.3. Autres points importants.....	82
4.3.4.4. Un plus large champ d'action.....	82
4.3.5. Divergences et commentaires.....	82
4.3.6. Un cadre national de référence.....	83
4.4. Influence des qualités et des imperfections des IP sur le devenir.....	84
4.5. Les erreurs à ne pas commettre.....	85
4.6. Des guides pour la rédaction d'une IP.....	86

III. CONCLUSION.....87

Tables des encarts

Encart numéro 1 – Les lois.....	45
Encart numéro 2 – L'information préoccupante.....	46
Encart numéro 3 – Le certificat.....	46
Encart numéro 4 – Le signalement.....	47

Tables des figures

Figure numéro 1 – Schéma « Caractéristiques du 119 »	34
Figure numéro 2 – Présentation du GIPED.....	35
Figure numéro 3 - Evolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2009 à 2018)	36
Figure numéro 4 - Schématisation du cheminement de l'information préoccupante au sein de la CRIP.....	39
Figure numéro 5 - Représentation synthétique de notre population de professionnels en exercice.....	53
Figure numéro 6 - Représentation analytique de notre population.....	53
Figure numéro 7 - Pourcentage d'IP appropriées par groupe de professionnels.....	55
Figure numéro 8 - Pourcentage d'IP appropriées par groupe d'étudiants.....	56
Figure numéro 9 - Pourcentage d'IP appropriées par profession.....	57
Figure numéro 10 - Répartition des IP appropriées selon les domaines professionnels.....	60
Figure numéro 11 - Nuage des mots extraits du vocabulaire utilisé dans l'écriture des IP pour exprimer la façon dont l'enfant s'est confié au professionnel.....	64
Figure numéro 12 - Nuage des mots retrouvés dans les écrits des professionnels, exprimant leur perception des faits préoccupants qui leur ont été confiés	65
Figure numéro 13 - Nuage des mots pondérés utilisés par les professionnels dans leurs écrits	65
Figure numéro 14 - Nuage de mots pondérés qualifiant les faits utilisés par professionnels médicaux et paramédicaux.....	66
Figure numéro 15 - Nuage de mots pondérés utilisés pour qualifier la situation au sein de la profession juridique.....	67
Figure numéro 16 - Nuage de mots pondérés utilisés pour qualifier la situation au sein des professionnels de l'éducation.....	67
Figure numéro 17 - Nuage de mots pondérés utilisés par les étudiants pour qualifier la situation de l'enfant.....	69

Tables des tableaux

Tableau numéro 1 - Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles d'après l'enquête Virage.....	31
Tableau numéro 2 - Chiffres des IP, signalement et classement sans suite de la CRIP METZ, Année 2019 Source : Secrétariat CRIP METZ.....	32
Tableau numéro 3 - Répartition de notre population.....	54
Tableau numéro 4 - Répartition des IP appropriées selon les domaines professionnels.....	60
Tableau numéro 5 - Répartition des IP appropriées selon les professionnels sociaux, de l'éducation et de la santé.....	61
Tableau numéro 6 - Répartition des IP appropriées selon les professionnels sociaux et de la santé.....	61
Tableau numéro 7 - Répartition des IP appropriées selon les professionnels sociaux et de l'éducation.....	61
Tableau numéro 8 - Répartition des IP appropriées selon les professionnels de la santé et de l'éducation.....	62
Tableau numéro 9 - Résultats des Khi2 par comparaison des professions.....	62
Tableau numéro 10 - Comparaison des résultats entre professionnels de santé et étudiants en santé.....	63

Bibliographie.....	91
--------------------	----

Documents utilisés pour réflexion.....	94
--	----

Annexes.....	96
--------------	----

Annexe 1 – Résumé de la thèse du Docteur ANDREANI.....	96
Annexe 2 – Données de l'étude quantitative.....	97
Annexe 3 – Effectifs des participants et calcul des taux de participations.....	99
Annexe 4 – Données qualitatives.....	100
Annexe 5 – Les données de la CRIP de METZ.....	104
Annexe 6 – Annuaire des centres de protection de l'enfance au sein du département de la Moselle.....	105
Annexe 7 – Flyer de présentation de la CRIP de Moselle.....	106
Annexe 8 – Détails des lois encadrant la protection de l'enfance.....	108
Annexe 9 – Traduction française des lignes directives STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles.....	109

Résumé de la thèse.....	112
-------------------------	-----

Mots-clés

Violences sexuelles chez l'enfant/child sexual abuse,

Agressions sexuelle/sexual assault

Acte de délinquance sexuelle/sex offenses,

Santé de l'enfant/child health,

Défense des droits de l'enfant/child advocacy,

Protection de l'enfance/child welfare

Information préoccupante/Worrying information

Références MeSH

Santé infantile/Infant health

Infraction sexuelle/Sex offenses

Protection infantile/Infant Welfare

Déclaration obligatoire/Mandatory Reporting

Viol/Rape

Listes des abréviations

CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CDIP	Cellule département des informations préoccupantes
IP	Information préoccupante
INED	Institut national d'étude démographique
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
SF	Sage-femme
BLPF	Brigade locale de protection des familles
PMI	Centre de protection maternelle et infantile
ONED	Observatoire national de l'enfance en danger

Résumé de la thèse anglais

Knowledge by primary care professionals and social workers, graduates or trainees, of elements necessary to write worrying information of concern characterizing the situation of a minor in danger. Exploitation of a minute survey among professionals.

Introduction: The figures on violence against minors are worrying, revealing that 15% of women and 4% of men report at least one form of sexual assault in their lifetime. For 40% of the women and 60% of the men reporting these assaults before their fifteenth birthday. The role of health professionals and social workers in contact with minors is fundamental for the earliest possible adapted care, which can be put into play by the drafting of a worrying information. Are these professionals aware of this system? Do they know how to make good use of it?

Objective: To determine the knowledge of primary care professionals and social workers, graduates or trainees, concerning drafting of a worrying information.

Method: This is a quantitative and qualitative analysis of data from a minute survey conducted during a conference dedicated to the consequences of sexual violence on minors. When professionals in contact with minors, whether they are in practice or in training, confronted with the confidences of a child expressing an experienced situation evoking sexual violence are invited to write a worrying information. The worrying information written is analyzed and classified as appropriate or inappropriate to the situation, according to quality criteria and according to the professional fields. The qualitative study of the collected verbatim reflects the perception of facts and reactions of professionals.

Results: Out of 451 symposium participants, 326 written WI could be analyzed. 175 of WI did not meet the expected criteria, illustrating the inexperience of the professionals. Compliance with rules for writing worrying information (WI) was similar regardless of professional background, with some non-significant differences.

The qualitative study provides a better understanding of the participants' reactions. The concepts of assault and rape were the most frequently used verbatims. The analysis reflects the framework of reflection in which the professional operates. The health professional inscribes his or her approach in care and are clumsy in the institutional and legal frameworks. The social worker engages his action in the protection of the minor which is one of his missions. Police and judicial personnel have a different approach focused on protection of the minor and the repression of criminal acts.

Conclusion: The lack of training in the use of the worrying information (WI) is a globally shared characteristic despite the laws of March 5, 2007 and March 14, 2016 requiring all professionals in contact with minors to be trained in child protection. Our work reminds us of these fundamental elements, while knowing that the reception of minor and his or her attentive listening with in a spirit of ethics are guarantees quality of the WI.

Préambule

1. IMPORTANCE DU PHENOMENE

1.1 Des constats nationaux alarmants

1.1.1 -Selon le rapport de la Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles publié en 2019 en France¹ :

- **Des morts violentes :**

Un enfant meurt tous les 5 jours sous les coups d'un adulte. La moitié de ces victimes ont moins d'un an. Ce rapport résulte du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019). Il y est rapporté que « plus de la moitié des enfants concernés par l'étude avaient subi avant leur mort des violences graves et répétées et, souvent, des signes de violences avaient été repérés par des professionnel·les. Dans bon nombre de situations, la maltraitance ou son risque auraient pu être détecté si l'on avait rapproché plusieurs signaux d'alerte visibles pour en faire la synthèse. » C'est ce constat qui conduit à l'impérative nécessité de mieux organiser l'échange des informations au sein de chaque service médico-social, de l'éducation nationale, de la police.

- **Des violences de tous ordres :**

D'après les chiffres gouvernementaux², émanant du ministère de l'Intérieur, les statistiques de la délinquance en 2019 font apparaître une augmentation significative des coups et blessures (+8%). Ces faits relèvent essentiellement de violences intrafamiliales qui représentent plus de la moitié de cette hausse. Le nombre de victimes d'homicides enregistrées est également en hausse (+4 % sur un an).

- **Des agressions sexuelles :**

Une étude rétrospective diligentée par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) et dénommée VIRAGE (Violence et RApport de Genre) réalisée entre 2010 et 2015, fait état de chiffres alarmants :

Sur un échantillon de 27 268 femmes et hommes, représentatif de la population âgée de 20 à 69 ans, vivant en ménage ordinaire, en France métropolitaine, ce sont 14,47% des femmes qui déclarent au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie et 3,94% des hommes³.

- **Des jeunes victimes :**

Lorsqu'il s'agit de viols ou tentatives de viols, les faits surviennent avant l'âge de 15 ans pour 40% de ces actes déclarés par les femmes et de 60% pour ceux déclarés par des hommes. Plus d'un quart des femmes et un tiers des hommes déclarent que les viols et tentatives de viol ont commencé avant leur onzième anniversaire⁴.

Tableau 1 - Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles d'après l'enquête Virage³

Tableau 9 : Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles (hors harcèlement ou exhibitionnisme) au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en %.

Groupe d'âge	Viol et tentative de viol		Autres agression sexuelle	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
0-10 ans	27,0	34,1	23,3	20,4
11-14 ans	11,3	25,1	15,3	17,8
15-17 ans	14,4	16,3	16,3	12,5
18-24 ans	21,3	5,7	19,5	17,2
25 ans & +	25,8	18,8	25,0	32,0
NSP/NVPD⁽¹⁾	0,3	0,0	0,6	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>(Effectif observé)</i>	<i>(632)</i>	<i>(77)</i>	<i>(3 422)</i>	<i>(567)</i>

Source: Ined, enquête Virage 2015.

Champ: Femmes et hommes âgé.e.s de 25 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire, ayant subi au moins une violence sexuelle au cours de leur vie.

1.1.2 -D'après le rapport de l'enquête IVSEA (Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte) réalisée en 2015 : on sait que 81% de l'ensemble des violences sexuelles débutent avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans. Cette enquête a été conduite auprès de 1200 victimes âgées de 15 à 72 ans dans le but de collecter des données de manière rétrospective. L'association « Mémoire traumatique et victimologie » ayant menée l'enquête, part du principe que le phénomène est difficile à chiffrer et que le nombre de plaintes enregistrées n'est pas un reflet de la réalité.

1.1.3 -Selon le rapport annuel de 2020 de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance⁶ établi chaque année depuis 1994

○ **Selon les saisines :**

Sur environ 306 000 mineur.es bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection sur l'année 2019, 110 000 ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants. Les conseils départementaux ont dépensé 8,28 milliards d'euros à la politique de protection de l'enfance, soit près d'un quart de leurs dépenses en aide sociale.

○ **Selon ce même rapport :**

122 mineur.es ont été victimes d'infanticide, 80 sont décédés dans le cadre intrafamilial contre 67 en 2017, deux tiers était âgé.es de moins de 5 ans.

1.1.4 -Selon le rapport du ministère de l'Intérieur : Insécurité et délinquance en 2019⁷

- **Des violences sexuelles :**

Depuis les années 2010, l'augmentation des saisines aux forces de sécurité est constante. De 2017 à 2018 l'augmentation est estimée à 19%, s'agissant très probablement d'un recours plus important des services de police et gendarmerie.

1.1.5 -Selon les organismes de veille :

- **Le numéro 119 ou SNAT, numéro d'appel urgent dédié**

Les données statistiques du 119⁸ rapporte des chiffres édifiants :

- 39 427 appels traités (108 par jour) sur l'année 2020.
- 21 575 d'entre eux ont fait l'objet d'une information préoccupante (59 par jour) soit environ 11% des appels.

- **L'évolution est croissante**

Elle justifie l'importance d'une bonne connaissance des démarches nécessaires à la prise en charge adéquate de ces mineurs.

1.2 Des constats locaux édifiants :

-Les chiffres de la cellule départementale de recueil de l'information préoccupante :

En 2019 en Moselle, environ 3700 enfants ont relevé des missions de l'ONPE, d'après les données recueillies et transmises par la **CRIP** de Moselle. Parmi eux, 1877 situations ont fait l'objet d'une information préoccupante, 1135 d'un signalement et 675 ont été classées sans suite.

Ce sont donc pas moins d'une dizaine d'éléments reçus en moyenne chaque jour dont 5 informations préoccupantes, à qualifier et à traiter par les services de la CRIP.

Informations préoccupantes	Signalements	Classées sans suite	Total
1877	1135	675	3687

Tableau 2 : Chiffres des IP, signalement et classement sans suite de la CRIP METZ, Année 2019

Source : Secrétariat CRIP METZ

Bien que ces chiffres soient importants et qu'ils impressionnent chacun d'entre nous, nous percevons bien qu'ils sont en deçà de la réalité.

2. DES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LES VIOLENCES AUX ENFANTS

2.1 La protection législative

Quatre lois concernant la protection de l'enfance ont profondément révisé ce système d'assistance des mineur-es.

2.1.1 En premier lieu la loi n°89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineur-es et à la protection de l'enfance.

- Depuis cette loi, l'Aide Sociale à l'Enfance a pour mission d'organiser le recueil des informations relatives aux mineur-es maltraité-es et d'organiser leur protection, le numéro national d'accueil téléphonique, le 119, est créé.
- L'article 4 dispose que « les médecins ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs/travailleuses sociaux/sociales, les magistrat-es, les enseignant-es et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent ».

2.1.2 Puis, la loi du 2 janvier 2004 (n°2004-1), crée l'observatoire de l'enfance en danger. Avec le service d'accueil téléphonique, ce dernier forme, le Groupement d'intérêt public.

2.1.3 La loi du 5 mars 2007 (n° 2007-293)⁹ établie en cinq chapitres un nouveau cadre de prise en charge et choisit de placer l'enfant au cœur de ce dispositif.

- L'ensemble des informations recueillies sont centralisées par les services départementaux. **Les CRIP** (Cellule de Recueil des informations préoccupantes) ou **CDIP** (Cellule Départementale des Informations Préoccupantes) selon les départements, sont nées (Article L 226-3 du Code de l'action sociale et des familles). Les mesures sociales sont au premier plan et deviennent une priorité en considérant que la judiciarisation n'est pas profitable à l'enfant. Cette action judiciaire ne doit être dorénavant qu'un second recours en cas d'échec de l'action sociale mais bien entendu également lorsque l'urgence l'exige.

Aucune réforme de cette ampleur n'avait eu lieu sur le territoire depuis plus d'une vingtaine d'années.

- D'après le **guide pratique de la protection de l'enfance écrit par le ministère de la Santé et des solidarités¹⁰**, dans les suites de cette loi, on y apprend que ce nouveau cadre législatif autorise le partage d'informations entre les professionnels·les avec aménagement du secret professionnel.

Ceci ayant pour but de faciliter la communication entre les services en charge des enfants. Dans les faits, la plupart des départements avaient mis en place des dispositifs d'analyse commune des situations, en particulier entre les professionnel·les relevant des services départementaux et souvent des professionnel·les extérieur-es. Ces pratiques, tolérées par l'autorité judiciaire, étaient à la merci d'actions pénales intentées par les parents pour non-respect du secret professionnel.

- Tous les professionnel·les sont intégré·es au traitement de l'information préoccupante dans son intégralité et tout au long de son cursus au sein de la CRIP.

On parle jusqu'ici de secret professionnel et non de secret médical dont il est nécessaire de préciser que ce dernier doit être transmis de médecin à médecin, concernés par la prise en charge et/ou devenant acteur de la prise en charge.

2.1.4 Une autre loi publiée le 15 mars 2016⁹ vient compléter la loi de 2007.

- **Selon l'article 2** « un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'Etat et les communes ».
- La responsabilité de la prise en charge de l'enfant relève donc du président·e du conseil départemental en lien avec toutes les institutions dont il/elle dispose.

2.2 Le 119, Service National d'Accueil Téléphonique

Il a été créé dans les suites de la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989. Il s'agit alors du premier dispositif d'écoute téléphonique en la matière, visant à recueillir directement la parole des mineur·es. Depuis 2003, le 119 est défini comme numéro d'urgence, au même titre que les numéros : 115, 17, 18, 112 et 15, et est donc accessible gratuitement par tous, sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Comme le montre la plaquette d'information de ce numéro, et dans le cadre de sa mission de prévention, le 119 s'adresse aussi aux parents en difficulté.



Figure 1 - Schéma "Caractéristiques du 119" GIPED⁸

Ce service d'accueil gratuit des appels contribue à la protection des mineurs vulnérables au niveau national.

2.3 L'Observatoire National de l'Enfance en Danger

Créée en 2004, l'ONED vise à pallier le manque de données concernant l'enfance tant en amont qu'en aval des interventions ou pratiques de protection. Un rapport annuel était soumis chaque année au gouvernement ainsi qu'au Parlement. En 2016, suite à la loi du 14 mars, l'ONED devient l'ONPE ou Observatoire National de Protection de l'Enfance.

2.4 L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance

L'ONPE est associé au Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNAT ou 119). Ils forment ensemble le GIPED ou Groupement d'Intérêt Public de l'Enfance en Danger, instance gouvernementale financée à parité entre l'Etat et les départements.

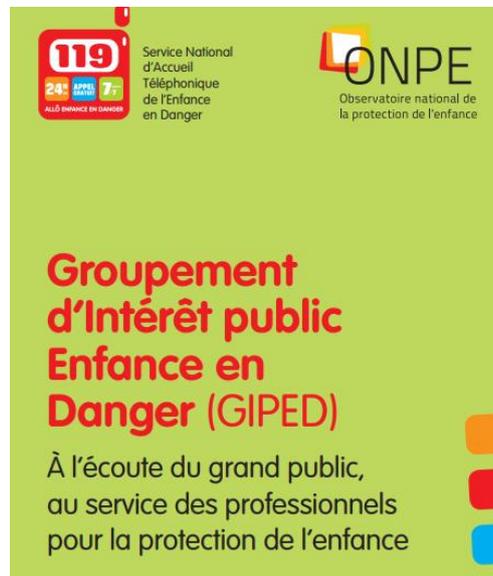


Figure 2 - Présentation du GIPED

- **Les missions :**

Les pouvoirs publics ont confié principalement à ce service des missions de prévention, de protection mais également de transmission. En effet, comme nous le verrons par la suite, ce service national travaille en étroite collaboration avec les institutions départementales de protection de l'enfance (notamment avec les Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes).

- **Le dispositif :**

Il est conséquent et requiert environ 80 agents capables de conseiller, orienter et traiter les différentes demandes et sollicitations. Qu'ils soient psychologues, juristes ou travailleurs/travailleuses sociaux/sociales, tous travaillent ensemble.

- **Les organismes successifs :**

Ils sont gérés et financés par l'Etat, ce qui leurs confère également des obligations légales : collectes de données statistiques, travaux d'études, et signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs.

Les données statistiques gouvernementales émanent de l'ONPE. Elles ont un recul d'environ 16 ans. Leurs objectifs sont à la fois d'améliorer les connaissances sur la protection de l'enfance en s'appuyant sur des données chiffrées mais également de soutenir tous les acteurs/actrices entrant en jeu dans ce cadre.

Figure 3. Évolutions des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2009 à 2018)

Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une prestation/mesure en protection de l'enfance, France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Drom), hors Mayotte.

Sources : Drees, DPJJ, Insee (estimation de population au 1^{er} janvier 2018, résultats provisoires arrêtés fin 2018), ministère de la Justice, calculs ONPE.

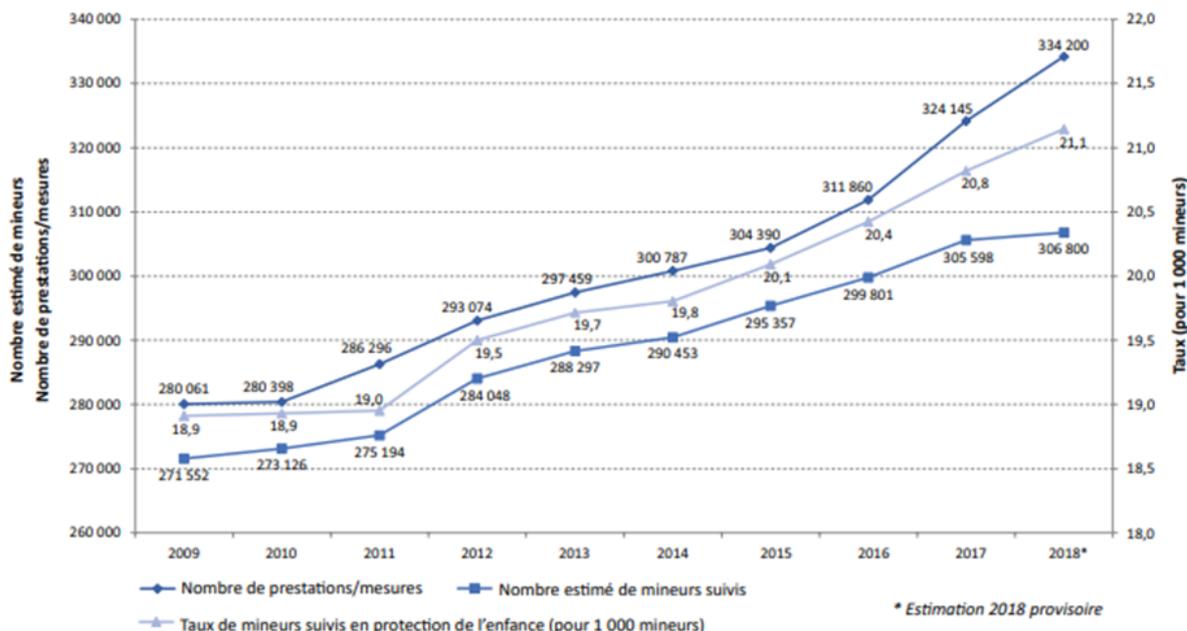


Figure 3 - Evolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2009 à 2018)⁸

2.5 Les Cellules de Recueil de l'Information Préoccupante (CRIP)

○ L'information préoccupante

Les situations concernées sont multiples. Elles concernent tout ce qui pourrait faire penser qu'un·e mineur·e puisse être en situation de danger. En sachant qu'une IP peut être transformée par la suite en signalement si les services sociaux ou médico-sociaux le jugent nécessaire.

L'information préoccupante constitue un écrit officiel rédigé et signé comportant toute information ou élément factuel, émanant de n'importe quelle instance, professionnel·le de soin, praticien·ne libéral·e ou hospitalier·e, professionnel·le de l'enfance, partenaires sociaux ou même citoyen·nes, pouvant faire croire qu'un enfant se trouve dans une situation de danger ou de risque de danger. Elle peut comporter des éléments médicaux mais non obligatoirement. Elle peut faire écho à un doute, même minime. Tout·e professionnel·le comme tout civil n'a pas à apporter la preuve de ce qu'il suspecte.

Une fois cette information transmise à la CRIP de secteur, cette dernière fera toujours l'objet d'une évaluation et sera toujours prise en compte.

Ce dispositif n'a pas été créé dans un objectif de mesure de sanction et ne doit pas être perçu comme un jugement. L'IP s'inscrit dans une volonté d'action pédagogique afin d'apporter de l'aide à ces familles dont la situation est souvent fragile.

Ces familles font parfois face à des problématiques multiples (précarité, chômage...) pouvant créer des situations de maltraitance sans que cela ne soit directement provoquée par la volonté même du parent en question. Mais pour bien fonctionner, ce dispositif d'aide à l'enfance doit recueillir des informations sans distorsion.

- ***L'IP doit être différenciée du signalement***

Le signalement est un écrit où le/la praticien·ne atteste de ce qu'il voit. Il est initié par le certificat médical. Le document a une valeur médico-légale et peut être utilisé lors d'une procédure judiciaire. **Il peut servir de preuves aux instances juridiques afin de prononcer une sanction.** Un signalement engage la **responsabilité de son rédacteur**. Il n'est pas un certificat. Le certificat est établi à la demande du patient et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit. Par contre, le signalement est adressé directement au procureur·e de la République.

Son recours est totalement différent de celui de l'information préoccupante. Le signalement a toute sa place lors d'une situation de danger avec preuve incontestable de violence. L'article 44 du Code de déontologie médicale¹¹ impose au médecin de protéger le/la mineur·e et de signaler les sévices dont il/elle est victime. L'article 226-14 du Code pénal¹² délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le/la procureur·e de la République.

C'est l'objectif même du signalement dont la transmission se fait directement par le médecin au procureur·e, en s'assurant de la bonne réception du document et en en conservant un double.

Le signalement engage une responsabilité du praticien·ne et fait l'objet d'un certificat. Une information préoccupante relate une suspicion.

- ***Le recueil des informations préoccupantes***

Les CRIP, sont des instances départementales créées dans les suites de la loi du 5 mars 2007¹⁰. Dans la continuité de cette volonté de décentraliser le traitement des données il a donc été nécessaire de créer de telles structures dans chaque département.

- ***Quelles sont leurs rôles ?***

La cellule de chaque département rassemble et traite toutes les informations préoccupantes ou toute information reçue pouvant faire état de la situation d'un·e mineur·e en danger ou suspect de l'être. Elle reçoit donc tous les écrits reçus par voie postale et peut rédiger elle aussi une information préoccupante lorsque cela émane d'appels téléphoniques reçus non spécifiques à la CRIP. Elle traite aussi secondairement les appels reçus au numéro 119 qui est un service national d'accueil téléphonique de l'Enfance en Danger qui transmet aux CRIP de chaque territoire les comptes-rendus rédigés lors des appels qui relèvent du département.

Elle a pour principale mission d'évaluer ces informations. Elle articule les différents services du département : l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), PMI (Protection Maternelle et Infantile), les juridictions (notamment les différents parquets), mais également tous les partenaires susceptibles de la solliciter (services sociaux, professionnel·les de l'Education Nationale, services publics, associations, médecins, hôpitaux...).

La cellule départementale de Moselle insiste sur le fait qu'elle ne pratique pas d'enquêtes mais des évaluations de situations difficiles.

Si le doute subsiste chez un·e professionnel·le qui ne sait pas quelle attitude adoptée face à une situation

complexe, il/elle y trouvera les réponses à ses questions. La cellule départementale est un lieu d'échange et de conseil avant l'établissement d'une IP. Elle se veut à l'écoute de tout·e professionnel·les qui la sollicite directement.

- *Qui peut saisir la CRIP ?*

N'importe quel·le citoyen·ne ou tout·e professionnel·le qui lors de son exercice peut être amené·e à constater ou suspecter des faits de négligences ou maltraitements sur mineur·es.

- *Comment la saisir ?*

Il existe quatre types de recours possible pour se manifester auprès de la cellule départementale.

- En premier lieu, citons le moyen le plus utilisé : le numéro vert local gratuit, propre à chaque département. En Moselle : le numéro vert dédié fonctionne en journée de 9h00 à 17h00 : **0 800 056 789**.
- En dehors de ces horaires, les alertes peuvent se faire au 119 qui est le numéro national de l'Enfance en Danger. Il n'y a pas de numéro vert national permettant de contacter chaque CRIP des territoires. Le numéro est dépendant de chaque département.
- Viennent ensuite les alertes adressées par voie postale à la Cellule Départementale de l'Information Préoccupante sise à METZ 28/30 avenue André Malraux, 57 000.
- Elles peuvent être également adressées par courriel à l'adresse mail : crip57@moselle.fr

Ces informations sensibles constituent le flux entrant illustrée en figure 4.

- *Quel est le cheminement de l'information préoccupante ?*

Pour bien la rédiger, il faut comprendre ce que l'on en attend et donc, en connaître son cheminement.

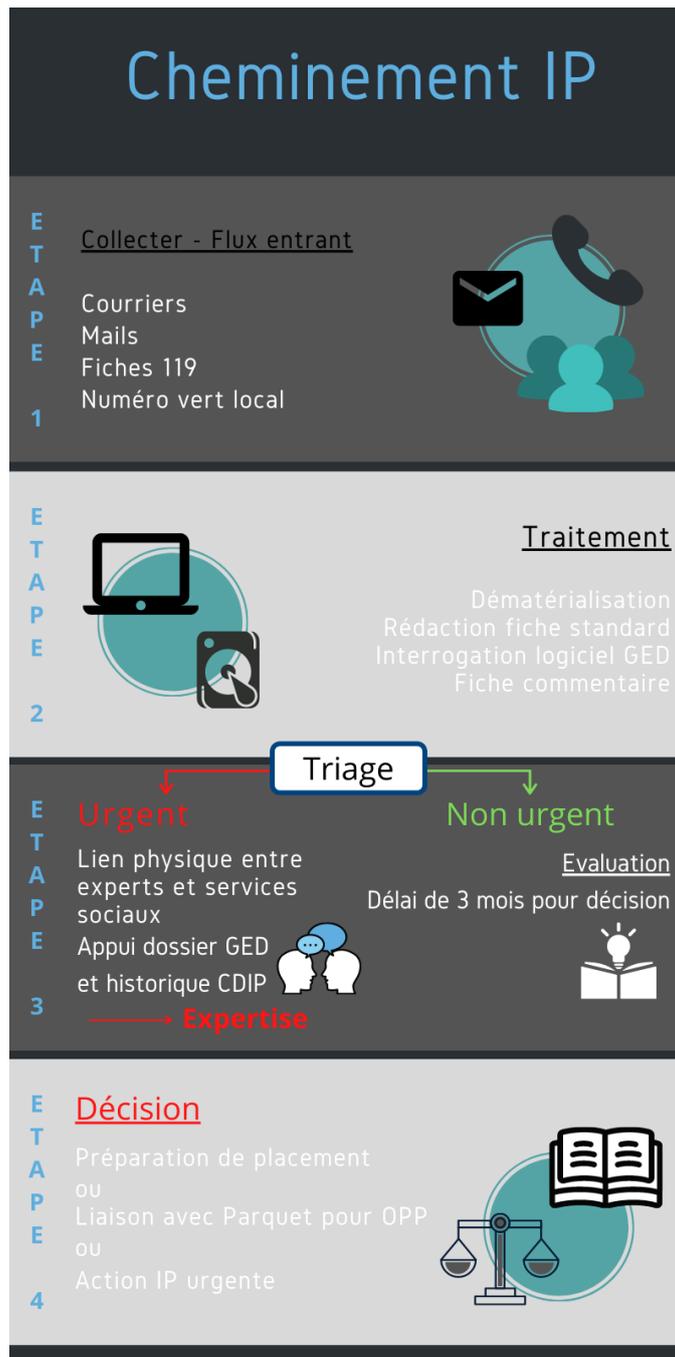


Figure 4 - Schématisation du cheminement de l'information préoccupante au sein de la CRIP. Source : CRIP METZ

- Le secrétariat de la CRIP, épaulé par des assistant-es sociaux/socials et des éducateurs/éducatrices, commence par dématérialiser l'information reçue. Il en fait une fiche d'information facilement exploitable permettant de collecter de manière systématique toutes les informations nécessaires au suivi de l'alerte (identité de l'enfant, des parents, de la fratrie, lieu de vie, lieu de scolarisation etc...).

L'équipe interroge ses banques de données pour savoir si l'enfant est déjà connu de leur service ou s'il

bénéficie déjà d'une aide sociale, par exemple s'il fait l'objet d'une assistance délivrée par la PMI.

Une fiche commentaire synthétique est alors rédigée par la personne en charge du dossier.

- La situation est alors étudiée en concertation avec plusieurs professionnel·les de la cellule et si elle s'avère complexe sous l'autorité du/de la Chef·fe de service afin de décider si elle doit être considérée comme urgente ou non.
- Si le dossier est classé comme urgent, la cellule mobilise tous les acteurs/actrices à sa disposition et notamment les expert·es éducateurs/éducatrices ou assistant·es sociaux/socials. Le/la Chef·fe de service peut solliciter, selon les besoins, tous les leviers juridiques en interrogeant les Parquets de Metz, Thionville ou Sarreguemines suivant le lieu où se trouve le mineur en danger. Cette réactivité lui permet de prendre une décision rapide concertée. Il est alors décidé le placement immédiat ou dans les jours qui suivent, ou des mesures d'aides sans nécessité de placement.

Cette procédure a été détaillée point par point par la cheffe de service de la CRIP de Moselle, sous la responsabilité actuelle de Mme RINCK YAZIR.

- La CRIP dispose des moyens nécessaires pour traiter en urgence toute situation sensible issue de professionnel·les craignant que leur alerte, informations préoccupantes ou signalement, ne soit alourdie par une saisine supplémentaire.
- Toutes les informations sont traitées avec la même célérité aussi bien par les autorités judiciaires que par la CRIP qui agissent toujours en synergie et en réciprocité en cas d'urgence.
- *Quelles sont les mesures possibles ?*

- *Classement sans suite*

Les situations sont classées sans suite après une évaluation pluridisciplinaire, faisant intervenir les services médico-sociaux si ces derniers ne jugent pas nécessaire de mettre en place de mesures ou de suivi de la famille concernée.

- *Mesures administratives*

La CRIP se veut essentiellement préventive et pédagogique pour éviter les situations avérées de violences physiques. Elle privilégie les mesures administratives d'accompagnement donnant lieu à un soutien dispensé en accord avec les parents.

Ces mesures sont détaillées dans le guide pratique du ministère de la Santé et des Solidarités de 2011.

Concernant les interventions pour protection de l'enfance¹³, citons : l'accompagnement en économie

sociale et familiale (AESF), qui comporte ensemble ou séparément les mesures suivantes.

- D'actions d'un·e technicien·ne de l'intervention sociale et familiale
- D'aides éducatives à domicile
- D'aides éducatives en milieu ouvert
- De versements d'aides financières

- *Placement*

Il s'agit d'une décision judiciaire, réservée aux faits de nature pénale ou dans les situations où l'évaluation immédiate est impossible. Il est mis en œuvre s'il existe un risque de danger imminent. Il est prononcé également lorsque les mesures de soutien ont été refusées par les familles ou si elles se sont avérées inefficaces.

Le placement est ordonné par le/la juge des enfants en réponse à la demande du parquet devant une situation de gravité.

Fin 2017, selon le rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)¹⁴, les mesures de placement représentent : 52 % des 344 000 mesures de protection mises en œuvre par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Un peu plus de 177 000 enfants, adolescents et jeunes adultes sont ainsi hébergés par l'institution : moins de la moitié en famille d'accueil, environ un tiers dans des établissements, les autres notamment dans des logements autonomes gérés ou financés par l'ASE.

Pour l'éviter il est important que tout·e professionnel·le ou organisme établissent une relation de confiance avec les familles pour qu'elles laissent les mesures administratives se déployer avec efficacité. Les parents sont en effet les premiers acteurs. Ils doivent être avisés des inquiétudes que l'on porte sur l'enfant sauf si cela risque d'entraîner sa mise en danger. Il faut insister sur cette démarche d'aide ressentie souvent comme coercitive par les parents, pour qu'ils se sentent associés en tant qu'acteurs du changement.

3. PROFESSIONNEL·LES DE SOINS PRIMAIRES ET VIOLENCES SUR MINEUR·ES

L'insuffisance de prise en charge par les professionnel·les de soins primaires des violences sur mineur·es pose question. Il a fait l'objet de deux travaux récents : la thèse du Dre M. ANDREANI¹⁵ et le colloque : « Enfants et Violences Sexuelles : Quelles conséquences ? »

3.1 La thèse sur non-repérage par les professionnel·les de soins primaires des violences sexuelles sur mineur·es,

Madame M. ANDREANI s'intéresse à la question du non-repérage des violences sexuelles sur mineur·es par les professionnel·les de soins primaires. C'est l'objet de la question de recherche de sa thèse. Tout·es les professionnel·les participant à son étude se sont déclaré·es surpris·es et déstabilisé·es par l'ampleur

des chiffres annoncés. Ils/elles ont compris qu'ils ne dépistent pas assez et qu'ils méconnaissent nombre de situations de détresse. Ils/elles se sont interrogé.e.s sur les raisons de leurs dépistages qu'ils/elles ont estimés trop limité pour évoquer « quels devaient être les messages de nature à améliorer le dépistage des violences sexuelles sur mineur-es ».

- *Quatre messages sont apparus essentiels aux professionnel·les de santé. Citons-en les conclusions :*
 - o La nécessité de communiquer sur les chiffres pour souligner leur ampleur.
 - o L'importance de la connaissance des signes d'alerte pour assurer un meilleur repérage des situations difficiles.
 - o La nécessité de poser la question des violences sexuelles aux patient·es.
 - o Le besoin d'information, de formation et d'échange entre pairs pour contrôler ses propres émotions.

- *Mais ils/elles reconnaissent avoir des freins majeurs au dépistage :*
 - o La crainte de briser la confiance établie avec le patient.
 - o La peur de porter préjudice à la sphère familiale du patient en cas de d'erreur d'appréciation.
 - o La peur des répercussions sur leur notoriété et leur crédibilité avec la crainte de perdre leur patientèle.

Mme ANDREANI conclut son travail en soulignant que l'information préoccupante leur était apparue un outil essentiel et rassurant leur permettant de s'appuyer sur une expertise dans les situations de doute.

- o Elle souligne que l'information préoccupante est peu connue de l'ensemble des professionnel·les de soins primaires en dehors de quelques pédiatres et des acteurs de la Protection Maternelle Infantile et qu'ils/elles en ignorent les règles d'usage. Il est cependant important que soit transmis un document fiable directement utilisable par la Cellule Départementale de l'Information Préoccupante (CRIP).

- o Mme M. ANDREANI constate que si l'usage du signalement est assez familier aux médecins et aux sages-femmes, ceux-ci/celles-ci regrettent son caractère formel, plus définitif, juridique. Les autres professionnel·les se reconnaissent plus démunis ne pensant n'avoir à leur disposition que les textes de loi sur la « non-assistance » à personne en danger.

- o Empreints au doute ou au contraire nourris de certitudes, les défauts des professionnel·les sont soit de ne pas déclarer soit de juger trop vite. Or, pour bien se déployer, le dispositif d'aide à l'enfance en danger doit recueillir des informations précises sans distorsion des messages ou des éléments caractérisant la situation dramatique par défaut ou excès assurant ainsi la sécurité du système de protection.

- o Le principal obstacle, qu'elle objective, se révèle être leur inquiétude face à des situations que les professionnel·les de soins primaires peuvent être amené·es à prendre en charge. Ils/elles ne savent

pas comment interroger leurs patients ni comment réagir face à des cas de violences. Ceux-ci/celles-ci admettent avoir un manque de connaissance. Ils/elles sont conscient-es des répercussions personnelles générées par certaines situations très perturbantes et émotionnellement très brutales et complexes auxquelles il est difficile de se préparer. Ils insistent sur le partage d'informations et sur la nécessité d'échanges.

Ainsi, l'information préoccupante se montre être le « fusible » dont les professionnel-les ont besoin. Elle répond aux craintes qui sont manifestées. Il semble que ce dispositif, s'il est bien connu, soit idéal aux situations de doutes, de fausse dénonciation notamment, et n'engage pas la responsabilité du praticien-ne qui la rédige.

3.2 L'objet du Colloque

Cette manifestation s'est déroulée le 27 novembre 2018 à l'université de Metz dans l'Île du SAULCY. Elle invitait les professionnel-les de soins primaires et les travailleurs/travailleuses sociaux/socials, diplômé-es ou en formation à réfléchir sur les violences sexuelles dans l'enfance, leur fréquence et leurs caractéristiques consécutivement aux données identifiées par l'enquête VIRAGE.

Le colloque détaillait le cadre légal et la procédure judiciaire. Il décrivait les missions et le fonctionnement de la Cellule Départementale de l'Information Préoccupante. Le colloque envisageait le psycho traumatisme chez l'enfant victime de violences sexuelles répétées et ses conséquences somatiques tout en éclairant le processus de répétition traumatique chez les auteur-es de violences sexuelles.

- La rédaction de l'information préoccupante

Le colloque fut l'occasion de proposer un petit exercice à l'image de ce que propose la Dre Emmanuelle PIETT, gynécologue, médecin de protection maternelle et infantile (PMI) et présidente du collectif féministe contre le viol. Elle organise des stages destinés à mieux entendre les enfants victimes de violences sexuelles pour assurer leur protection¹⁶.

Il s'agissait pour chaque participant-es de rédiger, en dix minutes maximum, une information préoccupante retraçant les dires d'un enfant lui confiant : « Hier, mon papa m'a obligé à lui sucer le zizi ».

Les vignettes de cette enquête minute ont été recueillies. Il s'agissait de vérifier que la parole de l'enfant était recueillie sans distorsion, sans interprétation par le/la professionnel-le qui peut, à son insu, dénaturer le message, escamoter le crime, oublier ou supprimer le flagrant délit donc modifier les faits.

- Les difficultés qu'elle engendre

L'écriture de ces vignettes permettait aux professionnel-les de constater que l'écriture d'une information préoccupante est un exercice difficile devant contenir tous les éléments nécessaires à une bonne exploitation.

Les connaissances des éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante,

caractérisant la situation d'un·e mineur·e en danger, sont indispensables aux professionnel·les de soins primaires tout comme aux travailleurs/travailleuses sociaux/socials, diplômé·es ou en formation.

Il apparaît nécessaire d'en évoquer les difficultés, d'en dessiner les contours pour qu'ils/elles en acquièrent les compétences. Ce questionnement semble important et mérite d'être exploré lors d'un travail de thèse. C'est ce qu'a permis l'analyse des réponses des professionnel·les participant·es à ce colloque.

L'objectif secondaire de ce travail est de développer un outil pouvant aider tout·e professionnel·le ou particulier dans la rédaction d'une information préoccupante.

Nous avons privilégié l'écriture inclusive au sein du préambule. Par contre, nous n'utilisons plus ce style d'écriture dans l'article pour en faciliter la lecture.

Les éventuels articles ultérieurs, émanant de notre travail, se conformeront aux avis des comités de lecture des revues.

ARTICLE

1- INTRODUCTION

La lutte contre les violences sexuelles subies par les enfants est un des axes forts du dispositif de protection de l'enfance mis en place par la législation et les institutions françaises. Elle répond à une réalité dont plusieurs enquêtes ont montré l'importance.

1.1 Les enquêtes

D'après les données de l'enquête VIRAGE réalisée par l'INED en 2015 : 14,47% des femmes déclarent au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie ainsi que 3,94% des hommes. Il s'agissait d'une population de 27 268 femmes et hommes, représentative de la population âgée de 20 à 69 ans, vivant en ménage ordinaire, en France métropolitaine. Pour 40% de ces actes déclarés par les femmes, et près de 60% de ceux déclarés par des hommes il s'agit de viols ou tentatives de viols qui surviennent avant l'âge de 15 ans. Plus d'un quart des femmes et un tiers des hommes déclarent que ces viols ou tentatives de viols sont survenus avant leur onzième anniversaire.

L'enquête IVSEA de 2015 confirme ces données en montrant que 81% de l'ensemble des violences sexuelles débutent avant l'âge de 18 ans. Ce constat est alarmant.

1.2 La législation

La législation et les mesures de protection des mineurs.

Pour protéger les enfants contre ces agressions, la législation contient différents dispositifs permettant de déclencher les mesures de protection des mineurs.

Au total, quatre lois ont profondément réformé la protection de l'enfance depuis les trente dernières années (encart n°1). Le numéro 119, défini comme numéro d'urgence et créé depuis la loi de Juillet 1989, est dédié à l'écoute de toute personne sollicitant de l'aide pour la protection d'un mineur.

Encart N°1 Les lois. La Loi du 18 juillet 1989 confie à l'Aide Sociale à l'Enfance la mission d'organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et d'organiser leur protection. Le numéro 119 est créé. La Loi du 2 janvier 2004 crée l'Observatoire de l'Enfance En Danger (ONED) pourvu de nombreuses missions comme la rédaction d'un rapport annuel faisant office d'état des lieux national. La loi du 5 mars 2007 crée les CDIP ou CRIP selon les territoires et met l'accent sur les mesures sociales contre la judiciarisation excessive. La loi du 15 mars 2016 confie la responsabilité de la prise en charge de l'enfant au président du conseil départemental avec tous les moyens dont il dispose.

1.3 Les outils à disposition des professionnels

L'évaluation de la condition d'un mineur en situation d'agression sexuelle à partir d'une information préoccupante (IP) a été aménagée par la loi du 14 mars 2016 explicitée par le décret du 28 octobre 2016. Elle clôturait un dispositif législatif complet où persistaient des lacunes.

- **L'information Préoccupante**

L'IP est un écrit rédigé et signé comportant toute information ou élément factuel pouvant faire croire qu'un enfant se trouve dans une situation de danger ou à risque de l'être (encart n°2).

Encart N°2 L'information préoccupante se définit comme un écrit rédigé et signé comportant toute information ou élément factuel pouvant faire croire qu'un enfant se trouve dans une situation de danger ou à risque de l'être. Cet écrit ne contient pas obligatoirement des éléments médicaux et peut émaner de n'importe quelle instance, professionnel du soin ou de l'enfance, ou citoyen. Aucune exigence particulière de rédaction n'est imposée. Le récit se doit d'être le plus complet et exhaustif conformément aux attentes des instances. Il se doit d'être rédigé même lorsque le doute est infime. Aucune preuve n'est à apporter par l'auteur. Cet écrit doit être transmis à la CDIP ou CRIP du département. Une évaluation est obligatoirement faite et une décision est rendue en moins de trois mois. Les CRIP recommandent au rédacteur d'avertir les familles faisant l'objet d'une IP sauf lorsque cela peut être préjudiciable à l'enfant.

- **Le Certificat**

Un certificat est un écrit rédigé et signé « décrivant de façon précise et objective des éléments et faits médicaux constatés ». Il rapporte ce que le praticien constate. Le certificat engage la responsabilité de celui ou celle qui le rédige. Il fonde un signalement dans le cas de constatation de violences (encart n°3).

Encart N°3 : Le certificat se définit comme un écrit rédigé et signé par un praticien médecin ou sage-femme. Il s'agit de décrire précisément des éléments ou faits médicaux. Il est, le plus souvent, rédigé sur demande de la personne qui en fait l'objet. Le certificat est remis en mains propres auprès de la personne victime qui en fait la demande ou de son représentant légal afin de servir et valoir ce que de droit.

Un certificat accompagne un signalement lorsqu'il s'agit de rapporter des éléments médicaux permettant d'apporter des preuves de violence sur mineur. Dans ce cas précis ce certificat de constatations de violence n'est pas remis à la victime ni à son représentant mais au Procureur de la République entraînant les mesures de protection.

- **Le Signalement**

Le signalement est un écrit rédigé et signé à utiliser dans des situations d'urgence. Il a une valeur médico-légale. A contrario du certificat qui est remis en mains propres à la victime, ce document est adressé au Procureur de la République. Il entraîne la saisie de la justice (encart n°4).

Encart N°4 : Le signalement se définit comme un écrit rédigé et signé comportant des informations permettant d'établir avec certitude qu'un mineur subit des violences ou maltraitements pouvant compromettre sa santé de manière imminente. Contrairement à l'information préoccupante le signalement engage la responsabilité de son rédacteur. Il est transmis directement au Procureur de la République et à la CDIP et n'est pas remis en mains propre au patient ou son représentant légal. Le signalement vise à agir dans l'urgence et peut aboutir à un placement très rapidement. Le signalement peut être fait par les professionnels de manière unilatérale sans en avertir la victime.

Si le certificat n'est dévolu qu'aux praticiens de santé médecins et sage-femmes, l'information préoccupante et le signalement s'adressent à l'ensemble des professionnels au contact des mineurs que ce soit dans le soin ou l'encadrement social. Ces deux outils doivent être connus, leurs règles définies, leur utilisation faite avec rigueur et justesse.

1.4 Les CDIP (Cellule départementale des Informations Préoccupantes) ou CRIP (Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes)

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, a instauré la création des cellules départementales de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (art. L 226-3 du CASF). Son objectif était « d'éviter l'engorgement des Parquets qui pouvaient être saisis dès qu'une inquiétude existait pour un enfant sans qu'une évaluation première n'ait été menée. Il s'agissait de centraliser le recueil des informations préoccupantes et d'organiser un circuit unique, facilement repérable, en ne laissant plus à chaque professionnel ou citoyen la responsabilité du choix de l'autorité à saisi ».

En 2019, la CDIP de Moselle (Cellule départementale des Informations Préoccupantes) a reçu 3687 sollicitations concernant des situations de mineurs en danger ou à risque de l'être.

- Parmi elles, 1877 étaient des informations préoccupantes, 97 provenaient du corps médical. Ainsi sur près de 1900 informations préoccupantes, environ 5% provenaient de médecins.
- Concernant les signalements, 1135 sollicitations ont été reçues dont 66 émanées de médecins.

Les médecins sont mal représentés dans l'usage des dispositifs d'alerte et de mise en jeu des protections de l'enfant. Par leurs fonctions, ils sont pourtant au contact de nombreuses situations de violences envers les enfants. Il faut s'interroger sur les raisons de ces sous-déclarations alors que les praticiens du soin et d'encadrement social disposent des outils nécessaires.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Un colloque

Un colloque s'est tenu le 27 novembre 2018 à METZ. Il invitait les professionnels de tous bords à réfléchir sur les violences sexuelles. Il avait pour objectifs d'analyser les types de violences et d'en saisir les retentissements physiques et psychologiques, de préciser les missions et le fonctionnement de la CDIP de Moselle et de souligner les caractéristiques de l'IP et du signalement.

Le colloque s'adressait aux professionnels qu'ils soient médicaux ou sociaux, en formation initiale ou continue. Un de ses objectifs était de promouvoir le bon usage de l'information préoccupante par les professionnels concernés. Il a accueilli 451 participants. 150 personnes n'ont malheureusement pas pu être admises faute de place dans l'amphithéâtre.

2.2 Une enquête minute pour préciser les connaissances de l'IP par les professionnels :

Le colloque s'est ouvert en invitant les participants à rédiger une IP pour un enfant ayant des propos évoquant clairement des violences sexuelles. L'ambition de cette enquête-minute est de les impliquer en les confrontant aux difficultés de rédaction d'une information préoccupante juste et précise. Elle leur permet d'en saisir la complexité et d'appréhender les caractéristiques nécessaires à son efficacité.

L'analyse des résultats de cette enquête minute illustre les connaissances de l'IP par les professionnels des domaines médicaux, sociaux et juridiques et apprécie leur capacité à la rédiger efficacement, à en respecter les règles, de façon globale et en fonction de leur profession.

Elle met en situation les participants en les confrontant à la situation du petit Nicolas, 4 ans et demi, qui leur confie : « Hier soir, mon papa m'a obligé à lui sucer le zizi » et sont invités à rédiger une information préoccupante, très brièvement en 4 à 5 minutes. Les réponses sont anonymes. Il est uniquement fait mention de la profession ou du milieu professionnel dans lequel ils/elles exercent.

Les IP rédigées sont recueillies en une fois, pour être analysées après le colloque et faire l'objet de ce travail.

2.3 L'analyse des IP

Nous décidons de soumettre les informations préoccupantes à deux types d'analyse par une étude quantitative et qualitative.

- 2.3.1 L'ANALYSE QUANTITATIVE

Pour réaliser cette étude quantitative, nous décidons de dénombrer et de classer les IP selon qu'elles répondent ou non à certains critères de qualité attendue, correspondant précisément aux dires de l'enfant.

Nous décidons de les identifier en « IP appropriée » et « IP non appropriée » pour en faciliter l'analyse. Ces termes nuancés permettent de les différencier sans en rejeter aucunes.

- Le classement des informations recueillies en IP « appropriée ou non ».

Pour permettre de les classer, nous retenons les sept critères de qualité suivants :

- Information limitée au nécessaire, sans interprétation personnelle.
- Retranscription précise des dires de l'enfant.
- Rédaction correspondant à l'esprit de l'IP bien distinct d'un certificat ou d'un signalement
- Absence de jugement ou d'accusation, de qualification des faits, la qualification juridique permettant de passer des faits au droit.
- Absence d'affects ou d'appréciation personnelle du récit de l'enfant par l'auteur de l'IP
- Absence de déformation du message ménageant, assurant, épargnant ou dédouanant l'auteur de l'IP
- Absence d'injonction à une action de protection.

Les IP sont ainsi sélectionnées en deux groupes, l'un contenant les IP appropriées fidèles aux dires de l'enfant répondant à ces 7 critères, l'autre regroupant les IP non appropriées, par absence d'un ou plusieurs de ces critères.

- L'influence de la profession de la personne responsable de l'IP

Les résultats sont rapportés à la profession qu'elle exerce pour permettre de rechercher l'existence d'une corrélation entre la qualité de la rédaction de l'IP retenue comme appropriée et la profession exercée, en séparant les réponses de chaque groupe de professionnels en exercice composant le pool des catégories socioprofessionnelles participant au colloque.

- L'appartenance au groupe des professionnels en exercice ou à celui des étudiants en formation initiale.

Nous décidons de trier les résultats selon l'appartenance au groupe des professionnels en exercice ou à celui des étudiants en formation initiale en différenciant les filières, sociales et sanitaires.

Le classement en IP appropriées ou non, l'influence de la profession du rédacteur et la répartition de la population selon qu'il s'agisse de professionnels en exercice ou d'étudiants permettent ainsi une première approche descriptive quantitative.

- 2.3.2 L'ANALYSE QUALITATIVE

Pour permettre d'affiner l'analyse des documents recueillis, nous associons une analyse qualitative des IP rassemblées, aux données quantitatives obtenues.

- Analyse du vocabulaire utilisé

Celui-ci semble significatif de l'approche de la situation et du mode de pensée du professionnel ou de l'étudiant.

Nous collectons les termes exacts des écrits des auteur.es des IP et nous les rassemblons selon l'approche de la situation à laquelle ils faisaient référence.

L'analyse des écrits nous permet de réfléchir à la perception, à la compréhension de la situation vécue par le petit Nicolas, aux intentions des professionnels interpellés et éventuellement à l'influence de modes de réflexion ou de savoirs propres à chaque profession ou à chaque niveau de formation de ces professionnels.

- Influence des professions sur les registres de vocabulaire utilisé, que ce soit en formation initiale comme dans le cadre de l'exercice.

L'analyse du vocabulaire utilisé pour la rédaction de l'IP et l'influence possible de l'orientation professionnelle permettent une seconde approche plus fine et riche d'enseignement.

3. RESULTATS

3.1. LES INFORMATIONS PREOCCUPANTES RECUEILLIES

3.1.1. La population étudiée

Sur quatre cent cinquante et un participants au colloque, nous recueillons trois cent trente-trois IP. L'analyse est faite sur trois cent vingt-six IP. Sept sont rejetées d'emblée. Ces IP écartées de l'échantillon comprennent quelques mots sans développement ne permettant pas d'en faire une analyse fine.

3.1.2. Caractéristiques de la population étudiée

3.1.2.1 Description globale

L'enquête minute permet de rassembler trois cent vingt-six informations préoccupantes émanant de dix-neuf professions ou milieux différents.

Parmi ceux-ci, nous comptabilisons deux cent soixante-dix-neuf professionnels en formation continue et quarante-sept étudiants en formation initiale.

- **Les professionnels en exercice**

Au sein de cette population, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les éducateurs spécialisés sont fortement représentés :

- Les professionnels de santé sont au nombre de 124 et représentent 40% de la population de notre étude. Par ordre décroissant d'effectifs, on dénombre : des I.D.E. scolaires (vingt-sept participants), des psychologues (vingt-cinq participants), des I.D.E. puéricultrices (vingt-deux participants), des I.D.E. générales (vingt et un participants), des sages-femmes (douze participants), des auxiliaires de puériculture (quatre participants) des médecins (onze participants) et des psychomotriciens (deux participants). Nous notons que l'effectif des médecins se compose de quatre généralistes, un psychiatre, un gynécologue, deux urgentistes, un médecin de PMI, deux médecins sont de spécialités inconnues.
- Les travailleurs sociaux forment un groupe de 73 (22% de notre population). Ce sont des assistants sociaux, des personnels administratifs d'établissements médicosociaux et des directeurs d'établissements sociaux recevant des mineurs. Certains ne précisent pas le milieu dans lequel ils exercent. Ils se désignent eux-mêmes comme « travailleurs sociaux », donc comme professionnels œuvrant dans l'action sociale globale.
- Les professionnels de l'éducation sont au nombre de 54. Les éducateurs spécialisés représentent 51 personnes (15% de la population). Ils exercent en centres sociaux, en maisons maternelles éducatives ou en instituts médico-éducatifs. On peut y associer deux enseignants (0,6%), d'une animatrice en périscolaire (0,3%).
- Il faut y ajouter les professions juridiques et judiciaires représentées par 16 participants (4,9% de la population totale étudiée) : treize juristes, deux policiers et un conseiller pénitencier. Nous ne les excluons pas, bien que l'objectif de l'étude envisage la connaissance des éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante par les professionnels de soins primaires et les travailleurs sociaux. Ces professionnels représentent un groupe non négligeable et surtout apportent un éclairage particulier que nous envisagerons dans la discussion des résultats.
- Reste un groupe disparate composé de six bénévoles issus de milieux associatifs (six participants) (1,8%), et enfin de cinq personnes issues de milieux professionnels inconnus (1,5%) (cf. Figure 2).

Donc, à eux seuls, trois groupes de participants constituent la majeure partie de l'effectif total : les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les professionnels de l'éducation.

- **Les étudiants en formation initiale :**

Quarante-sept étudiants sont présents (16% de la population).

- *Vingt et un étudiants sages-femmes,*
- *Neuf étudiants I.D.E. en puériculture,*
- *Six étudiants éducateurs spécialisés,*

- Trois étudiants assistants sociaux,
- Trois étudiants en psychologie,
- Deux étudiants en sciences humaines et sociales,
- Un étudiant en santé dont l'orientation professionnelle n'est pas documentée et
- Deux internes de médecine, l'un en spécialité de médecine générale et l'autre d'une discipline non précisée.

Ainsi, on retrouve également trois groupes d'étudiants constituant la majeure partie de l'effectif total, dans des filières assez proches de celles des professionnels en exercice : les futurs professionnels de santé, les éducateurs spécialisés en formation et les étudiants en sciences sociales.

3.1.2.2 Description selon les domaines d'activité professionnelle

- **Les effectifs.**

À ce stade, un examen attentif de la population apparaît utile. Pour une meilleure lisibilité, tout en restant fidèle aux caractéristiques de notre population, nous sélectionnons les participants en fonction de leur domaine d'activité professionnelle ce qui nous permet d'obtenir des groupes représentatifs homogènes.

Nous distinguons ainsi quatre groupes de professionnels :

- Les travailleurs sociaux
- Les éducateurs et les enseignants, les professionnels de l'éducation
- Les professionnels de santé
- Et les professions juridiques

Toutefois nous souhaitons présenter, également, un descriptif exhaustif des filières professionnelles.

- **Données synthétiques puis analytiques des domaines d'activité professionnelle.**

Les deux schémas qui suivent représentent l'un, les données synthétiques de la composition de notre population de professionnels (cf. Figure 1) et l'autre, des données plus analytiques (cf. Figure 2). Ils offrent la possibilité d'appréhender plus finement les caractéristiques de la population.

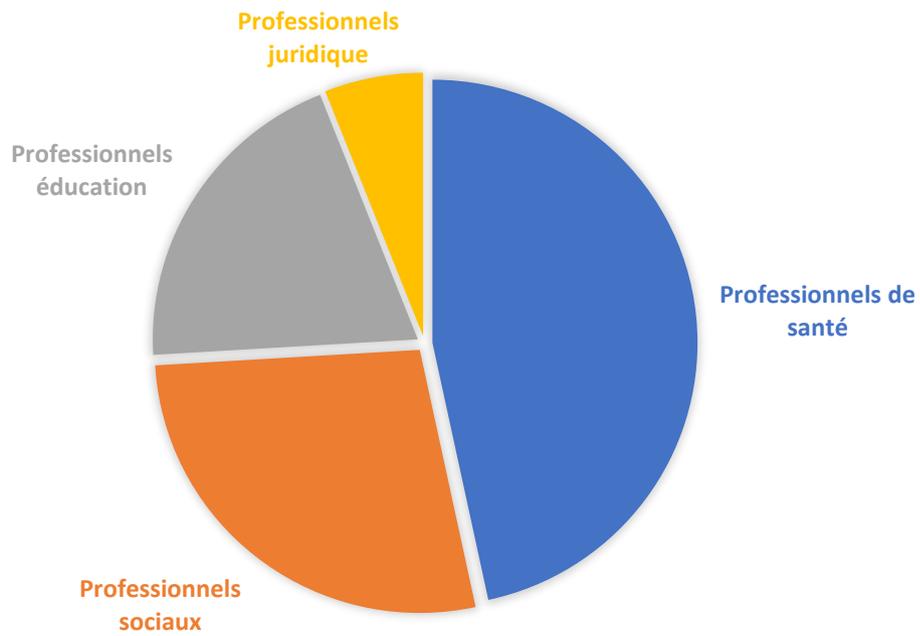


Figure 5 - Représentation synthétique de notre population de professionnels en exercice

Répartition des effectifs selon les milieux professionnels, personnels en activité et en formation

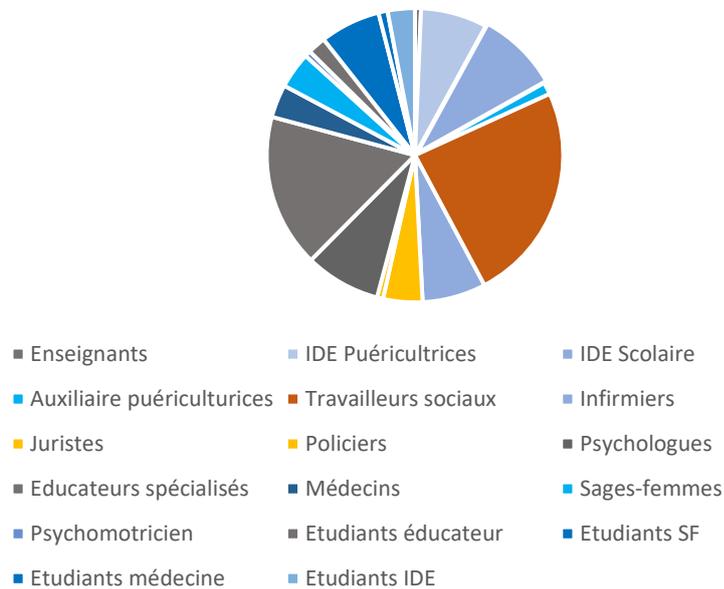


Figure 6 - Représentation analytique de notre population

	Total professionnels	Professions		Total étudiants	
Domaine social	73	Travailleurs sociaux	73	5	5
Domaine de la santé	124	IDE puéricultrice	22	36	9
		IDE générale	21		0
		IDE scolaire	27		0
		Sage-femme	12		21
		Auxiliaire puériculture	4		0
		Médecin	11		3
		Psychologue	25		3
		Psychomotricien	2		0
Domaine de l'éducation	54	Educateur spécialisé	51	6	6
		Enseignant	2		0
		Animateur périscolaire	1		0
Domaine juridique	16	Juriste	13	0	0
		Policier	2		0
		Conseiller pénitencier	1		0

Tableau 3 : Répartition de notre population

3.1.3 Caractéristiques des informations préoccupantes recueillies

3.1.3.1 L'étude quantitative

3.1.3.1.1 Description globale

Dans l'échantillon total exploité, le groupe des « IP appropriées » rassemble 151 IP sur 326 soit 46% des IP recueillies exploitables.

- **Répartition quantitative des IP analysées**

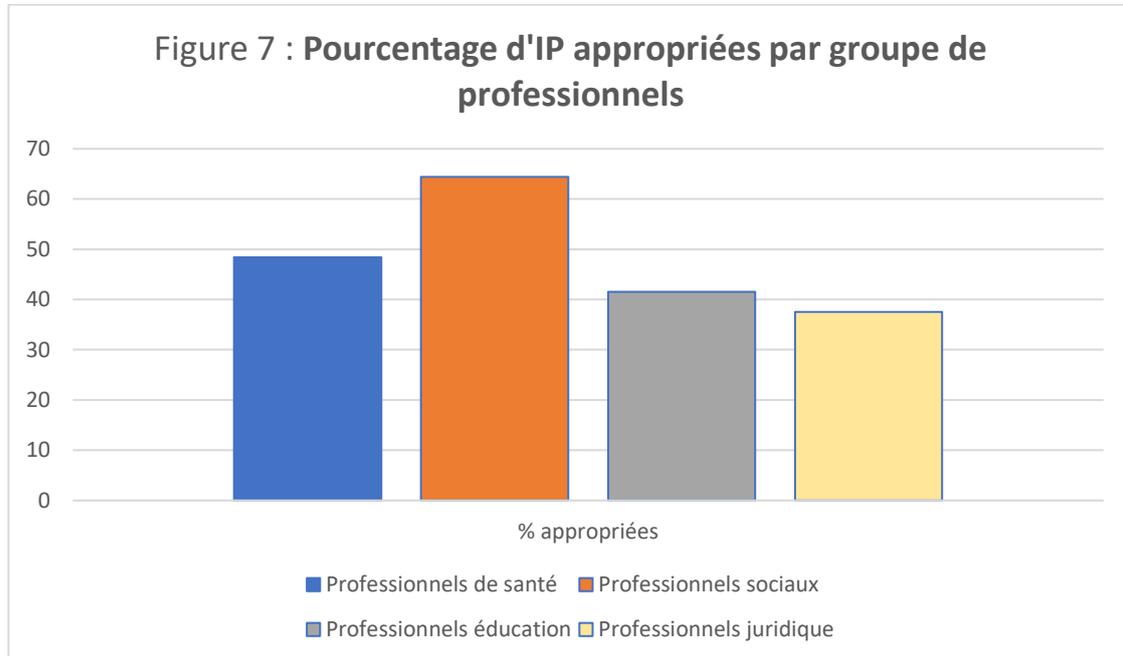
- Les résultats en fonctions des domaines professionnels

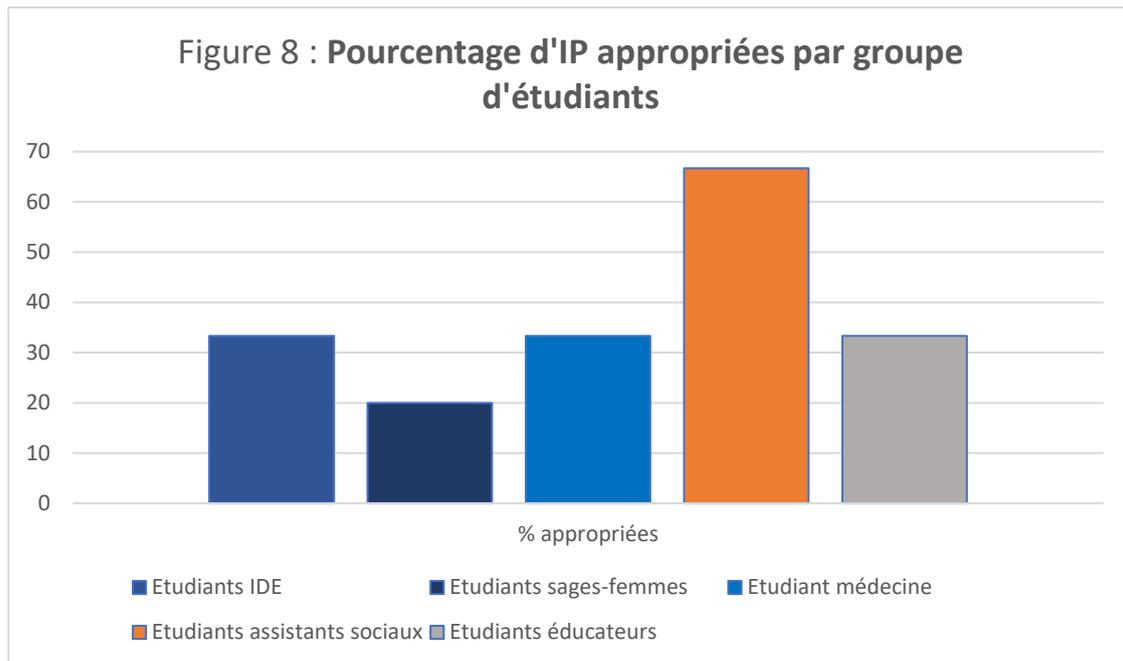
Nous divisons notre population globale en groupes distincts en fonction des domaines professionnels et, dans ces groupes, nous établissons les pourcentages d'IP appropriées selon les critères précédemment définis. La figure 3 illustre les résultats.

C'est dans le groupe des professionnels sociaux en exercice que nous retrouvons le pourcentage le plus important d'IP appropriées. Il est suivi par les professionnels de santé puis les professionnels de l'éducation. Les pourcentages d'IP appropriées relevés dans le groupe des professions juridiques sont plus faibles. Ces professions fournissent moins d'IP fidèles aux critères de qualité que nous avons définis.

Pour les étudiants, il faut souligner que leur nombre est très différents selon les filières. La filière du soin est largement la mieux représentée en nombre d'étudiants, mais le pourcentage d'IP appropriées est légèrement moindre que celui des étudiants des filières sociales qui sont nettement moins nombreux, mais qui fournissent en pourcentage le plus d'IP appropriées. Les autres filières de formation étudiante sont très peu représentées et on y retrouve beaucoup moins d'IP appropriées.

Les pourcentages d'IP appropriées recueillies sont illustrés dans les schémas ci-dessous qui détaillent les quatre groupes professionnels et les cinq groupes d'étudiants selon leurs filières.



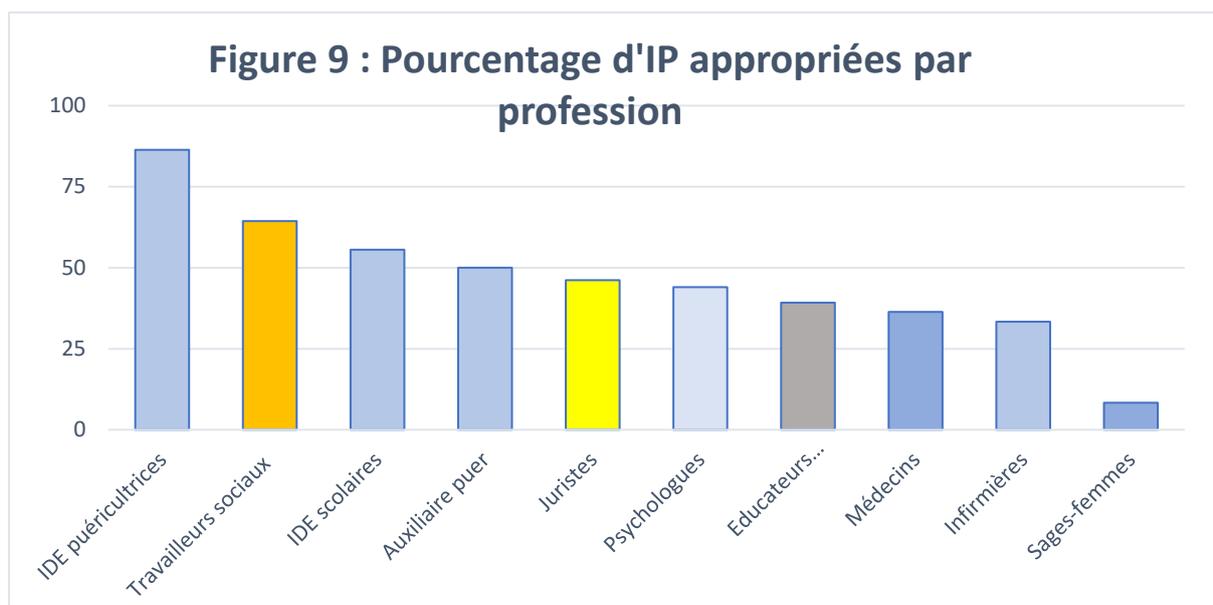


On constate à l'évidence une influence de la profession sur les caractéristiques rédactionnelles des IP.

Si on s'intéresse de façon plus spécifique à chaque profession, deux catégories professionnelles se détachent du reste de l'échantillon : les IDE puéricultrices et les travailleurs sociaux. Les auxiliaires de puéricultures suivent de près les IDE scolaires. On retrouve ensuite les juristes, les psychologues, les éducateurs spécialisés, les médecins, les IDE et enfin les sages-femmes.

La figure 7 détaille les résultats de chaque catégorie de professionnels en exercice.

Soulignons que pour garder une cohérence globale, nous avons écarté volontairement les groupes professionnels trop restreints, composés de moins de cinq participants, évitant ainsi l'émiettement des effectifs. C'est le cas des enseignants et des membres de la police, chaque profession n'étant représentée que par deux participants.



- Les résultats en fonction des niveaux de formation initiale ou continue

Dans le groupe de professionnels en exercice (279 participants), 51% des participants rédigent des « IP appropriées » alors qu'elles ne représentent que 28% dans le groupe des étudiants (47 participants),

- Les défauts constatés en fonction des critères d'analyse retenus :

- *Information limitée au nécessaire, sans surcharge.*
- *Rédaction correspondant au format de l'IP.*
- *Retranscription précise des dires de l'enfant.*
- *Absence de déformation du message.*
- *Absence de jugement ou d'accusation.*
- *Absence de qualification du récit.*
- *Absence d'injonction à une action de protection.*

Parmi les 175 IP jugées non appropriées, en raison de critères de sélection manquants, nous identifions :

- o Le non-respect de « l'information limitée au nécessaire, sans surcharge » constatée sur 31 IP sur les 175 non appropriées, allant même jusqu'à parfois modifier le contexte mais sans pour autant rentrer dans une interprétation des faits. En effet, on retrouve des détails attribués à l'enfant alors qu'ils ne sont pas présents dans les dires de l'enfant. Ainsi, le non-respect de ses dires et/ou leur transcription imprécise concernent 31 IP sur les 175. Ce non-respect implique huit travailleurs sociaux, quatre IDE scolaires, deux médecins, deux sages-femmes, deux personnes issues de milieux associatifs, un psychologue, une IDE puéricultrice et une IDE libérale, rejoints par douze étudiants qui affirment qu'il est fait usage de la force dans les propos de l'enfant.

- Le non-respect du format de l'IP retrouvée dans 17 IP sur les 175 non appropriées. Il concerne 9 éducateurs, 4 psychologues, 2 membres de la police, 1 médecin et 1 IDE sont concernés.
- La déformation du message relevée dans 5 IP sur les 175 non appropriées. Elles émanent d'un juriste, d'un policier, d'un psychologue, d'une IDE scolaire et d'un étudiant.
- Le port d'un jugement ou l'expression d'une accusation émise dans 81 IP. Ainsi, 11 éducateurs spécialisés portent *un jugement* : 2 infirmières puéricultrices et également 4 IDE libérales 5 IDE scolaires, 1 psychomotricien et 17 travailleurs sociaux, 3 médecins, 5 sages-femmes, 1 auxiliaire de puériculture, 4 psychologues, 6 juristes ainsi que 2 membres de la police et 20 étudiants *dénoncent la situation et prononcent des accusations*.
- La qualification des dires de l'enfant retrouvée sous la plume d'une IDE et d'une IDE scolaire, correspondant à une interprétation des faits.
- L'injonction à une action de protection clairement signifiée dans 6 IP : un éducateur spécialisé demande d'assurer en urgence la protection de l'enfant victime de violences, attitude partagée par un psychologue, deux travailleurs sociaux et deux membres de la police.

Ainsi, des éléments de jugement et d'accusation et le non-respect des dires de l'enfant se retrouvent dans une grande majorité des IP classées inappropriées, respectivement dans 81 et 31 écrits.

- *L'influence de la filière professionnelle sur la rédaction de l'IP*

- La majorité des éducateurs spécialisés portent des accusations (11), surchargent leurs écrits traduisant ainsi leur hésitations (6). Majoritairement, ils ne veulent pas rédiger d'IP (9). Parmi les professionnels, ce sont eux qui adoptent le plus souvent cette attitude.
- Les travailleurs sociaux acceptent de rédiger le plus souvent l'IP mais ils en modifient le sens des dires de l'enfant. Nombreux sont ceux qui émettent des jugements et des accusations (17) mais aucun d'entre eux ne renonce à la rédiger ou ne la surcharge. Mais deux d'entre eux font partie des professionnels qui demandent une action de protection immédiate.
- Les IDE, toutes spécialités confondues, sont les seules à qualifier précisément la situation du petit Nicolas mais aucune majorité ne se dessine. Elles surchargent les IP, portent des accusations (11) qui se développent dans toutes les directions sans qu'une trajectoire majoritaire ne se dessine. Elles modifient également le sens des propos de l'enfant (1).
- La majorité des sages-femmes expriment des accusations ou des jugements (5). Quelques IP sont surchargées (2) et les propos de l'enfant modifiés (2).
- Certains médecins portent eux aussi des accusations (3) et rédigent des IP riches en

informations, mais l'un d'entre eux s'y refuse.

- Les membres de la police demandent des mesures de protection immédiate (2). Leurs IP sont accusatrices (2) soulignant la gravité des faits.
- Tout comme les effectifs de police, les juristes tendent à dénoncer et à juger (6) allant jusqu'à émettre un message déformé (1).

Jugement et accusations ne sont donc pas propres à une profession donnée. On sent « l'inquiétude » des professionnels. La nécessité « d'une intervention » est évoquée en demandant des mesures de protection immédiate. Certains professionnels s'interrogent sur l'opportunité du choix de l'IP. D'autres refusent de la rédiger, la jugeant inadaptée au contexte et soulignent qu'ils préféreraient rédiger un signalement si l'exercice le permettait.

- *L'influence du niveau de formation sur la rédaction de l'IP*

- Les étudiants acceptent tous de rédiger des IP mais ce sont ceux qui émettent le plus de jugements et d'accusations (20). Ils sont également très nombreux à ne pas retranscrire précisément les dires de l'enfant (12).
- Le sens des écrits est très divers selon la filière d'enseignement professionnel choisie. Notons que les étudiants assistants sociaux rédigent le plus d'IP de bonne qualité. Les étudiants sages-femmes ont des résultats nettement moins performants. Les étudiants éducateurs spécialisés et les étudiants en médecine se situent entre ces deux groupes avec des résultats comparables, c'est-à-dire, un tiers d'IP appropriées.
- Ainsi, les étudiants ne remettent pas en cause la rédaction d'une IP mais s'inscrivent eux-aussi, majoritairement, dans le jugement, les accusations et les imprécisions dans l'expression des dires du petit Nicolas. Notons, que c'est dans la filière des assistants sociaux en formation, que nous retrouvons le plus de fidélité à la parole exprimée par l'enfant.

• **Les signifiants de cette étude quantitative : (ou) Les résultats des tests statistiques :**

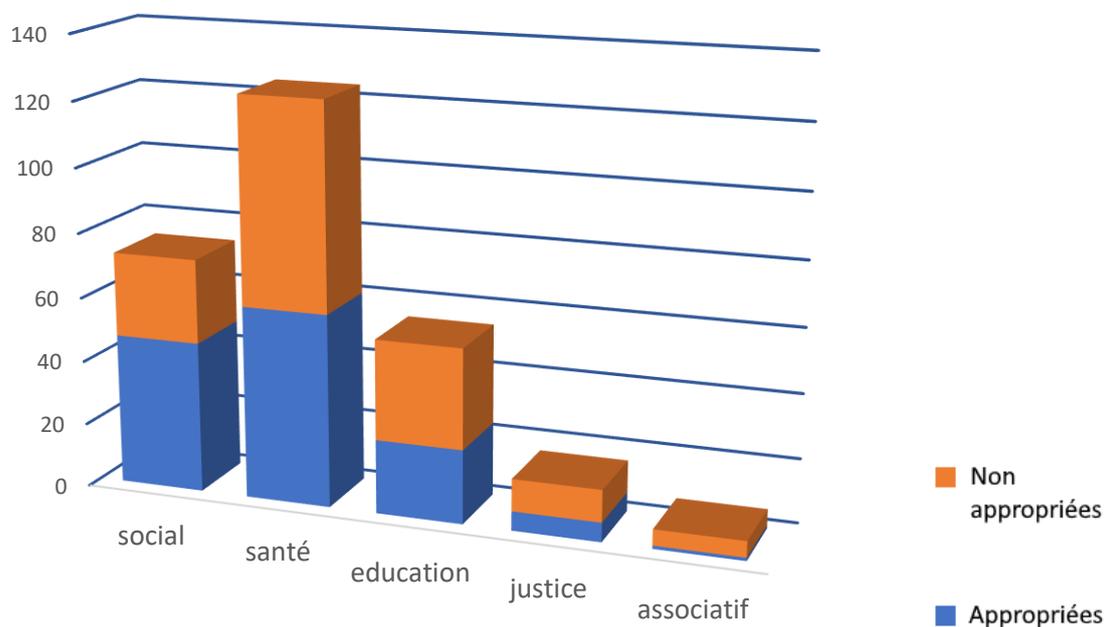
Liens entre qualité des réponses et profession

La qualité rédactionnelle des IP est ici détaillée selon les cinq groupes professionnels identifiés. Les données obtenues sont indiquées dans les tableaux ci-dessous. Remarquons que le milieu associatif est très peu représenté.

	Social	Santé	Éducation	Justice	Associatif	
IP appropriées	47	60	23	6	1	137
IP non appropriées	26	64	31	10	5	136
Total	73	124	54	16	6	273

Tableau 4 – Répartition des IP appropriées selon les domaines professionnels

Figure 10 - Répartition des IP appropriées selon les domaines professionnels



Si nous réalisons un test du χ^2 d'après les données obtenues dans chaque domaine professionnel, la valeur p. (p-value) de notre test est 0.04. Nous obtenons donc des différences peu significatives des IP appropriées ou non entre les domaines professionnels.

Constatant que les milieux associatif et judiciaire sont très clairsemés, nous décidons de les écarter volontairement pour obtenir le tableau suivant :

	Social	Santé	Éducation	
IP appropriées	47	60	23	130
IP non appropriées	26	64	31	121
Total	73	124	54	251

Tableau 5 – Répartition des IP appropriées selon les professionnels sociaux, de l'éducation et de la santé

Le calcul du χ^2 nous fournit également des différences peu significatives entre les domaines professionnels des IP appropriées ou non. La valeur p (p-value) de notre test est de 0,029.

Si nous comparons deux à deux les différentes catégories professionnelles concernant la qualité de leur IP, nous obtenons :

Pour les deux catégories professionnelles : personnels sociaux et personnels de santé

	Social	Santé	
IP appropriées	47	60	107
IP non appropriées	26	64	90
Total Social/santé	73	124	197

Tableau 6 – Répartition des IP appropriées selon les professionnels sociaux et de la santé

Un test de χ^2 déterminant la valeur p (p-value) de notre test à 0.04 ce qui est également peu significatif.

- Pour le milieu social et éducatif

	Social	Éducation	
IP appropriées	47	23	70
IP non appropriées	26	31	57
total	73	54	127

Tableau 7 – Répartition des IP appropriées selon les professionnels sociaux et de l'éducation

La valeur p (p-value) de notre test est 0.02.

- Pour les milieux professionnels de la santé et de l'éducation

	Santé	Éducation	
IP appropriées	60	23	83
IP non appropriées	64	31	95
total	124	54	178

Tableau 8 – Répartition des IP appropriées selon les professionnels de la santé et de l'éducation

La valeur p (p-value) de notre test est 0.58, donc sans différence significative

- Par contre, les comparaisons des données issues des milieux professionnels de l'éducation et de la santé avec celles obtenues par l'analyse des résultats du groupe des professions de police n'ont pas d'intérêt en raison du trop faible nombre des membres de cette dernière. Elles ne sont d'ailleurs absolument pas significatives.

Ainsi, en regroupant en un seul tableau, les résultats des Khi² obtenus par comparaison deux à deux des résultats des professions, nous obtenons

2à2 X2	Social	Santé	Éducation	Justice : groupe trop restreint résultats sans intérêt
Social		0.042	0.024	0.088
Santé	0.042		0.583	0.578
Éducation	0.023	0.583		0.941
Justice	0.088	0.578	0.941	

Tableau 9 – Résultats des Khi² par comparaison des professions

Il est également intéressant de comparer deux à deux les résultats des professionnels de santé avec ceux des étudiants en santé, seul groupe suffisamment représenté.

	Professionnels santé	Total étudiants en santé	Etudiants IDE puéricultures	Etudiants sages-femmes	Etudiants médecins	Etudiants psychologues	Etudiants santé
IP appropriées	60	9	3	5	1	0	0
IP appropriées	64	27	6	16	1	3	1
Total	124	36	9	21	2	3	1

Tableau 10 – Comparaison des résultats entre professionnels de santé et étudiants en santé

Nous obtenons ainsi la valeur p (p-value) à 0,05 à la limite du significatif.

En résumé, nous obtenons donc des différences peu significatives entre les différents domaines professionnels ainsi qu'entre les professionnels de santé et les étudiants en santé.

3.1.3.2 L'étude qualitative

Si l'analyse quantitative permet d'évaluer globalement le savoir et les qualités rédactionnelles des professionnels en exercice et celles des étudiants en formation initiale, cette analyse qualitative cherche à expliquer les comportements, les attitudes et les motivations des participants et donc les besoins, grâce à une approche plus en profondeur de nature psychologique.

3.1.3.2.1 Le registre du vocabulaire utilisé

- **Les verbatim traduisant la manière dont le professionnel a perçu l'annonce**

Nous relevons fréquemment dans les IP les notions d'informer, de rapporter

« Dans le cadre d'un entretien, l'enfant m'a dit/informé/rapporté », « L'enfant m'a confié », « Nicolas m'a révélé/avoué ».

Ces écrits sont toujours suivis des propos exacts utilisés par l'enfant.

La figure 6 illustre la fréquence de ces différents verbatim sous la forme d'un nuage de mots, pondéré, permettant de mieux visualiser ceux qui sont les plus utilisés.



Figure 11 : Nuage des mots extraits du vocabulaire utilisé dans l'écriture des IP pour exprimer la façon dont l'enfant s'est confié au professionnel

Dans le vocabulaire employé par les rédacteurs-trices des IP pour rapporter l'expression de l'enfant, on constate que le terme le plus utilisé est le mot « Dît », mot ne véhiculant aucune interprétation, suivi du terme « Informe » également neutre, mais aussi par « Confie » exprimant davantage l'idée de confiance, de tiers dont on est sûr, de communication sous le sceau du secret.

- **Les verbatim exprimant la façon dont les faits sont interprétés**

On peut extraire des écrits le terme univoque de « viol » (cf. figure 7) :

« Nicolas a été victime d'un viol », « Je vous rapporte un fait de viol » : verbatim est extrait de vingt-quatre IP. « Viol » est parfois associé au terme « d'agression ». Parmi ces IP utilisant uniquement le terme de « viol », il y a place au doute dans huit d'entre elles : « Il aurait subi un viol » « Je soupçonne le père d'avoir violé son fils » pour un éducateur spécialisé et quatre étudiants.

Mais également les expressions :

« Agression » « Violences sexuelles » « Agression et violences sexuelles » ou plus généralement « L'enfant est victime de violences sexuelles » (26 IP).

Mais aussi le terme d'inceste :

« Il s'agit d'un inceste » (8 IP) ou l'association des deux qualificatifs « Inceste et viol » (6 IP), ou laissant parfois place au doute : « Je soupçonne le père d'inceste » (étudiants).

Ou, de manière occasionnelle, les termes plus juridiques :

« Il s'agit de faits de nature criminelle », « Il s'agit de fait de corruption de mineur ».



Figure 12 : Nuage des mots retrouvés dans les écrits des professionnels, exprimant leur perception des faits préoccupants qui leur ont été confiés

« Agression sexuelle » est l'expression la plus souvent retrouvée pour qualifier le vécu du petit Nicolas (26 IP), suivi du terme « Viol » épithète également fréquemment utilisé (24 IP), termes juridiques différents auxquels sont attachées des sanctions prévues par la loi.

- **Les verbatim exprimant la réaction du professionnel et son attente vis-vis de la CDIP**

On peut lire « Situation nécessitant une intervention de toute urgence », « Du fait du caractère grave de cette déclaration, je vous demande d'agir de toute urgence ». Ces verbatim sont retrouvés dans neuf IP avec parfois, le souhait d'une action immédiate.

On retrouve également les termes qualifiant la situation de « Grave », d'« urgente ». Notons que les termes « grave » et « urgent » sont utilisés indépendamment dans la plupart des IP.

Retrouvons en figure 8, les mots utilisés dans les IP, présentés sous forme pondérée illustrant leur fréquence et traduisant les réactions, les préoccupations et les attentes des participants.



Figure 13 : Nuage des mots pondérés, utilisés par les professionnels dans leurs écrits.

Ainsi, le terme « Urgence » sous-tendant la nécessité d'agir est largement utilisé, suivi du mot « grave » traduisant l'importance de la situation et ses conséquences néfastes.

3.1.3.2.2 Les Spécificités retrouvées selon les filières professionnelles

Précisons que nous écartons douze IP dont le sens du propos n'a pu être identifié précisément.

- **La qualification des faits :**

- **Pour huit professionnels de santé** : une IDE, une IDE puériculture, un médecin, deux psychologues et trois sages-femmes, il s'agit d'un « viol ».

Condamnable
Inceste
Viol
Agression

Figure 14 : Nuage de mots pondérés qualifiant les faits utilisés par professionnels médicaux et paramédicaux

L'interprétation des faits par les professionnels de santé n'est pas univoque sous-entendant des méconnaissances.

- **Pour les professions juridiques**, la situation est qualifiée :

« C'est un inceste », pour l'un ; « Il est victime d'inceste » pour un autre ; « C'est un viol » pour quatre autres ; « C'est une agression » pour un dernier. « Les faits de « Des faits graves » pour quatre autres. On peut lire également « Il s'agit de faits de nature criminelle » pour l'un et de « corruption de mineur » pour un autre, ces deux derniers faisant partie d'effectifs de police et enfin, il s'agit d'une « urgence » pour deux autres. Notons que dans ce groupe, aucun participant ne laisse de place au doute.

Corruption
 Inceste
 Criminel
 Viol
 Urgence
 Agression

Figure 15 : Nuage de mots pondérés utilisés pour qualifier la situation au sein de la profession juridique.

Si la situation vécue est qualifiée principalement de viol puis d'inceste, l'interprétation des faits par les professionnels des filières **judiciaires** ou **juridiques** (avocat, juge, **police**, gendarmerie) n'est pas non plus univoque.

- Chez les professionnels de l'éducation, les choses sont diversement ressenties.

« C'est une agression » pour cinq éducateurs ; un « viol » pour deux autres alors que l'un l'affirme et l'autre le suspecte ; huit éducateurs sociaux n'évoquent que l'entretien avec l'enfant sans émettre de jugement, sans qualifier la situation.

Viol
 Agression

Figure 16 : Nuage de mots pondérés utilisés pour qualifier la situation au sein des professionnels de l'éducation

Les professionnels de l'éducation insistent surtout sur l'entretien mais ils qualifient aussi « d'agression » le vécu du petit Nicolas et dans une proportion moindre parlent de « viol ».

- **La restitution des dires de l'enfant :**

Majoritairement, les participants se limitent à citer les dires de l'enfant : « l'enfant m'a expliqué », « l'enfant m'a dit », « l'enfant m'a confié », mais certains ajoutent qu'ils sont « inquiets pour l'enfant » ou souhaitent donner des précisions.

Ainsi :

- **Les professionnels de santé,**
 - o Médecins et sages-femmes témoignent prudemment. On peut lire « Je porte à votre connaissance les propos rapportés » sous la plume de deux médecins et pour deux autres « L'enfant m'a confié que » Une sage-femme écrit : « Un enfant vient me parler de son papa qui lui a demandé »
 - o Les IDE puéricultrices sont quasi unanimes. Onze d'entre elles écrivent :« Nicolas m'a dit » suivi de la citation des dires de l'enfant. Cinq écrivent « L'enfant m'a confié ». On retrouve aussi « L'enfant m'informe que », « Nicolas m'a révélé » et, pour trois participant-e-s « Nicolas me rapporte des propos inquiétants »
 - o Les IDE écrivent :« Le petit Nicolas est venu me dire » pour huit d'entre eux/elles. Deux IDE écrivent « Nicolas m'a raconté un fait » et deux autres relatent « hier, il m'a déclaré ».
- **Les psychologues écrivent** « Lors d'une consultation/séance, Nicolas m'a dit/rapporté les faits suivants » pour huit d'entre eux. « Il m'a fait part de l'information suivante » pour trois autres.
- **Les juristes témoignent** :« Nicolas nous informe » pour l'un. « Nicolas nous annonce » pour l'autre. « Nicolas nous déclare » pour un troisième. Un autre encore précise « J'en parle à des collègues et j'appelle la police tout en essayant d'obtenir plus d'informations de la part de l'enfant ».
- **Les professionnels d'effectifs de police** n'ont pas rédigé d'IP fidèles aux dires de l'enfant mais certains expliquent :
 - o « Je n'informe pas la CDIP mais je fais appel à la BLPF (Brigade Locale de Protection des Familles) pour qu'il soit reçu et entendu, les faits ayant été commis la veille » précise l'un d'entre eux.
 - o « Je n'appelle pas la CDIP mais la BLPF en demandant une audition filmée selon l'article 53 du code pénal » indique une autre.
- **Les éducateurs soulignent** : « Je n'ai pas suffisamment d'informations pour rédiger une IP. Je contacte la famille et j'essaie d'organiser une rencontre » pour trois d'entre eux alors qu'un autre détaille : « Transmission à une équipe pluridisciplinaire, rapport à l'aide sociale à l'enfance en urgence. L'enfant sera auditionné ».

Ainsi, tous se limitent aux dires de l'enfant en utilisant des expressions assez similaires mais médecins, IDE et psychologues expriment des nuances voire de précautions alors que les juristes sont dans l'analyse, les éducateurs dans la retenue et les professionnels de police dans l'utilisation de canaux d'information différents de ceux de la CDIP.

3.1.3.2.3 Les Spécificités retrouvées dans le groupe des étudiants

- **Le ressenti des étudiants varie :**

On peut lire : « Je vous transmet mon inquiétude, l'enfant m'a confié », pour un étudiant. « Nicolas m'a tenu des propos très préoccupants » pour deux autres et aussi pour un autre « Il m'a fait part de faits inquiétants ».

- **Et leurs certitudes sont fragiles :**

« Je soupçonne le père d'avoir violé son fils ». « C'est un inceste, une agression, un viol ». « Il **serait** victime d'agression sexuelle ».

Il s'agit de « faits graves ». « L'enfant m'a rapporté un fait grave ».



Figure 17 : Nuage de mots pondérés utilisés par les étudiants pour qualifier la situation de l'enfant

Les IP des professionnels en formation sont teintées d'inquiétudes. La plupart dénonce le viol et dans une proportion moindre l'agression.

3.1.3.2.4 Les attitudes et expressions des participants :

Cette analyse permet de mieux comprendre comment les participants ont vécu cet exercice.

- Assez généralement, les participants ont majoritairement adopté une position d'aidant tout en cherchant à dénoncer les faits et leur auteur, utilisant fréquemment les termes forts de viols, d'agression, de violences, position largement partagée dans tous les groupes.
- Les étudiants emploient plus communément des verbatim traduisant la violence ou l'agression que les professionnels en exercice, mais que leur IP sont majoritairement teintées d'incertitude.
- L'attitude des professionnels en exercice varie :
- Les verbatim des professions juridiques témoignent, communément, d'une situation de violence

et d'agression. Ces professions sont volontiers dans l'accusation, exprimant peu d'incertitudes à l'inverse des étudiants. Elles vont droit au but. Elles expriment davantage l'urgence de la prise en charge de l'enfant. Leurs IP ne sont pas nuancées. La neutralisation de l'agresseur semble être une de leurs préoccupations essentielles.

- L'attitude des professionnels de santé est différente, plus en nuance, avec des verbatim exprimant moins nettement des « faits préoccupants ».
- Si les professionnels sociaux élaborent des IP souvent appropriées, bien rédigées, l'inventaire des verbatim utilisés ne permet pas d'en dégager des caractéristiques, mise à part la retenue.
- Par contre, les professionnels de l'éducation, expriment peu de doute. Avec les professions juridiques, c'est ce groupe de professionnel qui dénonce le plus les faits qu'il qualifie « d'agression ».

4 DISCUSSION

4.1 LES ELEMENTS LES PLUS MARQUANTS DES RESULTATS

4.1.1 Les données de l'étude quantitative font apparaître que seulement la moitié des IP rédigées sont appropriées à la situation décrite.

Le respect des règles de rédaction d'une IP est assez semblable selon les professions étudiées.

Nous avons vu qu'il existe des différences peu significatives entre les différents domaines professionnels. La valeur p (p-value) obtenue est de 0.040.

Nous observons bien sûr des nuances. Parmi les professionnels en exercice, les professionnels sociaux sont ceux qui, proportionnellement à leur nombre, écrivent le plus d'IP considérées comme appropriées, suivis par les professionnels du domaine de la santé et de l'éducation et que ce sont les professionnels du milieu juridique qui s'en éloignent le plus.

En ce qui concerne les étudiants, nous ne pouvons pas tirer de conclusion car seul le groupe des étudiants en santé est représentatif. Dans ce groupe, les différences entre les IP appropriées ou non sont peu significatives avec celle des professionnels de santé en exercice avec une valeur p (p-value) de 0,029.

Nous constatons toutefois que les professionnels en exercice rédigent généralement des IP plus pertinentes que les étudiants des mêmes disciplines.

4.1.2 L'étude qualitative permet d'affiner ces remarques. Dans la rédaction des IP, on relève des imperfections très spécifiques à chaque groupe de professionnels.

Les membres des professions juridiques se centrent sur l'agression qu'ils décrivent avec précision sans nuancer leurs propos. Ils affirment que l'IP n'est pas la solution et proposent des alternatives.

Ce point de vue est partagé par les professionnels sociaux qui demandent souvent une action de protection immédiate. Ils décident aussi assez fréquemment de ne pas rédiger d'IP. Ils la jugent inappropriée à la situation, comme les professionnels du monde juridique et du maintien de l'ordre.

Les écrits des professionnels de santé sont fidèles aux dires de l'enfant. Ils ne sont pas accusateurs.

À l'opposé, nombreux sont les étudiants, toutes catégories confondues, qui doutent de ce qu'ils écrivent émettant des jugements et des accusations fréquemment teintés d'incertitude.

4.2. VALIDITE DU TRAVAIL

4.2.1 - Faiblesses de l'étude

L'enquête minute est réalisée en ouverture d'un colloque consacré aux violences sexuelles sur mineur-e-s. Elle est proposée après présentation du programme scientifique, de l'exposé des questions soulevées et la présentation des intervenants. Elle s'adresse à tous les participants sans distinction de profession, qu'ils soient professionnels en exercice ou étudiants.

L'enquête ne fait appel à aucun échantillonnage, prenant la population telle qu'elle se présente, laissant aux participants le choix d'y participer ou non, créant un biais de recrutement assumé.

Ce colloque rassemble 451 personnes. Or, nous ne recueillons que 333 IP. Rappelons que notre analyse ne porte que sur 326 IP car 7 d'entre elles, jugées inanalysables, sont rejetées d'emblée.

Cent dix-huit personnes n'acceptent donc pas de participer à cette enquête-minute. Nous reviendrons sur ce point au cours de la discussion.

Les effectifs de différentes catégories professionnelles sont très variables. Ce sont soit des professionnels en exercice soit des étudiants en formation. Nous avons exclu les membres des professions trop faiblement représentées pour non représentativité, leur émiettement rendant délicat toute interprétation des chiffres.

4.2.2 : Forces de l'étude

L'enquête est anonyme, sans critère d'âge ou de sexe. Elle demande que soit précisée l'orientation professionnelle présente ou future de la personne rédigeant l'IP.

L'étude est centrée sur les réactions des professionnels et des étudiants confrontés à la situation proposée.

Cette enquête minute se veut inopinée, dès l'ouverture des travaux, saisissant les participants « à froid », avant tout exposé et réflexions sur ces situations souvent délicates et périlleuses. Elle veut surprendre le participant, le mettre en situation, sans que rien ne le prépare à recevoir la confiance d'un enfant qui le choisit en toute confiance, pour le forcer à analyser toutes les facettes d'une situation vécue et à réagir en un temps limité, malgré les sentiments et les questions qu'elle suscite.

Elle interpelle un professionnel qu'il soit en exercice ou en formation, intéressé par le thème des violences sexuelles sur mineur-e-s, en le confrontant à la narration d'une situation, reflet de la réalité du terrain.

Elle veut saisir l'instantané de ses réactions teintées d'émotion en accordant peu de temps à sa réflexion.

Tout en constituant une accroche aux questions soulevées par le thème du colloque et pour préparer le participant à s'approprier le fruit des expériences qu'il véhicule, l'enquête est une occasion unique pour tenter de saisir les connaissances que tout professionnel au contact d'un mineur en danger réel ou supposé, peut avoir de l'IP.

Malgré les abstentions constatées, l'étude est valorisée par la forte participation qu'elle a suscitée et grâce à la grande majorité des IP exploitables. Son intérêt est encore majoré par la présence de professionnels en exercice habituellement au contact des mineur-e-s et d'un nombre important d'étudiants de disciplines différentes appelés à assurer leur protection dans le futur.

4.2.3 Le choix des critères retenus pour classer les IP.

Le choix des critères retenus pour classer les IP en deux catégories, celles qui sont appropriées à la situation vécue et celles qui ne le sont pas, peut prêter à discussion. Il appelle des précisions. En effet, sept critères sont retenus pour permettre leur classement :

1. L'information doit être limitée au nécessaire, sans interprétation personnelle.
2. La retranscription des dires de l'enfant doit être précise.
3. La rédaction doit répondre au concept de l'IP, bien distinct de celui d'un certificat ou d'un signalement.
4. Il ne doit pas y avoir de jugement ou d'accusation, de qualification des faits, la qualification juridique permettant de passer des faits au droit.
5. Il ne doit pas relater d'affects ou d'appréciation personnelle du récit de l'enfant par l'auteur de

l'IP.

6. Le message ne doit pas être déformé, ménageant, assurant, épargnant ou dédouanant l'auteur de l'IP
7. Il ne doit pas exprimer d'injonction à une action de protection.

Un critère de sélection se doit d'être clair, pertinent, sélectif, fiable et non délétère. Une relecture attentive des critères retenus pour l'étude quantitative permet de vérifier que leurs périmètres respectifs sont précis. Ils ne laissent place à aucune ambiguïté, appelant une réponse binaire. Il ne peut y avoir que deux interprétations. Il ne peut y avoir de situations où l'on ne peut décider du classement.

4.3. DISCUSSION DES RESULTATS :

À ce stade, la discussion des résultats appelle un certain nombre de remarques concernant l'étude quantitative et l'étude qualitative mais au préalable, pour en faciliter l'analyse, il nous apparaît nécessaire de réfléchir sur les acquis universitaires des étudiants et les cursus des professionnels participant au colloque

4.3.1 : Analyse des référentiels métier et des programmes de formation.

⇒ Globalement,

Si on analyse les référentiels métiers des professionnels présents au colloque et les programmes de formation qui en découlent, on constate qu'il n'est fait nulle part référence au concept de « l'Information préoccupante » de manière précise. Nous les avons parcourus. Le concept de l'IP, et encore moins l'approche des critères souhaités pour sa rédaction, ne figurent dans aucun document afférent à la formation et aux compétences professionnelles des travailleurs sociaux, des médecins, sages-femmes, infirmier-e-s, psychologues, éducateurs, enseignants ou policiers.

⇒ Dans le domaine des professions de santé :

- Si le référentiel formation des futurs médecins fait état de formations théoriques au suivi de l'enfant et de l'adolescent et à sa prise en charge globale, il ne détaille pas le cadre de référence de sa protection¹⁷.
- Quant au référentiel des sages-femmes, il ne détaille aucun élément sur la protection de l'enfance¹⁸.
- Nous n'avons pas retrouvé non plus de référence à la protection de l'enfance dans le référentiel formation des IDE générales et les notions d'IP sont totalement absentes¹⁹.
- Cependant, un référentiel formation fait exception : celui des infirmières puéricultrices qui détaille

l'obligation de « signaler une situation préoccupante aux autorités sanitaires, judiciaires et administratives compétentes ». Il n'aborde toutefois pas précisément la notion de « l'information préoccupante » mais précise que la praticienne en exercice doit savoir « identifier et analyser les situations d'urgence et définir des actions » dans le cadre d'une approche de santé publique et de protection de l'enfance. Ces dernières sont les seules professionnelles de santé sensibilisées au concept de « situation préoccupante » au sein de leur référentiel d'exercice²⁰.

⇒ Dans le domaine social :

- Les référentiels formation détaillent la notion de « champ de compétence à acquérir ». Ils précisent que le professionnel doit être en mesure de « réaliser une intervention sociale » et d'évaluer « le processus d'intervention ».

Ils soulignent que ces champs de compétence sont associés à des savoirs que le professionnel doit posséder : « connaissances sur les familles, les couples, les personnes, les groupes et les collectivités en difficulté ou vulnérables », complétés par des savoirs relatifs au processus d'intervention qu'il doit « maîtriser » : processus, méthodes et habiletés d'évaluation et d'intervention sociale auprès des individus (...) à des fins de développement, protection, prévention (...) » mais n'évoquent pas les apports positifs de l'IP^{21,22}.

- Le professionnel apparaît donc préparé à la prise en charge de situations sociales difficiles mais « non sensibilisé et formé » à la mise en œuvre de l'IP.

⇒ Dans le domaine juridique de la protection des mineurs

- Ces professionnels font partie des forces de l'ordre ou sont infirmiers, psychologues ou éducateurs à la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ils sont amenés à intervenir auprès de mineurs dans le cadre d'une protection judiciaire ou d'une protection de l'enfance auprès de jeunes mis en danger par leur situation familiale.
- Ils exercent au sein d'une équipe pluridisciplinaire en milieu ouvert, dans un cadre juridique particulier. Ils sont formés à la prise en charge des situations difficiles.

Ils apportent aux magistrats une aide permanente pour les mineurs en danger, bien en aval de l'IP.

4.3.2 : Apport de l'exercice professionnel

⇒ Dans le domaine des professions de santé :

- La thèse de Doctorat en Droit de H.ROMANO²³ apporte un éclairage intéressant : c'est dans la pratique de leur exercice, confrontés aux situations de maltraitance sur mineurs et sur personnes âgées vulnérables, que les professionnels de santé acquièrent ces notions de mise en protection et d'alerte.

- Elle constate que « les formations, acquises en cours d'exercice, au sein de la formation continue, semblent insuffisantes pour tous les praticiens sauf pour ceux exerçant depuis plus de 20 ans, et que ces formations semblent s'essouffler depuis une dizaine d'années ».
- Elle rapporte que « les professionnels exerçant depuis moins de 5 ans sont davantage formés aux questions de maltraitance de l'enfant et aux modalités de rédaction d'une IP que les professionnels exerçant depuis plus de 10 ans, tout en relevant peu de différence entre 5 et 10 ans ».
- Elle souligne que si l'expérience professionnelle est un atout, car « pour plus de 75% des professionnels de santé interrogés, le cadre juridique de l'IP est absent dans la formation initiale ».

⇒ Dans le domaine social :

- D'après les résultats d'une évaluation des guides sur la protection de l'enfance par les professionnels sociaux, réalisée en 2014 et diffusée aux services sociaux départementaux, aux organismes de PMI et aux associations²⁴, il apparaît que 28% des répondants reconnaissent le besoin d'une formation complémentaire à leur pratique de terrain.

Selon ce rapport, un quart des répondants considère que « le guide a fourni des apports complémentaires à leur formation, notamment sur le cadre d'interventions et procédures relatives aux informations préoccupantes ». Lors de l'évaluation du contenu du guide, l'une des informations considérées comme la plus utile a été la « qualification et circulation d'une IP ». Ceci démontre bien le besoin d'une formation précise au dispositif de l'IP.

Dans l'ouvrage de Madame Danièle MARTINS²⁵, une enquête auprès de travailleurs sociaux en exercice démontre que l'exercice en groupe ainsi que la formation continue sont essentiels. Elle souligne la nécessité de « l'aide à la gestion des affects et la place de l'analyse avant l'action, la nécessité d'apprendre à argumenter son point de vue, à être rigoureux ». Elle insiste aussi sur l'importance de « l'introduction du doute à la place de certitudes » où l'IP prend toute sa place alors que les professionnels du domaine social ne l'utilisent pas, préférant des mesures de protection immédiate.

⇒ Dans le domaine de la protection du mineur par les forces de police et le monde juridique :

- Citons l'action des forces de l'ordre et plus particulièrement celle de la Brigade Locale de Protection de la Famille (BLPF). Elle agit contre toutes les formes de violences envers les mineurs qui ont lieu au sein ou en dehors du cadre familial. Elle est assez emblématique des missions des corps juridiques et de police.
- La BLPF assure des actions de prévention et de répression. Elle s'occupe des affaires de mœurs, de détournement de mineurs, de violence, de viol et de prostitution. Elle enquête sur les agressions dont les enfants sont victimes : maltraitements physiques et psychologiques, agressions sexuelles, incestes...
- Les forces de police doivent protéger et rassurer les mineurs avant, pendant et après leur intervention et rendre compte de la situation à l'autorité judiciaire qui donne les directives. Elles suivent des procédures rigoureuses éloignées de l'IP.

4.3.3 : Analyses des résultats de l'étude quantitative et qualitative :

4.3.3.1 : Réflexions sur les apports de l'étude quantitative :

L'étude quantitative fait apparaître, qu'à peine la moitié des IP rédigées, sont appropriées à la situation décrite. Le respect des règles de rédaction est pratiquement similaire selon les professions étudiées. Les différences entre IP appropriées ou non sont peu significatives entre les différents domaines professionnels. Rappelons que la valeur p (p-value) obtenue n'est que de 0.040.

Ce résultat trouve son explication dans la lecture des référentiels de formation que nous avons détaillé précédemment. S'il y a bien globalement une sensibilisation aux violences sur mineurs en formation initiale, il y a peu d'enseignements théoriques et pratiques dédiés à leur prise en charge, hormis dans certaines filières professionnelles comme celles des infirmières puéricultrices et des assistants sociaux.

Nulle part il est fait état du concept de « l'Information préoccupante » et de ses caractéristiques pratiques. Ce constat est aussi vrai en formation initiale qu'en formation professionnelle continue quelle qu'elle soit. Ce défaut d'information et de formation traverse tous les domaines professionnels, ce qui explique le peu de différences significatives retrouvées dans la rédaction de l'IP entre les principaux domaines professionnels médicaux et sociaux.

Nous observons bien sûr des nuances. Parmi les professionnels en exercice, les professionnels sociaux sont ceux qui, proportionnellement à leur nombre, rédigent le plus d'IP que nous considérons comme appropriées, suivis par les professionnels du milieu de la santé et de l'éducation et qu'enfin ce sont les professionnels du milieu juridique qui s'en éloignent le plus.

Les apports de l'exercice professionnel, précédemment détaillés permettent d'envisager une possible réponse. Si les professionnels de santé se retrouvent souvent seuls, mal préparés, confrontés à des situations délicates et bouleversantes d'agression sur mineurs, les circonstances et l'engagement des travailleurs sociaux sont tout autres, car ceux-ci travaillent en équipe, souvent pluridisciplinaire.

C'est également le constat d'Hélène ROMANO²³ dans le cadre de sa thèse de Droit. Elle a pu établir, grâce à un questionnaire adressé aux médecins, sages-femmes, IDE, kinésithérapeutes et psychologues, en activité libérale ou secteur public, que 45 % d'entre eux affirmaient ne pas avoir été formé à la maltraitance de l'enfant et que 72,9% disaient ne pas connaître les modalités de rédaction d'une IP ou d'un signalement, dans une enquête largement représentative de 1157 réponses.

Une thèse de médecine, réalisée en 2019, va dans le même sens²⁶. Elle s'intéresse au regard que portent les médecins généralistes exerçant en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges, sur les notions d'information préoccupante et de signalement et rapporte que « ceux-ci affirment que leurs formations universitaires sur le sujet sont insuffisantes, quand elles existent... ».

Quant aux infirmières puéricultrices dont nous avons vu l'effcience, leur référentiel métier promeut la mise en œuvre d'activités à visée éducative et d'accompagnement à la parentalité ainsi que la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé dans une approche de santé publique et de protection de l'enfance, ce qui sans doute, fonde leurs compétences²⁷.

Envisageons enfin la qualité rédactionnelle de l'IP des étudiants présents au colloque. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion concernant ce domaine des professionnels en formation. En effet, seul le groupe des étudiants en santé est représentatif. Si l'on compare la qualité rédactionnelle des IP proposées par les étudiants en santé avec celle des professionnels de santé en exercice, la valeur p est peu significative à 0,029 (p-value). Les étudiants en santé ne sont pas suffisamment formés comme leurs aînés, même si ces derniers rédigent généralement des IP plus pertinentes. La différence s'inscrit sans doute dans l'expérience acquise au cours de leur exercice professionnel qui les confronte aux difficultés

réactionnelles des certificats et à l'établissement d'éventuels signalements, expérience toujours difficile.

Précisons que les IP ont une qualité rédactionnelle très variable selon les filières respectives. Soulignons celle des IP des étudiants de la filière sociale même s'ils sont peu nombreux. Leurs IP sont plus fidèles, plus précises, reflétant une attitude de neutralité, alors que la plupart des IP émanant d'étudiants d'autres catégories professionnelles expriment des jugements et des accusations. Mais leur petit nombre rend toute déduction très aléatoire non significative.

4.3.3.2 : Réflexions sur les apports de l'étude qualitative.

L'analyse des écrits est riche d'enseignements. Elle permet de réfléchir à la perception et à la compréhension de la situation vécue par le petit Nicolas. Elle éclaire les intentions des professionnels interpellés. Elle illustre les modes de réflexion et les savoirs propres de chaque profession. Elle souligne l'influence des niveaux de formation des professionnels.

Précisons que l'étude qualitative s'étend à l'ensemble des IP recueillies. Elle n'en exclut aucune. Il ne s'agit pas de distinguer, comme précédemment dans l'étude quantitative, deux catégories d'IP, celles qui seraient appropriées aux attentes et les autres non appropriées.

- La manière dont les dires de l'enfant sont perçus :

Bon nombre d'IP rapportent clairement un jugement. L'écrit n'est plus neutre. Le rédacteur qualifie les dires et la situation vécue par le petit Nicolas dont il n'a pourtant pas été témoin. Les termes sont lourds de conséquences, allant du mot « agression » au mot « viol ». Nous sommes ici dans un langage juridique utilisant des termes auxquels sont attachées des sanctions différentes prévues par la loi.

L'usage de ce vocabulaire trouve ses racines dans les parcours professionnels des participants, dans le cadre institutionnel qui leur est propre. La mise en sécurité de l'enfant et l'isolement de l'auteur pour éviter toute récidive sont des missions essentielles pour les professions sociales, juridiques et de police.

- La qualification des faits selon l'activité professionnelle du dépositaire de la parole de l'enfant :

Cette perception des faits n'est pas univoque chez les professionnels de santé. Le choix des termes qualifiant la situation est divers, hésitant, montrant bien la méconnaissance des définitions juridiques et le manque de formation.

On constate toutefois que les professionnels du domaine juridique et des filières judiciaires sont tout aussi imprécis pour qualifier l'acte et discerner les faits alors qu'ils n'ignorent pas les lois.

Cela traduit bien les difficultés à appréhender à chaud une telle situation, même pour des professionnels aguerris plus habitués à rencontrer de telles situations.

Rappelons les propos de Madame Danièle MARTINS²⁵, à l'adresse des travailleurs sociaux en exercice, soulignant la nécessité de « l'aide à la gestion des affects et la place de l'analyse avant l'action, la nécessité d'apprendre à argumenter son point de vue, à être rigoureux », et qui insiste sur l'importance de « l'introduction du doute à la place de certitudes ».

- Les réactions que suscitent les dires de l'enfant :

Le qualificatif « d'urgence » est largement utilisé, suivi par le terme « grave ». Ils sous-tendent la nécessité d'agir. Ils traduisent l'importance de la situation et ses conséquences destructrices. Ces réactions sont assez unanimes.

Cette notion « d'urgence à agir » s'inscrit dans les missions de toutes et tous. Les référentiels métiers s'en font l'écho :

- « Identifier et analyser les situations d'urgence et définir des actions dans une approche de santé publique et de protection de l'enfance » pour les puéricultrices²⁷.
- « Effectuer les démarches nécessaires » en conseillant les praticiens de santé libéraux en difficulté, qui se déclarent « plus exposés » soulignant « la peur de se tromper, la crainte d'aggraver la situation, la peur de représailles personnelles ou professionnelles » comme le souligne H. ROMANO²³
- Pour les assistants sociaux « Ils mènent des interventions sociales, individuelles ou collectives, en vue d'améliorer par une approche globale et d'accompagnement social les conditions de vie des personnes et des familles » intervenant dans différents champs dont la protection de l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse²¹
- « Miser en place d'une protection judiciaire » pour les forces de l'ordre, psychologues et éducateurs à la Protection Judiciaire de la Jeunesse²⁹.

- La restitution de la parole de l'enfant :

On constate chez les participants une volonté commune de rester fidèle aux dires de l'enfant. Mais si cette préoccupation d'une « restitutio in integrum » semble acquise, on perçoit qu'elle est sous tendue par une certaine prudence née de l'incertitude et du manque de formation.

Tous se limitent aux dires de l'enfant en utilisant des expressions assez similaires.

- Mais les médecins, IDE et psychologues nuancent leur propos.
- Les juristes souhaitent inscrire davantage leur action dans l'analyse des faits plutôt que dans les propos tenus.
- Les éducateurs sont dans la retenue suivant en cela les conseils de D. Martins²⁴, précédemment citée.

Les forces de police agissent dans le cadre strict défini par le défenseur des droits et se doivent d'entendre

le mineur agressé dans des conditions matérielles optimum d'audition et de recueil de sa parole en salles d'audition dédiées³⁰.

4.3.3.3 : Regard sur les participants au colloque n'ayant pas souhaité rédiger d'IP.

Arrêtons-nous sur un groupe de participants qui échappe à notre étude en n'ayant pas pris part à l'enquête-minute. On peut s'interroger sur les raisons de cette abstention.

Les organisateurs ont dénombré 451 participants mais nous n'avons recueilli que 333 IP. 7 IP sont inexploitable, illisibles. 175 ont été écartées ne correspondant pas aux critères attendus. 118 participants se sont abstenus. Ils n'ont pas accepté de se prêter à ce test ou n'ont pas voulu remettre leurs écrits.

Ces personnes se sont pourtant inscrites par intérêt pour le thème du colloque dans un esprit d'amélioration de leur exercice professionnel ou de leur formation. On peut s'interroger sur ce refus de participer à cet exercice et avancer l'hypothèse que ces personnes se sont trouvées en difficulté dans la rédaction de l'information préoccupante qui leur était demandée et elles ont préféré s'abstenir.

Est-ce par mauvaise volonté ? Par désintérêt ? On peut légitimement écarter de telles explications, devant l'intérêt que le thème du colloque suscite chez les participants. Rappelons que 150 personnes n'ont pu bénéficier d'une inscription faute de place dans l'amphithéâtre.

Ces personnes se sentaient-elles inexpérimentées ou refusaient-elles d'élaborer un document qui ne leur apparaissait pas adapté. Elles représentent en tout cas un groupe important. À ce stade de la réflexion, nous ne pouvons répondre à cette question mais la répartition des abstentions selon les domaines professionnels peut suggérer des réponses.

En comparant, profession par profession, la liste de tous les participants au colloque avec celle des participants qui ont accepté de rédiger l'IP et qui sont comptabilisés dans notre étude, nous constatons que :

- 37% des professionnels sociaux en exercice se sont abstenus. Leur taux de participation n'est que 63% mais en revanche, 83% des étudiants de ces mêmes filières ont adhéré à l'enquête minute.
- 24% des professionnels de santé n'ont pas rédigé l'IP mais les étudiants en santé n'ont adhéré que pour 66% d'entre eux.
- Bien que moins nombreux, nous constatons que les professionnels de l'éducation ont très largement participé à l'exercice proposé avec un taux de participation de 95% et que tous les étudiants de cette filière ont établi une IP.
- Ces pourcentages contrastent avec ceux des professions juridiques, également moins représentées dans notre population globale. Leur taux de participation est le plus bas avec une abstention à 65%. Dans ces filières, il n'y a pas de différence significative dans les réponses des étudiants ou des professionnels en exercice.

À la lumière des analyses précédentes, on peut émettre l'hypothèse que parmi eux, certains professionnels ne reconnaissent pas l'IP comme légitime, souhaitant réaliser un signalement dans la situation du petit Nicolas. Cette possibilité est toutefois peu probable car leur participation à l'exercice n'écarte pas l'opportunité d'exprimer cette alternative.

4.3.3.4 Importance de la méconnaissance de l'IP

Au terme de cette analyse quantitative et qualitative, on observe qu'un grand nombre de participants se trouve en difficulté. On mesure l'importance du problème.

326 IP sont rédigées. 151 IP sont estimées appropriées aux attentes et mais traduisant des perceptions différentes des mêmes faits et comportant souvent des hésitations dans l'écrit comme l'illustre bon nombre de rédactionnels recueillis, surchargés et biffés.

175 IP sont écartées, ne correspondant pas aux critères attendus, illustrant l'inexpérience. Si l'on y ajoute les 120 personnes qui ne remettent pas leur IP, ce sont donc 295 professionnels en activité ou en formation qui se sentent en difficulté.

Or, en dehors des contextes d'urgence, l'Information Préoccupante est devenue un outil essentiel. C'est ce qu'ont affirmé, en réponse à leurs questionnements et leurs ressentis, les professionnels de santé interrogés dans le cadre de la thèse du Dr Maddy ANDREANI¹⁵, consacrée au dépistage des violences sexuelles sur mineurs. Elle conclue son travail soulignant que « L'information préoccupante, peu connue de l'ensemble des professionnels, est apparue comme salutaire et rassurante : elle permet de remettre entre les mains d'experts les situations de doute et soulage ainsi le lanceur d'alerte sur le risque d'erreur comme sur l'assurance d'une prise en charge par un tiers ».

Plusieurs lois insistent sur la nécessité de former les professionnels en contact avec les enfants et tout particulièrement la loi du 5 mars 2007 n° 2007-293³¹ et la loi n°2016-297 du 14 mars 2016³² qui imposent aux professionnels une formation en protection de l'enfance. Cette loi de 2007 stipule que « les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger »

Or, il n'existe aujourd'hui aucun référentiel commun, aucun programme minimum sur ces sujets, que ce soit en formation initiale ou continue pour combler ce défaut de compétence dans les domaines du « savoir, savoir-faire et savoir-être ».

Nous avons donc sollicité la Cellule Départementale de Recueil de l'Information Préoccupante de Moselle (CRIP ou CDIP) afin de définir les éléments clés de l'IP, que nous détaillons maintenant.

4.3.4 : Qualités d'une information préoccupante attendues par la CRIP.

Cet échange avec les représentants de la CRIP de Moselle nous permet d'identifier les éléments utiles à la réalisation d'une IP.

Une IP efficace répond à un certain nombre de conditions :

4.3.4.1 Des éléments essentiels :

- L'IP doit nécessairement détailler l'état civil et l'adresse de l'enfant, les noms et prénoms des parents et leurs numéros de téléphone. Il est utile de préciser si l'enfant est déjà suivi ou connu de l'organisme de PMI ou des assistants sociaux du secteur. Plus l'IP est riche en renseignements précis plus l'évaluation en sera facilitée.
- Elle doit comprendre « tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus ou d'inquiétude sur des comportements de mineurs »³³
- Nous reviendrons sur un point particulier de cette recommandation dans les commentaires d'un prochain paragraphe.
- Elle doit relater des événements factuels, constatés ou vérifiés, ayant alerté le rédacteur. Il n'est pas toujours aisé de les repérer et dans ce cas, il y a lieu de nommer la source des dires ou celle des éléments d'analyse qui nourrissent un ressenti.
- Les dires du mineur agressé doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Ils doivent être retranscrits, le plus fidèlement possible, en utilisant « son » vocabulaire et en le citant. Les propos de témoins, issus de l'entourage du mineur, de professionnels à son contact ou le prenant en charge, sont également souhaitables.
- Le professionnel doit préciser son identité ainsi que ses coordonnées et être joignable.
- Une seule IP doit être rédigée dans le cas où plusieurs enfants sont concernés au sein d'une même fratrie.

4.3.4.2 Des éléments complémentaires :

La CDIP insiste également sur certains points :

- Il est recommandé de prévenir la famille ou la personne légalement responsable de l'enfant qui fait l'objet d'une IP, à moins qu'elle mette en cause un membre de la cellule familiale. Dans la situation où des abus sexuels sont suspectés en son sein, de la part d'un des parents, il convient de ne pas les informer, afin de ne pas mettre en danger l'enfant, en leur communiquant ses révélations et pour ne pas entraver la conduite de l'enquête sociale et de police.
- L'anonymat est normalement réservé aux citoyens et ne doit pas être une option pour les professionnels. En effet, cette situation d'anonymat peut être vécue comme une trahison par la famille et est difficile à justifier par la CDIP. Il est fortement conseillé d'agir dans la clarté pour

préserver le lien de confiance établi et d'expliquer qu'il s'agit de protéger le mineur, que cela fait partie des missions et des fonctions des professionnels alertés et qu'une IP est toujours consultable par celui, celle ou ceux qui en font l'objet. Enfin, l'accès complet à la connaissance d'une IP est possible sauf en cas d'intérêt contraire à l'enfant.

- Il est inutile de relater l'historique de la vie de l'enfant. En effet, bon nombre d'IP sont parfois trop longues, relatant des faits vécus plusieurs mois ou plusieurs années auparavant. Ceux-ci font l'objet d'une évaluation par les experts sans que cela soit nécessairement mentionné dans l'IP.

4.3.4.3 Autres points importants :

La CDIP précise également que :

- Le but de l'IP est de répondre à la question : Qu'est ce qui a déclenché l'inquiétude à l'instant précis où le professionnel décide de rédiger l'IP ?
- Elle souligne que l'expression des émotions et des intuitions sont les bienvenues et que toutes précisions sont utiles.
- L'objectif essentiel et permanent est de protéger le mineur agressé et non pas de faire condamner un possible agresseur.

4.3.4.4 Un plus large champ d'action :

Soulignons enfin que les objectifs de l'IP dépassent largement le cadre de notre étude.

- Son périmètre ne limite pas aux agressions sexuelles sur mineurs. La HAS³⁴ souligne que « l'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3, pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être ».
- Sa finalité est d'évaluer avec justesse la situation d'un mineur et de déterminer des actions de protection et d'aide pour lui et sa famille. Elle doit s'inscrire dans un cadre précis détaillant les faits, l'origine, les nécessités de protection, les ressources et les appuis éventuels...

4.3.5 Divergences et commentaires :

- Toutes ces précisions répondent bien à nos attentes. Elles confortent nos exigences et ratifient l'essentiel du choix de nos critères de sélection. Mais deux items interpellent : le critère n°5 souhaitant s'assurer de « l'absence d'affects ou d'appréciation personnelle du récit de l'enfant par l'auteur de l'IP » et le critère n°7 vérifiant « l'absence d'injonction à une action de protection ».

Ces divergences méritent réflexion.

- Le critère n°5 permet de nous assurer de l'absence d'orages émotionnels, de ressentis instinctifs dirigeant la réflexion de l'auteur de l'IP vers des conclusions et des actions hâtives sans réel rapport avec la situation vécue.

Rappelons-nous les conseils de Madame Danièle MARTINS²⁵, soulignant la nécessité de « l'aide à la gestion des affects et la place de l'analyse avant l'action, la nécessité d'apprendre à argumenter son point de vue, à être rigoureux », à l'importance de « l'introduction du doute à la place de certitudes ».

En fait, le désaccord n'est qu'apparent car si la CDIP souligne que l'expression des émotions et des intuitions sont bienvenues et utiles, elle requiert de nommer la source des dires ou celle des éléments d'analyse qui nourrissent le ressenti. Cela lui permet de percevoir le climat dans lequel l'IP est rédigée.

- Le critère n°7 vérifie « l'absence d'injonction à une action de protection ». Il semble en complète contradiction avec l'objectif essentiel et permanent de la CDIP qui est de protéger le mineur agressé. Cette divergence est trompeuse. La volonté est bien de protéger mais il s'agit ici de différencier l'intention de l'action immédiate. La divergence porte sur le terme « injonction », terme juridique qui prend la valeur d'un ordre et sous-entend une procédure judiciaire. Elle fait écho aux prises de position des professionnels des domaines juridiques et de polices qui oeuvrent dans un cadre institutionnel particulier dont les missions sont la mise en sécurité du mineur et la sanction de l'agresseur pour éviter la récurrence. Ils s'inscrivent dans le cadre de « l'urgence » et du signalement, hors du champ de l'IP.

Une des recommandations de la CDIP appelle un commentaire.

- La CDIP, dans la ligne de l'ONED devenue en 2016 l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), demande que soient renseignés « tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus ou d'inquiétude sur des comportements de mineurs »³³.
- Pour les médecins, cette disposition peut poser problème. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rappelle que la loi du 5 mars 2007 donne un cadre légal au partage d'informations concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être.
- Cette loi aménage le secret professionnel pour permettre de mettre en place des mesures de protection dans des conditions strictement définies. Le CNOM rappelle aux médecins leurs obligations en précisant que « la dérogation légale au respect du secret médical les met à l'abri de toute poursuite pour violation du secret, à la condition expresse de ne dénoncer que les faits et non leurs auteurs allégués ».
- Le CNOM³⁵ souligne que « les informations à caractère médical restent soumises au secret professionnel », mais « qu'elles peuvent être transmises à un médecin nommément désigné dans le but de protéger le mineur ».
- Ainsi, en pratique : « le médecin prend contact avec la CRIP ou CDIP en Moselle et si possible avec le médecin de la cellule afin de lui exposer son problème »³⁵.

4.3.6 Un cadre national de référence :

- Les Cellules départementales de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ont pour mission d'évaluer avec neutralité toutes les informations qu'elles reçoivent pouvant laisser craindre qu'un mineur « peut être en danger ou en difficulté dans sa famille ».
- Différents rapports ont mis en évidence des difficultés dans le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes, en particulier l'absence d'outils partagés au niveau national, la diversité des processus de traitement et des modalités d'évaluation des conseils départementaux ainsi que le manque d'échanges des professionnels de terrain sur leurs pratiques.
- Une note d'actualité pour uniformiser l'action des CRIP est parue en mars 2018, proposant un socle de 10 indicateurs portant sur trois domaines : l'activité des CRIP, la population des mineurs concernés par une IP et enfin le danger ou motif de l'IP.
- La Haute Autorité de santé (HAS), alertée par les divergences, a publié le 20 janvier 2021 « le premier cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ».
 - Elle s'adresse à tous les acteurs des conseils départementaux impliqués dans le recueil et le traitement des informations préoccupantes (CRIP), pour harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire national. Ses recommandations concernent tous les professionnels et institutions, qui contribuent au dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes. Elle propose un guide d'évaluation composé de trois livrets et d'une « boîte à outils », détaillant 8 documents, conçus pour aider les professionnels de la Protection de l'Enfance dans leurs pratiques quotidiennes. Ces fiches pratiques sont destinées à devenir les outils de référence des professionnels des CRIP.
 - La HAS³⁴ interpelle également tous les professionnels de santé intervenant auprès des enfants et des adolescents, en libéral comme en milieu hospitalier (services des urgences, de pédiatrie, de maternité et les UEAD) ainsi que les acteurs du secteur social de proximité, de la police, de la gendarmerie et de la justice. Dans la « boîte à outils » proposée, une des huit fiches synthétiques détaille une trame pour le recueil d'une information préoccupante destinée au professionnel de terrain non familiarisé à sa rédaction.

On lira avec intérêt le rapport et les commentaires émis par Madame Dominique DUBOIS, juriste et conseillère technique au CREA I BFC³⁶, qui a été désignée par la HAS pour effectuer ce travail de relecture. (Dubois D, Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité bourgogne franche Comté.

4.4 Influence des qualités et des imperfections des IP sur le devenir.

Nous venons de voir que s'il y a des IP bien renseignées, un bon nombre d'entre elles comportent des insuffisances. Engendrent-elles des conséquences ?

- Il peut être dommageable d'adresser une IP mal rédigée ou incomplète. Cependant, lors de nos entretiens avec la CRIP, il nous est précisé qu'aucune IP n'est rejetée. Elles sont toutes analysées avec la même attention au sein des services de la cellule.
- À l'issue de cette étude, s'il apparaît qu'il n'existe aucun danger immédiat ni risque de danger dans un avenir proche, son examen est confié à une équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour compléments d'informations.
- S'il résulte qu'il n'y a aucun besoin d'accompagnement du mineur, de ses parents ou de ses proches, l'information préoccupante est classée sans orientation.
- Ainsi, une IP élaborée dans la précipitation, dans un contexte émotionnel, sans arguments rigoureux, sans questionnement des certitudes, peut être classée sans suite après l'enquête de la CDIP, préservant ainsi les proches, suspectés à tort de maltraitance sur mineur, de conséquences douloureuses.
- Par contre, s'il s'avère qu'un besoin d'accompagnement est identifié, et que ce besoin ne relève pas de la protection de l'enfance des services sociaux de secteur ou de la PMI, la CDIP orientera la prise en charge initiée par l'IP, vers un accompagnement par les services du Conseil Départemental ou d'un autre partenaire du territoire.
- Si, à l'analyse de l'IP détaillant le vécu et l'environnement de l'enfant ou du mineur, la cellule constate que sa santé psychique et son développement sont compromis ou risquent de l'être sans une intervention, elle oriente la prise en charge vers l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.
- Enfin s'il est établi, en fonction de la gravité des faits rapportés par l'IP, que l'enfant ou le mineur est effectivement en situation de danger grave ou imminent nécessitant une action immédiate, la cellule établit un signalement et le transmet au parquet.

Ainsi, la CDIP¹³ « contribue à clarifier et à fiabiliser les procédures depuis la transmission d'une information préoccupante jusqu'à la décision prise par l'autorité administrative. »

Donc en pratique, toute IP est examinée. Les critères d'IP appropriées que nous avons établis pour analyser l'enquête après étude des textes législatifs sont plus sévères que ce que la CDIP de Moselle tolère, pour ne pas refuser la protection d'un mineur objet d'une IP maladroite. Ces critères ont par contre une valeur didactique dans un but d'informer et de former sur le bon positionnement de l'IP dans la protection des mineurs.

4.5 Les erreurs à ne pas commettre.

Il découle de ces réflexions qu'il est impératif d'éviter ce qui peut être qualifié de faute grave ou de manquement :

- « Ne pas prendre toute la mesure de la dangerosité d'une situation à laquelle est exposé un mineur et/ou en sous-estimer les conséquences somatiques et psychologiques » sont des défauts qui peuvent être préjudiciables. Ils peuvent retarder l'écriture de l'IP, son évaluation et en conséquence la protection de l'enfant ou du mineur.

- « Rédiger un signalement en donnant foi à des discours ou des constatations sans les avoir entendus ou vécus ou détailler des informations transmises sans se limiter à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance [...], rendent condamnables les professionnels de santé, médecins et sages-femmes » article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles³².
- « Ne pas établir d'IP » est, sans aucun doute, l'erreur majeure pour tout professionnel au contact d'un mineur en danger. Rappelons, qu'en cas de doute ou de difficultés, les CRIP ont un rôle de conseils pour les professionnels comme les particuliers qui se questionnent sur toute situation délicate qui s'impose à un mineur. `

4.6 Des guides pour la rédaction d'une IP.

- Au fil des années, diverses CRIP ont proposé des guides pratiques. Ces guides, souvent très bien détaillés. Ils s'enracinent dans les territoires et fournissent les coordonnées des principaux acteurs locaux. Ils détaillent les lois et le parcours d'une IP. Il est donc utile de conseiller à tout professionnel au contact des mineurs de se rapprocher de la cellule de son département.
- L'un des guides mérite attention. Il s'agit du « Guide pratique de l'Information préoccupante et du Signalement » diffusé par le Conseil général du Val-de-Marne³⁷, intitulé « Pourquoi, comment, qui informer sur les situations d'enfants en danger ». Bien structuré, il répond de manière synthétique et précise aux questions essentielles que peut se poser un professionnel confronté à de telles situations.
- La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de Meurthe-et-Moselle (DSDEN54) a également élaboré en septembre 2015 un guide sur la protection de l'enfance pour les professionnels enseignants du premier et du second degré³⁸, riche en explications et conseils pratiques dont des modèles d'Information préoccupante.
- Ces guides proposent divers modèles de rédaction d'IP et des approches parfois différentes. C'est pourquoi, dans un esprit de synthèse, un modèle type est alors proposé par la HAS³⁹ en 2021. Ce modèle fait partie de la « boîte à outils ». Mais tous ces documents pratiques ont un caractère très administratif qui peut rebuter un professionnel non habitué. Leur objectif est de favoriser l'évaluation de l'IP et non son écriture. On peut craindre que le professionnel, déjà dans l'expectative, ne soit rebuté.
- À la lumière de tout ce qui précède, notre apport dans la rédaction du document ne peut être que limité.

Cependant, il nous apparaît utile de préciser qu'il doit contenir toutes les informations dont dispose le professionnel, les identités et les coordonnées du mineur, celles des personnes proches, la date et le lieu de l'évènement, les paroles précises de l'enfant en utilisant son vocabulaire et les guillemets, les éléments recueillis et éventuellement constatés.

Il doit citer la personne mise en cause, dans une expression au conditionnel et sans la qualifier d'auteur. Il doit indiquer les éventuels témoins, détailler les éléments qu'ils rapportent avec exactitude et toujours entre guillemets et décrire les actions éventuellement conduites. Le dialogue avec les familles doit figurer dans l'IP sauf si la personne mise en cause est un membre de la famille.³⁹

Mais soulignons que confronté à de telles situations, le professionnel doit recueillir la parole du mineur d'une oreille attentive et empathique, en écoutant sans orienter, en respectant les silences, en créant un climat de sécurité et de confiance. Sans cette rigueur, il est difficile de saisir tous les aspects de la situation, d'envisager puis de rédiger l'IP avec justesse.

« Ainsi, il faut le rassurer car il redoute les conséquences de ses confidences. Il faut le conforter dans sa démarche, lui signifier qu'il fait bien d'en parler. Il ne faut poser qu'une seule question à la fois et ne pas couper la parole, éviter toute question inductive sortant de la neutralité et orientant la réponse en fonction de ce que l'on désire, suggérant un élément que le mineur n'a pas donné. Il faut rappeler ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas et évoquer la loi. Il faut garder le lien et proposer une nouvelle rencontre, une aide »⁴⁰

Rédiger une IP devient alors une démarche plus paisible, mieux fondée et pertinente.

- Et il est important d'indiquer que si le professionnel est un médecin ou sage-femme,
 - « En matière de protection de l'enfance il faut impérativement rappeler leurs obligations en précisant que la dérogation légale au respect du secret médical les met à l'abri de toute poursuite pour violation du secret, à la condition expresse de ne dénoncer que les faits et non leurs auteurs allégués ».³⁵
 - Un certificat médical descriptif des constatations du médecin peut accompagner l'IP. Il est destiné uniquement au médecin de la CDIP. En effet, « les informations à caractère médical restent soumises au secret professionnel, mais elles peuvent être transmises à un médecin, nommément désigné, dans le but de protéger le mineur ».³⁵

5. CONCLUSION

L'objectif de ce travail est d'estimer la connaissance des éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante caractérisant la situation d'un mineur en danger, par les professionnels de soins primaires et les travailleurs sociaux diplômés ou en formation.

Si les connaissances attachées à l'usage du certificat médical et du signalement semblent bien connues, celles de l'IP s'avèrent encore bien imparfaites.

- L'analyse quantitative nous apprend donc que 120 participants n'ont pas remis leur IP et que 175 IP ont été écartées, ces dernières ne correspondant pas aux critères attendus. Cela illustre l'inexpérience des professionnels. Elle souligne également qu'à peine la moitié des IP rédigées sont appropriées à la situation vécue par le petit Nicolas. Elle constate enfin que le respect des règles de leur rédaction est similaire quelques soient les professions étudiées.
- L'analyse qualitative des écrits reflète le cadre dans lequel le professionnel évolue. Elle illustre les modes de réflexion et les savoirs, savoir-faire et savoir-être de la profession.

Le professionnel de santé inscrit sa démarche dans le soin et est embarrassé voire maladroit dans les cadres institutionnels et juridiques. Le travailleur social engage son action avec conviction dans la protection du mineur, qui est une de ses missions, mais gère difficilement ses affects. Les personnels de police et de justice ont une autre approche centrée sur la protection du mineur et la répression des faits délictueux.

Le manque de formation est toutefois une caractéristique globalement partagée. Rappelons que le législateur s'en est préoccupé en promulguant la loi du 5 mars 2007 et celle du 14 mars 2016 imposant à tous les professionnels au contact de mineurs une formation à la protection de l'enfance.

- Les professionnels disposent de tous les outils nécessaires pour répondre à leurs missions de protection des mineurs :
 - Les travailleurs sociaux emploient l'information préoccupante ou le signalement.
 - Les agents de sécurité, de police et de justice ont à leur disposition les techniques d'auditions enregistrées et la mise en sécurité du mineur, dans le cadre défini par le Défenseur des Droits.
 - Les médecins et les sages-femmes peuvent recourir à l'information préoccupante, le certificat médical ou le signalement en fonction des situations. Les autres professionnels de santé requièrent l'IP ou le signalement.

- Une situation qui ne cesse de s'aggraver :

Actuellement, ce sont plus de 50 000 enfants et adolescents par an qui sont victimes de maltraitance, chiffres en forte augmentation depuis le début de la crise sanitaire en raison du confinement, en lien avec la hausse des violences intrafamiliales, qu'elles soient physiques, psychologiques, qu'il s'agisse de négligence des besoins essentiels de l'enfant ou d'abus et sollicitations sexuelles⁴¹.

Il est difficile d'avoir des chiffres précis émanant des 95 CRIP de FRANCE et des 5 CRIP des DOM TOM recensés en octobre 2021. La dernière enquête nationale effectuée par l'ONED, sur les dispositifs départementaux de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes date d'octobre 2011. Rappelons que, c'est dans une volonté de coordination des actions des CRIP, que la HAS a publié en janvier 2021, le premier cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger.

- Le constat : cinq ans après la loi de 2016, la méconnaissance et l'apparente ambiguïté de l'IP sont toujours d'actualité.
 - On peut incriminer un défaut de formation : Les référentiels sensibilisent les apprenants aux violences sur mineurs mais il y a peu d'enseignements théoriques et pratiques dédiés à leur prise en charge, en dehors des filières professionnelles des infirmières puéricultrices et des assistants sociaux. Il n'est pas fait état de « l'information préoccupante » en formation initiale quels que soient les domaines professionnels.
 - On peut déplorer le peu d'articles et d'ouvrages médicaux qui détaillent son concept et son usage ainsi que le manque de séminaires de formation qui s'y consacrent.
 - Mais, signalons cependant l'existence de MOOC (massive open online course ou formation en ligne ouverte) destinés aux professionnels de santé, pour mieux repérer les enfants en danger, assurer leur prise en charge et comprendre le fonctionnement de la protection de l'enfance allant de l'information préoccupante à la procédure de signalement.

- Nous citerons à titre d'exemple l'enseignement mis en place depuis le 1 mars 2022 par le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) et le Département de la Gironde ainsi que celui de la Faculté de Médecine de l'Université Paris-Descartes lancé en 2016.
- Une explication sans doute non univoque :
 - Les travailleurs sociaux coordonnent leurs efforts pour assurer leur mission de protection de l'enfance. Ils sont soumis au secret professionnel vis-à-vis de tiers mais ils peuvent échanger, débattre, partager les analyses et la responsabilité de l'IP avec leurs collègues ayant en charge la protection du même mineur. « Ils mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance et à ce titre, doivent transmettre sans délai au Conseil Départemental les informations nécessaires pour déterminer les mesures de protection dont les mineurs peuvent bénéficier ».

Un point de vigilance est toutefois souligné par la HAS « Tout professionnel peut émettre une information préoccupante, soit avec l'institution au sein de laquelle il intervient soit en son nom propre. Même si, dans certaines institutions, l'information préoccupante est relue par la chaîne hiérarchique, l'émetteur de l'information préoccupante doit être précisément identifié afin de pouvoir être contacté par la Crip ou par les évaluateurs si nécessaire ».³⁹

- La situation des médecins et sages-femmes est toute autre. Ils agissent dans le domaine du soin et ne sont pas formés à la protection de l'enfance. Ils ne se sentent pas directement légitimes pour signaler ou informer. Il ne s'agit pas d'un manque de formation ou de considérations juridiques, mais d'un problème éthique. Ils sont souvent dans le doute et la suspicion ce qui entraîne une hésitation légitime. L'établissement d'un signalement ou la rédaction d'une information préoccupante peut entraîner l'éloignement de l'enfant ou du mineur et l'incompréhension des familles.

Dans les situations délicates d'agression sur mineurs, les professionnels de santé de soins primaires sont souvent seuls alors que les travailleurs sociaux travaillent en équipe pluridisciplinaire.

Il est important que le médecin libéral puisse échanger avec le médecin référent de la CDIP ou le praticien hospitalier en charge la santé du mineur, tous deux astreints au secret médical, comme il est nécessaire que le professionnel de santé non médecin partage son inquiétude avec le médecin traitant du mineur.

La Commission des affaires sociales et Commission des lois du Sénat, dans son rapport n° 304 (2019-2020), souligne dans une note de synthèse que « le cadre législatif actuel est correctement conçu : face à un enfant victime de sévices physiques évidents, les professionnels doivent intervenir rapidement. La loi les y oblige déjà. Face à une situation plus ambiguë, qui ne présente pas le même degré d'urgence, ils ont pour responsabilité d'évaluer la situation en s'appuyant sur leur expertise, leur expérience et, in fine, sur leur intime conviction ».

- Un rôle pédagogique positif :
 - Nous terminerons nos réflexions en précisant que l'IP permet également de mettre en place des actions de protection et d'aide dont le mineur et sa famille peuvent bénéficier. Ce point est à souligner. Il peut permettre au professionnel établissant l'IP de situer les problèmes soulevés dans une dimension éducative d'encadrement.

- Ainsi l'article 221-1 du Code de l'action sociale et des familles³² précise que « le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes : Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confronté à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social ... ».

Les professionnels du soin ne peuvent être que sensibles à ces dispositions.

Bibliographie

1. Ministère de la Justice. Mission sur les morts violentes d'enfant au sein des familles. 2018 mai. (Evaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs, et judiciaire concourant à la protection de l'enfant). [consulté le 07 juill 2020]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/mission-sur-les-morts-violentes-denfants-au-sein-des-familles-32336.html>
2. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2019 : une première photographie. 2020 janv. (Interstats, Analyser pour agir). Report No.: 24. Page 1
3. Ined - Institut national d'études démographiques. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. [consulté le 14 juill 2020]. Page 33 Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
4. Ined - Institut national d'études démographiques. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. [consulté le 14 juill 2020]. Page 34 Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
5. 2015 - Stop au déni, enquête IVSEA [Internet]. [consulté le 29 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2015-campagne-stop-au-deni.html>
6. ONPE. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation - Quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement [Internet] [consulté le 25 oct 2020]. 2020. Disponible sur : <https://onpe.gouv.fr/rapport-annuel>
7. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2019 : une première photographie. 2020 janv. (Interstats, Analyser pour agir). Report No.: 24. Page 2
8. GIP Enfance en danger - Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger, étude statistique de l'activité du 119 sur l'année 2020. [Internet]. [consulté le 8 juil 2022]. Disponible sur : https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/etude_statistique2020-snated.pdf
9. 1. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance - Légifrance [Internet]. [consulté le 22 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100?r=2D7taBcTRq>
10. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [consulté le 29 nov 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/la-cellule-departementale-de-recueil-de-traitement-et-d-evaluation>
11. Code de déontologie médicale. Titre 2 : Devoirs envers les patients. (Articles 32 à 55) - Légifrance [Internet]. [consulté le 29 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006680547/1995-09-08/>
12. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [consulté le 29 nov 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/
13. Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide pratique. Protection de l'enfance. Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant. [Internet]. [consulté le 29 nov 2020] 2011. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/intervenir-a-domicile-pour-la-protection-de-l-enfant>
14. Élixa Abassi (DREES). « 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance », DREES, mai 2020. Les Dossiers de la DRESS. Report No.: 55.

15. ANDREANI M. Quels sont les messages de nature à améliorer le dépistage des violences sexuelles sur les mineurs, par les professionnels de soins primaires ? [Faculté de Médecine de Nancy] : Université de Lorraine 2020 ; 2020.
16. Formation interprofessionnelle « Viols et agressions sexuelles : caractéristiques spécifiques » - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [consulté le 29 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/formation-interprofessionnelle-viols-et>
17. Collège national des généralistes enseignants, Ministère de la santé et des sports. Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Juin 2009 Disponible sur <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/06/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-MG-2009.pdf>
18. Ordre des sages-femmes - Référentiel métier et compétences des sages-femmes. [consulté le 21 juin 2022] Disponible sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
19. Université Sorbonne Paris Nord. Centre de Formation Louise Couvé - La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier – Référentiel, Annexe 3. [consulté le 07 juin 2022] Disponible sur <http://www.couve.fr/wp-content/uploads/2021/03/Infirmier-Référentiel-formation-IDE.pdf>
20. Institut de Formation en Soins Infirmier du CHU de Rennes. Référentiel formation des infirmières puéricultrices. [consulté le 04 juin 2022] Disponible sur https://www.ifchurennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/Référentiel-activites_puericultrices_.pdf
21. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapés. Métiers et concours – les métiers du travail social – Assistant de service social. Les fiches-métier Annexe I et II. [consulté le 22 juin 2022] Disponible sur www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deass_arrete_ssaa1812300a_annexes_i_et_ii.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20002e57587c386a18a00db1467711da766f5b479b75de93a2d77c05c084fa8520e608da6a3cdc14300c818c3ac35fcef44610d16332263c41819675cee85ea71a09aea9e694396a546a83c2aff85eaf663fcf00a085d13f7f2
22. Marcel Jaeger Les référentiels pour la formation des travailleurs sociaux : une affaire d'import-export Dans Vie sociale 2006/2 (N° 2), pages 57 à 65
23. ROMANO-CURTET H. Les professionnels de santé confrontés aux situations de maltraitements sur des mineurs et des personnes âgées vulnérables, Thèse Droit. Bordeaux 2019, 480p.
24. Direction de la stratégie, de l'organisation et de l'évaluation -Direction de l'Enfance et de la famille. Evaluation des Guides sur la Protection de l'enfance, Rapport n°1 sur le Guide « Enfance en danger : que faire ? » – Juin 2014 [consulté le 21 juin 2022] (Disponible sur https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/crpevaluation_guide_enfance_en_danger_-_rapport_final_0.pdf)
25. MARTINS Danièle, « La place de la protection de l'enfance dans la formation initiale des travailleurs sociaux », dans : AFIREM éd., Etats des savoirs sur la maltraitance. Paris, Karthala, « Questions d'Enfances », 2007, p. 455-457. DOI : 10.3917/kart.afirem.2007.01.0455. Disponible sur <https://www.cairn.info/--9782845869318-page-455.htm>
26. Jacquemart J, Mersch PA. 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. Thèse médecine Université de Lorraine, 2019
27. Direction générale de l'offre de soins. Diplôme d'Etat de puéricultrice - Référentiel de compétences, 2009, [consulté le 23 juin 2022] disponible sur https://www.ifchurennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/referentiel_competchances_puericultrices_v10_0.pdf
28. Institut de formation du CHU de Rennes - Diplôme d'Etat de puéricultrice - Référentiel de compétences, 2009, [consulté le 21 juin 2022] disponible sur <https://www.ifchurennes.fr/wp/wp->

content/uploads/2016/09/referentiel_competences_puericultrices_v10_0.pdf.

29. Référentiel du baccalauréat professionnel des métiers de la sécurité [consulté le 21 juin 2022] disponible sur https://pedagogie.ac-guadeloupe.fr/files/File/jbastaraut/referentiel_bac_pro_metiers_de_la_securite_1_2_pd_38287.pdf
30. Hédon C. défenseure des droits, Rapport annuel sur les droits de l'enfant 2020, "Prendre en compte la parole de l'enfant : un droit pour l'enfant, un devoir pour l'adulte"[internet] [consulté le 23 juin 2022] disponible sur <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2020/11/rapport-annuel-sur-les-droits-de-lenfant-2020-prendre-en-compte-la-parole>
31. Code de l'éducation, (Articles L542-1 à L542-4) La prévention des mauvais traitements. [internet] [consulté le 23 juin 2022] disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021796975/2015-11-29
32. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, Article 7, 14 et 21. [internet] [consulté le 5 juin 2022] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/>
33. Séraphin, G. (2014). L'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) : 10 ans au service de la protection de l'enfance. *Journal du droit des jeunes*, 331, 18-22. [consulté le 4 avril 2022] Disponible sur <https://doi.org/10.3917/dj.331.0018>
34. HAS. Haute Autorité de Santé, Mieux évaluer la situation d'un enfant en danger. Janvier 2021, [internet] [consulté le 7 juin 2022] disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference
35. CNOM Conseil National de l'ordre des médecins. Signalement et information préoccupante. 2016. [internet] [consulté le 7 juin 2022] disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/ev840e/signalement_et_information_preoccupante.pdf
36. DUBOIS Dominique, Le cadre national de référence pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger, *Bulletin d'informations du CREA I Bourgogne* (N.380 Mars-avril 2021), 25p [consulté le 2 février 2022] disponible sur <https://www.creaibfc.org/wp-content/uploads/380-03-1.pdf>
37. Conseil Général du val de Marne. Guide pratique de l'Information préoccupante et du Signalement, 2012.15 p. [consulté le 2 février 2022] Disponible sur <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/guide-val-de-marne.pdf>
38. Protection de l'enfance : guide pour les professionnels. Premier degré » [consulté le 23 juin 2022] Disponible sur https://www4.ac-nancy-metz.fr/ia54-gtd/handiscol-ash/sites/handiscol-ash/IMG/pdf/guide_pe_premier_degre.pdf
39. HAS. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. [consulté le 4 janvier 2022] Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_livret_2.pdf. Janvier 2021.
40. Association l'enfant bleu. Qu'est-ce que la matraquage [internet] [consulté le 23 juin 2022] Disponible sur <https://enfantbleu.org/etre-aide/adulte/je-suis-professionnel/>
41. Loiseau M, Cottenet J, Bechraoui-Quantin S et coll, Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period. *Child Abuse & Neglect*, 2021 ;122, 105299 [internet] [consulté le 23 juin 2022]

Documents utilisés pour réflexion analysés selon la méthode STROBE - Annexe 9

Département de la Moselle. Fiche de cellule de recueil de l'information préoccupante. Document élaboré par « Paroles de familles » https://www.moselle.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/crip_2021_4p.pdf

Département Seine-Saint-Denis. Evaluation des Guides sur la Protection de l'enfance. Rapport sur le Guide pratique pour évaluer une information préoccupante – Octobre 2014

Conseil Général de l'Hérault. Guide l'information préoccupante au signalement des enfants en danger. A l'usage des professionnel(le)s

Laure Dourgnon, Inquiétantes informations préoccupantes : le glissement des institutions vers la confusion des pouvoirs. Association jeunesse et droit. « Journal du droit des jeunes ». 2012/7, n°317 page 26 à 32. DOI 10.3917/jdj.317.0026. (Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droits-des-jeunes-2012-7-page-26.htm>)

Le bulletin de l'Ordre national des médecins. Maltraitements des enfants : ouvrir l'œil et intervenir. Page 17. N°38 janvier-février-mars 2015

Dr Irène KAHN-BENSAUDE, Dr Jean-Marie FAROUDJA. Rapport adopté en session de février 2016. Signalement et information préoccupantes. Conseil national de l'ordre des médecins.

Direction générale de la cohésion sociale, Ministères des solidarités et de la santé - Synthèse du rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 28 février 2017

Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(26-27):520-5. http://beh.sante publiquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html

Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation. Quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement. Mai 2020.

Delarue, JM. et al. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audit du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge

Samson B. Informations préoccupantes et signalements : quelques clés à l'usage des pédiatres et des professionnels de la santé de l'enfant. Médecine & Enfance janvier-février 2013;39.

Ministère de la Santé et des Solidarités : la cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation. http://www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Cellule_depart_3_BAT-4.pdf

Mathilde RADENNE, « ENFANTS EN DANGER » : QUAND, COMMENT ET A QUI TRANSMETTRE UNE INFORMATION PREOCCUPANTE ? Etat des lieux en Midi Pyrénées. THESE, Université de Toulouse III 2016

Observatoire national de l'action sociale décentralisée - L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique Mai 2001

Claire COMPAGNON, Béatrice DEL VOLGO, Frédéric THOMAS, Nicolas DURAND, Françoise NEYMARC, Évelyne LIOUVILLE, Isabelle POINSO, Ministères des solidarités et de la santé, Ministère de la Justice, Ministère de l'Education Nationale. Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles. Évaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance Mai 2018.

BONTIL, Laure. Aide au diagnostic et conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance de l'enfant en médecine générale dans le département de Seine-Maritime. 2020.

Caroline Amann, Louis-Baptiste Jaunay. Une information préoccupante : première partie. Médecine. 2021;17(5):208-211. doi:10.1684/med.2021.646

Hélène Collet. Modalités et difficultés de signalement chez les pédiatres aux CHRU de Nancy et Caen en cas de suspicion de maltraitance faite aux enfants. Médecine humaine et pathologie. 2019. (hal-03298385)

HAS, Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Trame pour le recueil des informations préoccupantes. Validée le 12 janvier 2021.

HAS, Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Informations pour les parents : modèles de courriers et contenu pour flyer type. Validée 12 janvier 2021

Laura Lebreton. Devenir des informations préoccupantes émises par le secteur de la santé : enquête de pratique descriptive. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. ffdumas-02513655f

Stéphanie FILLION, Jean-Robert JOURDAN, Thierry LÉCONTE. Inspection générale des affaires sociales. Etat des lieux et perspectives d'évolution du groupement d'intérêt public « Enfance en danger » (GIPED) Rapport Juin 2019.

Mmes Catherine Deroche, sénatrice de Maine-et-Loire, Marie Mercier, sénateur de la Saône-et-Loire, Michelle Meunier, sénatrice de la Loire-Atlantique, et Maryse Carrère, sénatrice des Hautes-Pyrénées, Articuler secret professionnel et devoir de signalement pour protéger les mineurs en danger. Commission des affaires sociales – Commission des lois, Rapport n°304 <http://www.senat.fr/rap/r19-304/r19-304-syn.pdf>

Académie Nancy-Metz, Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de Meurthe-et-Moselle (DSDEN54) Protection de l'enfance – Guide pour les professionnels premier degré. Octobre 2014. <https://www4.ac-nancy-metz.fr/ia54-circos/ientoul/sites/ientoul/IMG/pdf/guide-protection-enfance-pour-le-premier-degre.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 – Résumé de la thèse du Docteur ANDREANI

Cette thèse fait suite au travail du Docteur Maddy ANDREANI qui a identifié les messages destinés aux professionnels de soins primaires permettant d'améliorer le dépistage des violences sexuelles sur les mineurs. Ses résultats mettent en évidence que la formation est l'élément clé de cette problématique.

Résumé de la thèse

Contexte : Les violences sexuelles sont fréquentes : 1 femme sur 7 et 1 homme sur 25 ont été victimes de viol ou de tentative de viol au cours de leur vie. La moitié de ces femmes et les trois quarts de ces hommes avaient moins de 18 ans au moment des faits (1). Il est difficile d'imaginer que l'on puisse rencontrer jusqu'à une à deux victimes par jour de consultation. Les freins à la révélation sont bien sûr nombreux et complexes. Mais nous, professionnels de santé, avons un rôle à jouer dans la prise en charge de ces patients victimes car c'est un véritable enjeu de santé publique.

En effet, il est démontré que le vécu de ce traumatisme peut être en partie responsable de nombreuses pathologies que nous rencontrons au quotidien : syndrome anxio-dépressif (20,21,22), obésité (24), addictions (20), douleurs chroniques (21), pathologies auto-immunes (6), troubles gynécologiques (26,27,28,29,30), ou encore fibromyalgie (25). Une prise en charge à un stade précoce des enfants victimes permettrait de réduire les effets secondaires à court et long terme sur la victime, et réduirait également le nombre d'agresseurs et la criminalité. Comment expliquer un tel décalage entre les chiffres et la réalité perçue par les professionnels ? Comment les aider à mieux prendre en charge ces patients ?

Objectif : Mettre en évidence des messages à destination des professionnels de soins primaires, de nature à améliorer le dépistage des violences sexuelles sur les mineurs.

Méthode : Utilisation de la technique du groupe nominal sur 8 groupes de professionnels de soins primaires : médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, sages-femmes, acteurs en Protection Maternelle et Infantile, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens, soit 45 participants au total. Chaque groupe mène une réflexion de manière individuelle et collective sur les leviers et les freins au dépistage. Les résultats sont analysés avec l'aide d'une sociologue.

Résultats : 4 notions clés sont identifiées. Communiquer sur les données épidémiologiques permet de donner à voir l'étendue des personnes touchées pour activer la prise de conscience de la pénétration de ce fléau dans la société. Connaître les signes d'alerte met le praticien en capacité de détecter les situations qui peuvent interroger. Poser la question des violences sexuelles aux patients fait sortir du tabou et leur donne la possibilité de pouvoir s'exprimer en toute confiance sur leur situation. Enfin, se former et échanger est essentiel pour comprendre les enjeux, affiner sa perception des signes d'alerte, savoir comment agir pour pouvoir orienter vers les réseaux dédiés et pour dépasser les freins liés aux peurs d'origines diverses.

Conclusion : Selon nos résultats, la formation des professionnels de soins primaires permettrait de répondre à de nombreuses problématiques freinant le dépistage des violences sexuelles sur mineurs.

TITRE EN ANGLAIS

What are the messages which can improve sexual violence screening towards underaged people by primary care professionals ?

THESE

Médecine générale, année 2020.

MOTS CLES

Violences sexuelles sur mineur, protection des mineurs, soins primaires, formation professionnelle.

Annexe 2 – Données de l'étude quantitative

Résultats selon la catégorie professionnelle

	Professionnels de santé	Professionnels sociaux	Professionnels éducation	Professionnels juridique	Etudiants
IP appropriées	60	47	22	6	13
Non appropriées	64	26	31	10	34
Total	124	73	53	16	47

Résultats détaillés des étudiants

	Etudiants totaux	Etudiants IDE puériculture	Etudiants sages-femmes	Etudiant médecine	Etudiants éducateurs	Etudiants assistants sociaux	Etudiants psychologie	Etudiants sciences humaines	Etudiants santé
IP appropriées	13	3	5	1	2	2	0	0	0
Non appropriées	34	6	16	1	4	1	3	2	1
Total	47	9	21	2	6	3	3	2	1

Test Khi deux comparatifs selon chaque catégorie professionnelle

2 à 2	Social	Santé	Éducation	Justice
Social		0.042	0.024	0.088
Santé	0.042		0.583	0.578
Éducation	0.023	0.583		0.941
Justice	0.088	0.578	0.941	

Annexe 3 – Effectifs des participants et calcul des taux de participations

Groupes participants colloque	Effectifs professionnels	Effectifs étudiants	
Santé	163	54	
Social	115	6	
Education	57	6	
Juridique	45	0	
Total	380	66	446

Taux participation en pourcentage	Professionnels	Etudiants
Santé	76,07	66,66
Social	63,47	83,33
Education	94,73	100
Juridique	35,55	0
Global	70,26	71,21

Annexe 4 – Données qualitatives

Verbatim par profession

Educateurs spécialisés

- IP appropriées

« Dans le cadre d'un entretien, l'enfant m'a dit/informé » « Le mineur/l'enfant m'a confié » « L'enfant m'a expliqué » « J'ai reçu la parole d'un enfant » « Lors d'un entretien l'enfant m'a révélé » « Un jeune enfant nous interpelle de manière informelle »

- IP inappropriées

- Affirmation d'un viol : « A été victime de viol », « aurait subi un viol »
- Affirmation d'une agression : « M'a avoué avoir subi des violences sexuelles »
- Affirmation de maltraitance : « Il s'agit d'une situation de maltraitance »

IDE Puériculture

- IP appropriées

« Nicolas m'a dit » « Nicolas m'a révélé/il s'exprime » « L'enfant m'informe que » « L'enfant m'a confié » « Nicolas me rapporte des propos inquiétants, il m'explique »

- IP inappropriées

- Affirmation d'un viol : « Il s'agit d'un viol, acte reconnu comme tel depuis 2018 »

Infirmière générale

- IP appropriées

« Le petit Nicolas est venu me dire » « Le petit Nicolas est venu porter à ma connaissance » « Nicolas m'a raconté un fait » « Hier il m'a déclaré »

- IP inappropriées

- Affirmation d'un viol : « C'est une tentative de viol » / « c'est un viol »
- Affirmation d'un inceste : « Il s'agit d'un inceste » « C'est une tentative de viol avec lien de parentalité »
- Affirmation d'une agression : « Agression sexuelle sur mineurs »
- Affirmation de l'horreur des faits « il est de mon devoir de par ma profession et mon devoir civil et vue l'horreur des faits de vous informer »

Infirmières scolaires

- IP appropriées

« Nicolas m'a confié/dit/m'a révélé »

- IP inappropriées :
 - Affirmation de faits grave : « Du fait du caractère grave de cette déclaration »
 - Affirmation de faits condamnable : « Fait condamnable que je me dois de signaler »

Psychomotricien

- IP appropriées

« Je vous informe de la parole d'un enfant »

- IP inappropriées :
 - Affirmation d'une agression : « M'a confié des paroles portant sur un acte d'agression sexuelle subit »

Travailleurs sociaux

- IP appropriées

« Nicolas m'a confié/dit/fait part/révélé/expliqué/déclaré » « Nicolas m'a décrit la scène suivante »

- IP inappropriées
 - Affirmation d'un inceste : « M'a fait part d'informations à caractère incestueux »
 - Affirmation d'une agression : « L'enfant me confie/rapporte être victime d'agression sexuelle » « Il subit des agressions sexuelles »
 - Affirmation de l'urgence : « Je vous demande d'agir de toute urgence »

Médecins

- IP appropriées

« Je porte à votre connaissances les propos rapportés » « L'enfant m'a confié/affirmé que »

- IP inappropriées
 - Affirmation d'un viol : « M'a fait part d'un viol »

Psychologues

- IP appropriées

« Lors d'une consultation/séance m'a dit/rapporté les faits suivant » « Il m'a fait part de l'information suivante »

- IP inappropriées :
- Affirmation d'un viol : « Il révèle des faits de viol »
- Affirmation d'une agression : « Il relate des faits de violences sexuelles » « L'enfant est victime d'agression sexuelle de la part de son père »
- Affirmation de faits grave : « Au vu de la gravité supposée des faits »
- Affirmation de l'urgence : « Une enquête doit être menée rapidement »

Sages-femmes

- IP appropriées
- « Un enfant vient me parler de son papa, lui a demandé »
- IP inappropriées
 - Affirmation d'un viol : « Cela correspond à un viol » « M'a confié avoir été violé par son père »
 - Affirmation d'une agression : « L'a obligé à un acte sexuel » « L'a contraint d'attouchement sexuel »

Auxiliaire puériculture

- IP appropriées : « Nicolas m'a révélé/dit »
- IP inappropriées :
- Affirmation d'une agression : « Un enfant me signale des abus sexuel »

Juristes

- IP appropriées : « Nicolas nous informe/annonce/déclare que »
- IP inappropriées :
- Affirmation d'un inceste : « Il est victime d'inceste »
- Affirmation d'un viol : « Je tiens à vous informer de fait de viol » « Ceci relève de la définition du viol » « Cet enfant a été victime de viol »
- Affirmation d'une agression : « Il est victime d'agressions sexuelles »
- Affirmation de faits graves : « Il s'agit de faits de nature criminelles qui sont graves » « J'estime que la situation est grave et mérite toute votre attention » « Au vu de la gravité des faits/propos tenus par l'enfant »

Enseignants

- IP appropriées : « Je signale que Nicolas m'a tenu les propos suivants »

Police

- IP inappropriées :
 - Affirmation de faits grave : « Il s'agit de fait grave selon l'article 53 du code pénal »
 - Affirmation de corruption de mineur : « Il s'agit de fait de corruption de mineurs »
 - Affirmation de l'urgence : « Il s'agit d'une urgence, les faits se sont commis la veille » « Je demande une audition filmée, article 53 il s'agit d'une urgence »

Verbatim des étudiants

- IP appropriées : « Je vous transmets mon inquiétude, il m'a confié » « Je porte à votre attention ses mots » « Un enfant m'a indiqué » « M'a fait part de propos »
- IP inappropriées
 - Affirmation d'un viol : « Je soupçonne le père de viol sur son fils » « Il s'agit d'un viol de la part de son père »
 - Affirmation d'un inceste : « Je soupçonne le père d'inceste » « il s'agit d'un inceste »
 - Affirmation d'une agression : « Serait victime de violences sexuelles » « M'a témoigné d'une agression sexuelle » « L'enfant est/a été victime de violences sexuelles »

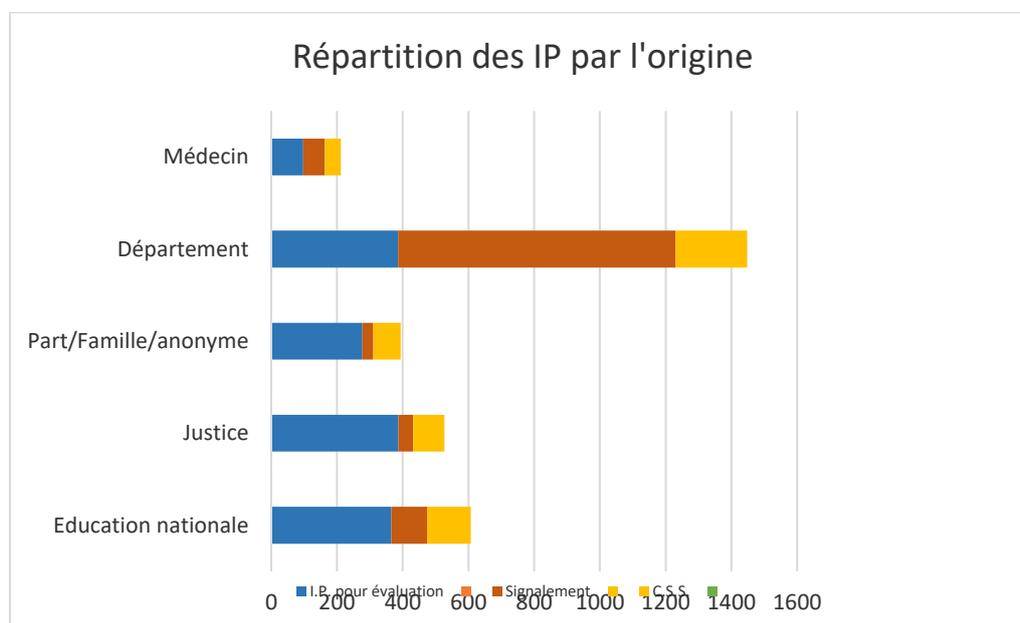
Annexe 5 – Les données de la CRIP de METZ

Ce tableau résume en deuxième et troisième colonne le nombre d'IP et de signalements traités avec mise en place de mesures administratives, éducatives ou judiciaires tout au long de l'année 2019. La quatrième colonne du tableau recense le nombre de classement sans suite, donc après réception d'une IP ou d'un signalement où aucune mesure n'a été mise en place.

ANNEE 2019 - SUITE DONNEE A I.P. - PAR ORIGINE

	I.P. pour évaluation	Signalement	C.S.S.
3687 ENFANTS	1877	1135	675
	I.P. pour évaluation	Signalement	C.S.S.
Education nationale	365	109	133
Justice	387	45	95
Part/Famille/anonyme	277	33	84
Département	386	845	217
Médecin	97	66	49
Autres (adm, asso)	365	37	97
TOTAL	1877	1135	675

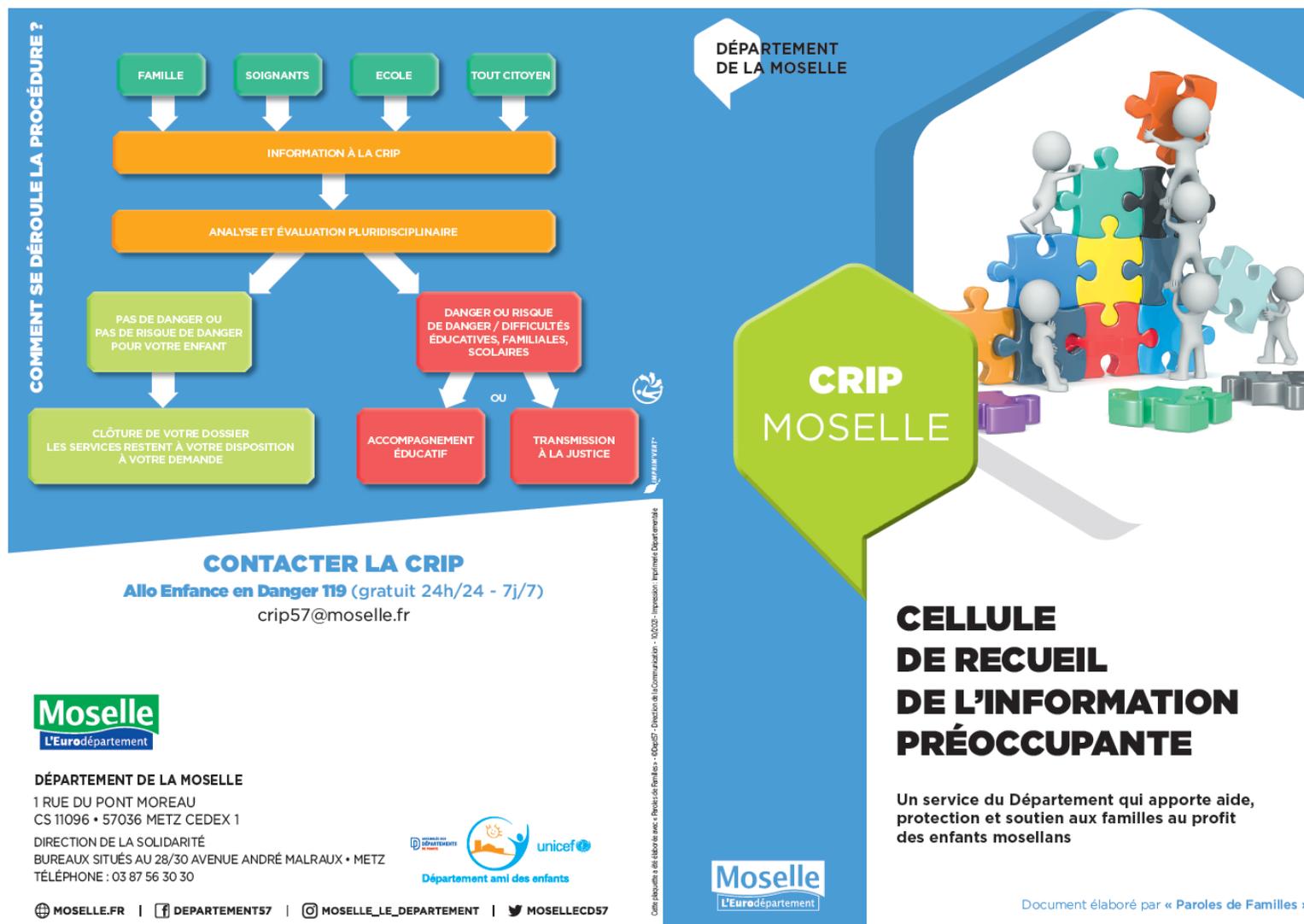
Le graphique illustre la provenance des écrits reçus avec le même code couleur que celui utilisé pour le tableau. L'origine « Département » fait référence aux travailleurs sociaux, éducateurs et assistants sociaux.



TERRITOIRES	CENTRE MOSELLE SOLIDARITE	POLE PROTECTION DE L'ENFANCE (ASE)	POLE SERVICE SOCIAL POLYVALENT	POLE ACTIONS sociales PREVENTIVES enfance et adultes	POLE Protection Maternelle Infantile SANTE PUBLIQUE
METZ ORNE 4 RUE LAFAYETTE 57000 METZ	Metz Centre St Thiebault Queuleu - Bellecroix Sablon - Valières	protectionenfancemetzorne@moselle.fr>	METZ CENTRE Servicesocialmetzcentre	actionspreventivesmetzorne <actionspreventivesmetzorne@moselle.fr>	*pmimetzorne <pmimetzorne@moselle.fr>
	Metz Europlaza - Limousin Metz Nord - Remilly – Saint Julien les Metz		METZ EUROPLAZA Servicesocialmeztstnord		
	Woippy – Montigny/Metz Ars sur Moselle - Augny		WOIPPY Servicesocialmontignywoippy		
	Rombas Moyeuve Amnéville Hagondange Talange Maizières les Metz		ROMBAS Servicesocialrombashagondange		
THIONVILLE 1 AV GABRIEL LIPPMANN 57970 YUTZ	Thionville Yutz Nations Dauphiné Bouzonville	Protectionenfancethionville	THIONVILLE Servicesocialthionvilleyutz	actionspreventivesthionville <actionspreventivesthionville@moselle.fr>	*pmithionville <pmithionville@moselle.fr>
	Hayange Fameck Uckange Fontoy Algrange Audun le Tiche		HAYANGE Servicesocialhayange		
FORBACH SAINT-AVOLD 16 RUE DU LAC 57500 ST AVOLD	Forbach Behren les Forbach	protectionenfancebassinhouiller	FORBACH Servicesocialforbach	actionspreventivesforbach-stavold <actionspreventivesforbach-stavold@moselle.fr>	*pmibassinhouiller <pmiforbach-stavold@moselle.fr>
	Saint Avold Folschviller Farebersviller Freyming Merlebach		SAINT AVOLD Servicesocialsaintavold 03.87.21.53.30		
	Creutzwald Carling Boulay Faulquemont		CREUTZWALD Servicesocialcreutzwald		
SARREGUEMINES BITCHE 51 RUE DU BAC 57200 SARREGUEMINES	Sarreguemines Bitche Rorbach les Bitche	protectionenfancesarreguemines@moselle.fr>	SARREGUEMINES Servicesocialsarreguemines	actionspreventivessarreguemines <actionspreventivessarreguemines@moselle.fr>	*pmisarreguemines <pmisarreguemines@moselle.fr>
SARREBOURG CHATEAU SALINS 31 RUE GAMBETTA SARREBOURG	Sarrebourg Phalsbourg	protectionenfancesarrebourg@moselle.fr>	SARREBOURG servicesocialsarrebourg	actionspreventivessarrebourg	*pmisarrebourg <pmisarrebourg@moselle.fr>

Annexe 6 – Annuaire des centres de protection de l'enfance au sein du département de la Moselle

Annexe 7 – Flyer de présentation de la CRIP de Moselle



Cellule de Recueil de l'Information Préoccupante

La Cellule de Recueil de l'Information Préoccupante (CRIP) a pour mission d'évaluer avec neutralité toutes les informations qu'elle reçoit pouvant laisser craindre qu'un enfant « peut être en danger ou en difficulté dans sa famille ». Elle analyse les situations grâce à une équipe pluridisciplinaire afin d'apporter une aide, un conseil, une protection.

C comme... Conseil et analyse
R comme... Recueil d'information
I comme... Intérêt de l'enfant
P comme... Protection de l'enfant

Grâce à l'évaluation demandée par la CRIP auprès des travailleurs médico-sociaux du Département, vous serez écouté et associé à la démarche d'évaluation. En fonction de l'analyse et des besoins repérés, vous serez éventuellement orienté vers le service le plus adapté pour résoudre vos difficultés : la PMI, le centre social, la CAF, les assistantes sociales et éducatrices du Département...



J'AI REÇU UN COURRIER DE LA CRIP, EST-CE QU'ON VA ME RETIRER MON ENFANT ?

Ce courrier ne signifie pas que votre enfant va vous être retiré. Des travailleurs médico-sociaux du Département vont venir à votre rencontre pour évaluer votre situation. Si besoin, ils définiront avec vous les réponses les plus adaptées au développement et au bien être de votre enfant.

Sur plus de 4 000 informations reçues par an, moins de 5 % donnent lieu à un placement.



POURQUOI LA SITUATION DE MON ENFANT A ÉTÉ SIGNALÉE ?

Une personne de l'entourage de votre enfant (l'école, la famille, des professionnels de santé...) s'inquiète pour sa santé, sa sécurité, ses conditions d'éducation. C'est une obligation légale pour la CRIP d'évaluer toute information reçue.

PUIS-JE SAVOIR QUI A CONTACTÉ LA CRIP ? ET CONNAÎTRE LE CONTENU DE L'INFORMATION ?

Les personnes qui viendront évaluer la situation de votre enfant vous informeront du contenu de l'Information Préoccupante. Toutefois, si l'auteur de l'information est un particulier, il peut rester anonyme.

PUIS-JE ACCÉDER AU RAPPORT D'ÉVALUATION ?

À l'issue d'une période d'évaluation de 3 mois, vous pouvez en faire la demande en vous adressant à la CRIP par mail ou par courrier. Vous pourrez en prendre connaissance sauf s'il a été transmis à la Justice (consultable au tribunal).

Annexe 8 - Détails des lois encadrant la protection de l'enfance

Loi du 10 juillet 1989 – Cette loi établit des procédures pour signaler les cas de maltraitance. Elle charge le département de collecter des informations sur les mineurs maltraités et créer un groupe de défense du public : le SNATEM (Service téléphonique national pour les enfants en danger). Elle exige également la formation de professionnels de la santé, de travailleurs sociaux, d'enseignants, d'officiers de police et de la police militaire pour faire face aux cas suspects ou avérés de maltraitance d'enfants.

Loi du 24 juillet 1889 – Elle représente l'une des décisions les plus importantes en faveur des enfants maltraités à la fin du siècle dernier. Elle marque le début d'un changement décisif des comportements sociaux et physiques dans les relations avec la famille. D'une part, pour redéfinir les droits et pouvoirs des parents sur leurs enfants. D'autre part afin d'accentuer la volonté de remplacer les familles défailtantes par des structures sociales alternatives visant à prendre en charge les enfants en situation de risques. Il s'agit de construire un système qui pourra sortir les enfants en danger de leur famille et les confier à la protection de la société.

Loi du 2 janvier 2002 – Elle rénove l'action sociale et médico-sociale afin de s'orienter davantage vers des mesures d'accompagnement et de protection administrative des mineurs.

Loi du 2 janvier 2004 – Elle permet la création de l'ONED. Son objectif principal est d'améliorer la connaissance sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs en recensant, analysant et diffusant l'information. Par ailleurs l'observatoire établit des statistiques annuelles en protection de l'enfance.

Loi du 5 mars 2007 – Cette loi représente un changement de regard dans le domaine de la maltraitance des enfants. L'accent est mis sur l'éducation des enfants et sur la prévention des situations dangereuses en termes d'abus qu'ils subissent. Le terme « enfants à risque » est créé pour décrire un enfant dont la situation contribue à un risque physique et psychologique.

Loi du 1 mars 2016 – Elle centralise la prise en charge d'un enfant en danger sous la responsabilité des conseils départementaux.

Annexe 9 – Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Résumé de la thèse

Connaissance par les professionnels de soins primaires et les travailleurs sociaux, diplômés ou en formation, des éléments nécessaires à la rédaction d'une information préoccupante caractérisant la situation d'un mineur en danger. Exploitation d'une enquête minute auprès des professionnels

Introduction : Les chiffres des violences sur mineurs sont inquiétants, révélant que 15% des femmes et 4% des hommes déclarent au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie. Et pour 40% des femmes et 60% des hommes déclarant ces agressions, avant leurs quinze ans. La place des professionnels de santé et des travailleurs sociaux au contact des mineurs est fondamentale pour une prise en charge adaptée la plus précoce possible, qui peut être mise en jeu par la rédaction d'une information préoccupante (IP). Ces professionnels ont-ils connaissance de ce dispositif ? Savent-ils en faire bon usage ?

Objectif : Déterminer les connaissances des professionnels de soins primaires et celles des travailleurs sociaux, diplômés ou en formation, concernant la rédaction d'une information préoccupante.

Méthode : Il s'agit d'une analyse quantitative et qualitative des données d'une enquête minute réalisée lors d'un colloque dédié aux conséquences des violences sexuelles sur mineurs. Confrontés aux confidences d'un enfant exprimant une situation vécue évoquant des violences sexuelles, les professionnels au contact des mineurs, qu'ils soient en exercice ou en formation, sont invités à rédiger une information préoccupante (IP). Les informations préoccupantes rédigées sont analysées et classées en IP appropriées ou non à la situation, en fonction de critères de qualité et selon les filières professionnelles. L'étude qualitative des verbatim recueillis traduit la perception des faits et les réactions des professionnels.

Résultats : Sur 451 participants au colloque, 326 IP rédigées ont pu être analysées. 175 IP ne correspondaient pas aux critères attendus, illustrant l'inexpérience des professionnels. Le respect des règles de leur rédaction est similaire quelle que soit l'origine professionnelle, avec quelques différences non significatives.

L'étude qualitative permet de mieux comprendre les réactions des participants. Les notions d'agression et de viol sont les verbatim les plus utilisés. L'analyse reflète le cadre de réflexion dans lequel le professionnel évolue. Le professionnel de santé inscrit sa démarche dans le soin et est maladroit dans les cadres institutionnels et juridiques. Le travailleur social engage son action dans la protection du mineur qui est une de ses missions. Les personnels de police et de justice ont une autre approche centrée sur la protection du mineur et la répression des faits délictueux.

Conclusion : Le manque de formation à l'usage de l'IP est une caractéristique globalement partagée malgré les lois du 5 mars 2007 et du 14 mars 2016 imposant à tous les professionnels au contact de mineurs une formation à la protection de l'enfance. Notre travail rappelle les éléments fondamentaux, tout en sachant que l'accueil du mineur et son écoute attentive dans un esprit d'éthique sont garants de la qualité de l'IP.

TITRE EN ANGLAIS

Knowledge by primary care professionals and social workers, graduates or trainees, of elements necessary to write worrying information of concern characterizing the situation of a minor in danger. Exploitation of a minute survey among professionals.

THESE

Médecine générale, année 2022.

MOTS CLES

Violences sexuelles sur mineur, information préoccupante, signalement, protection de l'enfance

INTITULE ET ADRESSES

Faculté de Médecine- Campus Santé
9, avenue de le Forêt de Haye BP 20199 - 54505 Vandoeuvre-Lès-Nancy