

ANNEE 2023

N°

**LES FREINS À LA RÉALISATION D'UN SIGNALEMENT OU D'UNE
INFORMATION PRÉOCCUPANTE CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LIBÉRAUX DE CÔTE D'OR DEVANT UNE SUSPICION DE MALTRAITANCE
INFANTILE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 2 juin 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Noé-Lee AVENA
Née le 15 Avril 1994
à Chenôve

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

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

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2023

N°

**LES FREINS À LA RÉALISATION D'UN SIGNALEMENT OU D'UNE
INFORMATION PRÉOCCUPANTE CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LIBÉRAUX DE CÔTE D'OR DEVANT UNE SUSPICION DE MALTRAITANCE
INFANTILE**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 2 juin 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Noé-Lee AVENA
Née le 15 Avril 1994
à Chenôve

Année Universitaire 2022-2023
au 1^{er} **Septembre 2022**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie

M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Françis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
(Disponibilité pour convenances personnelles)			
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Professeur Frédéric HUET

Membres : Docteur Ludivine ROSSIN Directrice de Thèse

Docteur Sylvie BERNARDINI

Docteur Line Vivien

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail,

À Monsieur le Professeur Huet,
Pédiatre,
Professeur des Universités,
Chef de Service de Pédiatrie,
Praticien Hospitalier.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en remercie sincèrement. Merci pour votre engagement et votre disponibilité, soyez assuré de mon plus grand respect.

Au Docteur Sylvie Bernardini,
Pédiatre,
Cheffe de service des urgences pédiatriques,
Responsable de la CASEM,
Praticien Hospitalier.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail sur un sujet que vous connaissez très bien. Mon passage dans votre service des urgences pédiatriques ainsi que vos enseignements m'ont sensibilisée à la question de l'enfance en danger et je vous en suis très reconnaissante.

Au Docteur Line Vivien,
Médecin généraliste,
Cheffe de service de la Protection Maternelle et Infantile de la Côte d'Or,
Médecin territorial.

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. J'ai hâte de continuer de travailler avec le service de Protection maternelle et infantile de Côte d'Or où j'ai été très bien accueillie.

Au Docteur Ludivine Rossin,
Médecin généraliste,
Maître de conférence associée au département de médecine générale.

Je te remercie d'avoir dirigé cette thèse, avec bienveillance et gentillesse. Merci pour ta pédagogie, qui est le premier souvenir d'externe que j'ai de toi quand tu étais mon interne aux urgences adultes.

À mon conjoint, *Maxence*, cela fait neuf ans maintenant que tu partages ma vie. Merci pour ton amour, ton soutien, ta patience. Merci d'être toujours présent pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu es mon meilleur ami, mon confident et mon pilier. Tu es aussi un papa aimant et tendre. J'ai hâte de continuer de vivre à tes côtés.

À mon fils,

Gabriel, qui a déjà un an. Mon bébé charmeur, qui a toujours le sourire et tellement d'énergie. Tu es ma plus grande fierté, merci de me rappeler ce qui est vraiment important. Je t'aime de tout mon cœur.

À mes *parents*, qui m'ont soutenu pendant toutes ces années et m'ont permis d'en arriver jusqu'à ce jour. Merci pour votre amour, votre éducation, vos conseils, vos sacrifices, qui m'ont offert toutes les chances de réussir. Merci de m'avoir donné une enfance si heureuse. À ma mère, qui m'a confectionné des plats délicieux toutes mes études, pour travailler le ventre plein (car on sait ce que ça donne le ventre vide...), et qui me nourrit encore tous les jours de tout son amour. À mon père, qui m'a donné le goût de la médecine, sur qui je sais que je peux toujours compter, partout et tout le temps.

À mes grandes sœurs et mon petit frère,

Marie-Lee, ma grande sœur que j'admire tant, qui sait me dire les mots qui font du bien quand j'en ai besoin. Merci de me faire autant rire ! Merci de nous faire des concerts privés avec ta voix si mélodieuse (surtout quand tout le monde débarrasse la table).

Merci pour ton soutien et ton aide précieuse dans ce travail.

Anne-Lee, quelle force incroyable, quelle énergie que je n'égalerai jamais ! Merci pour ta générosité et ton soutien sans faille, j'ai de la chance d'être ta petite sœur. Merci de toujours croire en moi, et de me considérer comme ta référence dans le milieu féministe et tout, je n'en suis pas peu fière. Merci pour ton aide dans ce travail, ta maîtrise d'Excel m'impressionnera toujours !

Pierre-Tûan, mon Titou, mon petit frère. Merci de ne pas m'en vouloir pour t'avoir dit quand tu avais 7 ans que tu gagnerais 30 euros si tu réussissais un challenge évidemment impossible. Merci de me faire rire, grâce à ton humour toujours tout en finesse. Gabriel a de la chance d'avoir un tonton si attentionné.

Jehan et Clément, mes supers beaux-frères. Jehan, tu es le tonton stylé, ou le représentant officiel de la génération Y. Mais n'hésite pas à me demander quand tu as besoin de références de jeunes, on peut dire que je suis quasi de la génération Z.

Clément, ou devrais-je dire Docteur Paciullo. Serais-tu le tonton drôle officiel de cette famille ? En tous cas, celui avec les meilleurs goûts musicaux, sans aucun doute.

À mes grands-parents,

Bà, ma grand-mère dont je tiens probablement ma passion du maquillage et de Roland Garros ! A tous mes souvenirs d'enfance à Châtillon, quand je me faufilais dans ta chambre pour essayer des rouges à lèvres en cachette. J'adorais me réveiller avec l'odeur de xôi dans la cuisine...

Ong, mon grand-père. J'aurais aimé que tu sois là pour ma soutenance, car je sais que tu aurais été au premier rang, fier et élégant. Je sais que tu veilles sur moi.

Annie et *Charles*, merci pour cette belle famille, pour l'amour que vous nous avez donné et que vous continuez de nous donner tous les jours. Mamie, tu es toujours plus jeune et plus connectée sur les réseaux. J'admire ta vision du monde et ta capacité à le remettre en question ! Papy, tu as toujours un mot pour rire ! Merci de toujours garder un œil sur tes petits-enfants, de près ou de loin (merci la géolocalisation). Je vous aime.

Claude, merci d'être toujours présent aux grands moments de nos vies, mais aussi dans tous les autres moments. Vive la chasse aux champignons à la Joue du loup. J'ai de la chance de t'avoir dans ma famille.

À ma marraine, *Véronique*. Merci d'être toujours disponible quand j'en ai besoin, et de toujours bien m'accueillir chez toi !

À mon parrain, *Nghia*. Merci pour ta générosité, et tes bons conseils.

À tous mes oncles et tantes que j'aime, sur qui je peux toujours compter.

Tata laulau, tu me manques, mais tu es toujours avec moi, dans mes pensées, mes choix, mes actions.

À mes cousins et cousines, petits cousins et cousines, et cousins cousines par alliance ! Quelle chance j'ai d'avoir des cousins qui sont aussi mes amis. Je suis la plus heureuse quand je suis avec vous ! J'admire chacun d'entre vous, et je suis fière d'être votre cousine.

Spéciale dédicace à *Camille*, sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour ! Merci pour ton aide et ton soutien tout au long de ce travail.

À mes amis,

Jasmine, merci d'être toujours là pour moi. J'ai de la chance d'être ton amie, depuis tout ce temps déjà. Je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie. À nos prochaines vacances surf, nos débats, nos discussions sur la vie ! Merci d'être toujours présente.

Marie, malgré la distance, je sais que tu es toujours là pour moi, alors merci ! À nos heures passées à râler devant la fac qu'on n'y arriverait pas, qu'on en avait marre, que c'était trop dur... Enfin, on y est !

Roxane, merci d'être mon amie depuis tout ce temps, je sais qu'on sera toujours là l'une pour l'autre.

Justine P., merci d'être mon amie, toi qui penses toujours aux autres, avant de penser à toi. Tu toujours attentionnée, et pleine de sagesse.

Agathe et *Hugo*, nos amis de toujours. *Justine R.*, quelques milliers de kilomètres ne suffiront pas à nous éloigner. *Amandine*, ma voisine du quartier Montchaaap. *Marie-Line*, *Manu*, *Caleb*, *Silvia* l'équipe pédiatrie Covid, mais bien plus que ça aujourd'hui ! *Jérôme*, *Hélène*, *Xavier*, *Alexandre L.*, *Alexandre Q.*, *Adrien*, *Valentin*, *Théo*, les amis de Maxence, et les miens aussi aujourd'hui. *PJ*, *Valentin S*, *Valentin C.*, *Julien* et *Emma*, *Marion*, *Margot*, *Marjo*, mes amis rencontrés lors de mes études.

À tous ceux que j'ai croisé au cours de mes études, infirmières et infirmiers, soignants, médecins, merci de m'avoir tant appris.

À l'équipe de la PMI, merci pour l'accueil, j'ai hâte de travailler avec vous tous !

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
MATERIEL ET METHODE	16
1. <i>Présentation de l'étude</i>	16
2. <i>Population d'étude</i>	16
3. <i>Mode de recueil des données</i>	16
3.1 Mode de recrutement	16
3.2 Élaboration du questionnaire.....	16
4. <i>Saisie des données et analyse statistique</i>	17
4.1 Saisie des données	17
4.2 Analyse statistique.....	17
RESULTATS	19
1. <i>Description de l'échantillon</i>	19
1.1 Taux de participation	19
1.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	19
1.3 Représentativité de l'échantillon.....	21
2. <i>Expériences et pratiques des médecins face à une suspicion de maltraitance infantile</i>	22
2.1 Analyse descriptive.....	22
2.2 Analyse des variables pouvant agir sur la pratique face à une suspicion de maltraitance infantile	23
3. <i>Les freins</i>	25
3.1 Analyse descriptive.....	25
3.2 Analyse multivariée	27
4. <i>Réponses au questionnaire à choix multiple</i>	33
DISCUSSION	35
1. <i>Résultats principaux</i>	35
1.1 Évaluation des pratiques de signalement et d'IP	35
1.2 Les principaux freins leurs déterminants.....	35
1.3 Solutions pour améliorer la participation des médecins au dépistage des enfants en danger	44
2. <i>Forces et limites de l'étude</i>	46
2.1 Forces	46
2.2 Limites	47
3. <i>Conclusion</i>	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	54
RÉSUMÉ	65

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ONEP : Observatoire national de la protection de l'enfance

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CRIP : Cellules de Recueil des Informations préoccupantes

IP : information préoccupante

CEDU : Cellule Départementale de l'Enfance en danger et Urgences

URPS : Union régionale des professionnels de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DPC : développement professionnel continu

MSU : Maître de stage universitaire

QCM : questionnaire à choix multiples

CASEM : Cellule d'accueil de l'enfance maltraitée

CASF : code de l'action sociale et des familles

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INTRODUCTION

Dans son rapport annuel de février 2022 (1), l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) rapporte des chiffres alarmants. En 2020, près de 64 000 mineurs victimes de violences physiques ont été recensés par les services de police et gendarmerie, et 40 000 pour violences sexuelles, un nombre en augmentation de 45% depuis 2016. Les forces de sécurité ont comptabilisé 89 mineurs victimes d'infanticides, dont 49 décédés dans le cadre intrafamilial. Le très jeune âge des victimes reste une constante, les trois quarts des enfants étant âgés de moins de 5 ans au moment de leur décès. Chaque jour, plus de 100 appels sont traités par le plateau d'écoute du 119, le numéro de l'enfance en danger (SNATED, Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger) et 61 informations préoccupantes sont signalées par ces appels (2).

Cette liste non exhaustive ne saisit pas toute l'ampleur de la maltraitance infantile, définie ainsi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1999 (3) : « *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* » L'OMS y a ajouté depuis, comme forme potentielle de maltraitance, l'exposition de l'enfant aux manifestations de violences entre les partenaires intimes. Cette définition met en avant tant les différentes formes de la maltraitance (violences physiques, sexuelles, psychologiques et négligences), que les effets qu'elles peuvent entraîner.

Les effets entraînés par la maltraitance sont maintenant bien déterminés par de nombreuses études scientifiques (4). La maltraitance a des conséquences importantes à court et long terme sur l'individu : qu'il s'agisse du développement socio-affectif, (symptômes dépressifs, retrait, anxiété, faible estime de soi), comportemental (risque de développer des troubles du comportement alimentaire), physique (problèmes visuels, auditifs, d'apprentissage notamment chez les bébés secoués), neurobiologique et cognitif (problèmes d'attention, la dégradation des fonctions exécutives, ralentissement du développement du langage). La maltraitance envers les enfants entraîne également des conséquences au plan sociétal. Les facteurs aggravants sont, la récurrence de la ou des maltraitance(s), une présentation tôt dans la vie de l'enfant, ainsi que la cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance. Tous ces éléments ont donc amené la communauté scientifique et l'OMS à l'identifier comme un réel problème de santé publique (4).

Ainsi, la loi n°2007- 293 du 5 mars 2007 (5), complétée par la loi du 14 Mars 2016 (6), a réformé la protection de l'enfance et réaffirmé les droits et les besoins fondamentaux de l'enfant. Elle a mis l'accent sur la prévention, en introduisant la notion d'information préoccupante avec la création des CRIP (Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes), dispositifs centralisés de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes. Les CRIP sont placées sous la responsabilité du président du conseil départemental. La loi a également remplacé les termes « mauvais traitements » et « maltraité » par les termes « situation de danger » et « en danger ou en risque de l'être ». Cette notion de danger est précisée par l'article 375 du code civil qui dispose que : « *Si la santé, la*

sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice ». Cela a permis de clarifier et séparer les rôles de chacun : les situations d'enfant en risque de danger relèvent de la compétence du conseil départemental et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » (IP) à transmettre aux CRIP. Les situations d'enfant en danger qui nécessitent une protection judiciaire sur des critères de gravité et d'urgence doivent faire l'objet d'une saisine au Procureur de la République.

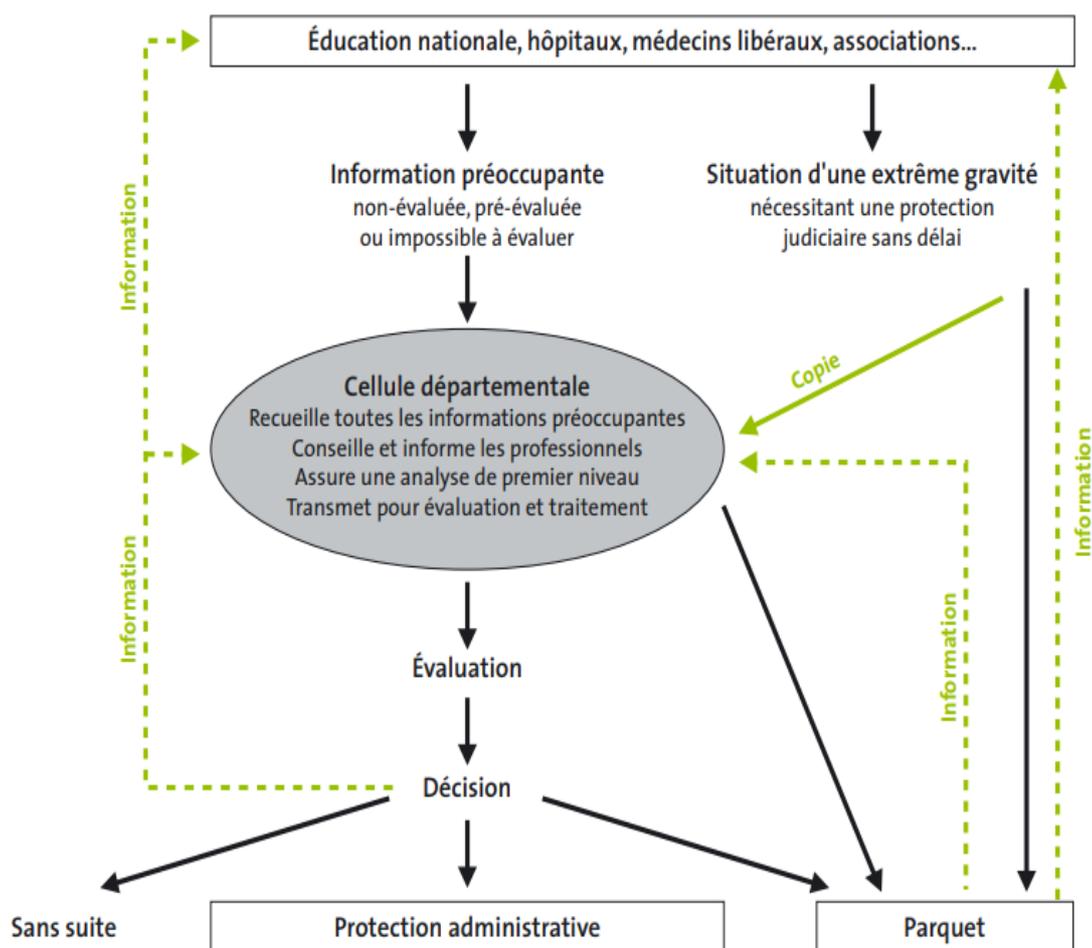


Figure 1 : Schéma de recueil, d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou risque de l'être. Guide ministériel.

L'accès au pédiatre se faisant de plus en plus difficile, la prise en charge de la santé de l'enfant en ville se fait majoritairement par des médecins généralistes. Ces derniers assurent plus de 85% des consultations des enfants de moins de 16 ans (7). Le médecin généraliste, interlocuteur privilégié des soins de premiers recours, joue donc un rôle crucial dans le repérage des situations de maltraitance.

Cependant, les chiffres montrent que seulement 5% de l'ensemble des signalements proviennent du secteur médical dont moins de 1% des médecins libéraux (8).

Les médecins ont pourtant, comme tout citoyen, l'obligation légale, au titre de la non-assistance à personne en danger (art. 223-6 du code pénal) (9), de signaler la situation d'un enfant en danger ou en risque de le devenir. Cela est renforcé par l'article 43 (10) du Code de déontologie médicale, qui place le médecin comme défenseur de l'enfant. L'article 44 (11) précise que « *lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger. Lorsqu'il s'agit d'un mineur [...], il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience* ». Aussi, l'article 226-14 du code pénal (12) aménage le secret professionnel pour permettre au professionnel de santé qui « *agit en bonne foi* » d'alerter une autorité compétente lorsqu'il suspecte qu'un mineur est en danger ou en risque de l'être, « *sans engager [sa] responsabilité civile, pénale ou disciplinaire* ».

Devant ce constat d'un faible nombre de signalements émis par les médecins généralistes malgré une exposition importante à de potentielles situations d'enfant en danger ou en risque de l'être, il semblait intéressant de montrer les difficultés rencontrées par ces derniers dans ces situations.

Des thèses qualitatives d'exercice de médecine ont fait état des nombreux freins rencontrés par les médecins généralistes dans ces situations, sans pour autant mettre en évidence une hiérarchisation de ces freins (13).

Afin d'enrichir les données sur ce sujet, nous avons réalisé une étude quantitative à l'échelle départementale (Côte d'Or). L'étude a visé à faire ressortir les freins les plus fréquemment rencontrés par les médecins généralistes libéraux de Côte d'Or devant une situation de suspicion de maltraitance infantile.

Les objectifs secondaires ont été d'apprécier les déterminants de ces freins et d'évaluer la pratique de signalement ou de transmission d'information préoccupante des médecins généralistes.

Cette enquête a également eu pour but ultime de présenter des orientations à la CEDU de Côte d'Or, pour mener des actions ciblées et concrètes favorisant le repérage de maltraitance infantile et la transmission d'information préoccupante ou de signalement chez les médecins généralistes libéraux de Côte d'Or.

MATERIEL ET METHODE

1. Présentation de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale, concernant les médecins généralistes de Côte d'Or. La méthode quantitative apparaissait la plus adaptée pour permettre de classifier les principaux freins rencontrés, et tenter d'en montrer des déterminants. Une recherche bibliographique nous permettait d'identifier ces principaux freins, grâce à l'analyse de plusieurs études qualitatives sur le sujet (13) (14) (15).

2. Population d'étude

Dans cette étude, la population cible comprenait l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Côte d'Or (21), exerçant au moins une partie de leur activité en tant que médecin généraliste en libéral, de manière régulière ou intermittente. Comme vu précédemment, les CRIP sont des cellules départementales, ce pourquoi il semblait plus judicieux d'étudier la population du seul département de la Côte d'Or. Exercer en tant que médecin de PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou médecin scolaire constituaient des critères de non-inclusion. En effet, la protection de l'enfance fait partie des missions de ces derniers qui ont donc une plus grande maîtrise du sujet.

3. Mode de recueil des données

3.1 Mode de recrutement

Les données ont été recueillies à partir d'auto-questionnaire adressés par courrier électronique via Google Forms®, accompagné d'une lettre d'information (annexe 1).

Le questionnaire a été diffusé au moyen de la brève de fin décembre 2022 du conseil départemental de l'Ordre des Médecins ainsi que par mailing aux 450 médecins généralistes de Côte d'Or par l'URPS des médecins libéraux de Bourgogne Franche-Comté. Une relance a été envoyée par le Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants, ainsi que sur le groupe de l'AJMGB (Association des Jeunes médecins généralistes Bourguignons) le 17 janvier 2023. Le recueil des données s'est effectué sur une période de deux mois suivant le premier envoi du questionnaire par l'URPS le 15 décembre 2022. La date de fin de recueil a été fixée à la date de la dernière réponse au questionnaire obtenue, le 9 février 2023.

3.2 Élaboration du questionnaire

Il s'agissait d'un auto-questionnaire, anonymisé, comportant 19 items à réponses fermées (annexe 2). Sa durée de remplissage n'excédait pas 5 minutes. Il a été réalisé par l'investigateur principal et a été envoyé par voie électronique.

Le questionnaire a été testé auprès de 4 médecins non concernés par l'envoi du questionnaire (médecins hospitaliers) afin de valider sa compréhension, son interprétation et sa durée de remplissage. Le questionnaire a également été testé par un statisticien. A chaque étape, le questionnaire a été adapté en conséquence.

Il a finalement été validé avant diffusion par le collège des médecins généralistes de l'URPS de Bourgogne Franche-Comté.

Ce questionnaire était divisé en quatre parties :

La première partie, composée de dix questions, concernait les caractéristiques sociodémographiques des médecins participants à l'étude.

La deuxième partie, composée de six questions, s'intéresse à l'expérience du médecin concernant les situations de maltraitance infantile, ainsi que sa pratique s'il a été confronté à ces situations.

La troisième partie, rassemble douze observations principales susceptibles de rendre difficile la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante devant une situation de maltraitance infantile identifiées à l'aide des données de la littérature.

Cette partie comprend également l'identification du frein le plus limitant à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante selon les médecins interrogés.

La quatrième partie comprend un questionnaire à choix multiple (QCM) facultatif, permettant aux médecins qui ont souhaité y répondre une auto-évaluation des connaissances du cadre légal, à visée pédagogique.

4. Saisie des données et analyse statistique

4.1 Saisie des données

Les données ont été extraites depuis Google Forms® dans un tableau Microsoft Excel®.

4.2 Analyse statistique

L'objectif principal de l'étude était de décrire les principaux freins à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les généralistes libéraux de Côte d'or. Pour mesurer cette variable d'intérêt principal, une variable binaire « coché/non coché » codée respectivement 1 et 0 a été attribuée pour chaque frein. L'ensemble des variables étaient des variables qualitatives, à l'exception de l'âge qui était une variable quantitative.

Une analyse descriptive a d'abord été réalisée. Les variables qualitatives ont été exprimées en termes d'effectif (n) et de pourcentage (%), avec un intervalle de confiance [IC], à 95%. La variable quantitative a été exprimée en termes de moyenne, médiane et d'écart type.

Dans l'analyse descriptive des pratiques des médecins face à la maltraitance infantile, le test t de Student pour échantillons indépendants a été réalisé afin d'étudier des différences d'âge dans les différents groupes de médecins interrogés.

Dans un second temps, afin d'identifier d'éventuelles associations entre la pratique de signalement et les caractéristiques des médecins étudiés, l'investigateur principal a réalisé des régressions logistiques à l'aide du logiciel STATA/SE® et le logiciel jamovi®. La force de l'association était délivrée sous forme d'un odds-ratio (OR), IC (95%). Lors des calculs statistiques, le risque de première espèce étant fixé à $\alpha = 5\%$, une différence était considérée comme significative quand p était $< 0,05$.

Les variables explicatives étaient : sexe, âge, a des enfants (oui/non), temps d'installation (non installé, moins de 10 ans, entre 10 et 20 ans, plus de 20 ans), lieu d'exercice (plutôt rural, plutôt urbain), mode d'exercice (seul/en groupe), pourcentage de patientèle pédiatrique (moins de 5%, entre 5 et 25%, entre 25 et 50%, plus de 50%), maître de stage universitaire (oui/non), a fait un stage en pédiatrie au cours de l'internat (oui/non), a eu une formation sur la maltraitance infantile après l'internat (oui/non).

Les non-réponses à certaines questions (données manquantes) n'ont pas été prises en compte dans les calculs statistiques.

La même analyse a été réalisée afin d'identifier d'éventuelles associations entre le frein étudié et les caractéristiques des médecins interrogés.

RESULTATS

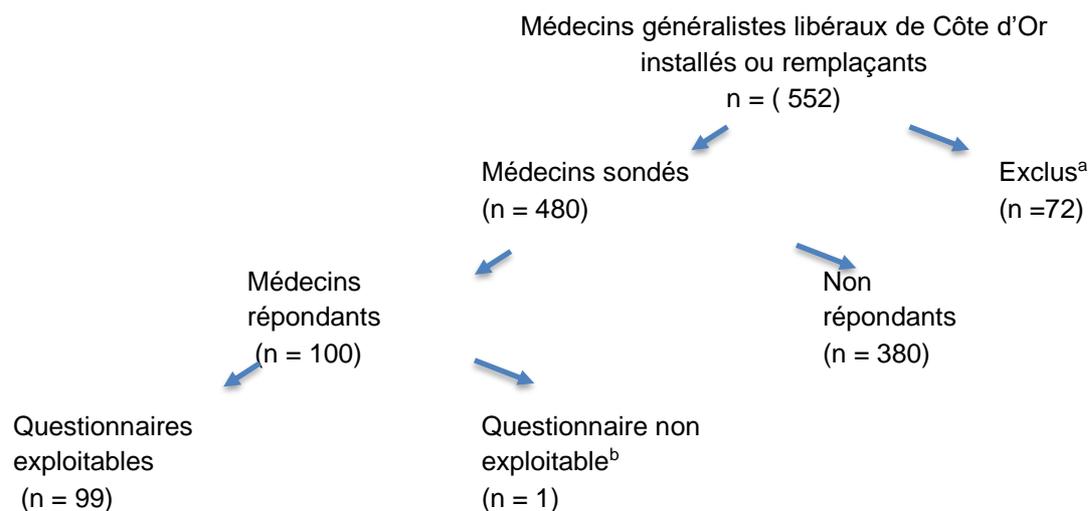
1. Description de l'échantillon

1.1 Taux de participation

Nous avons comptabilisé 552 généralistes exerçant en libéral en Côte d'Or en activité régulière ou intermittente (16) (17). Le questionnaire a été envoyé aux 480 médecins libéraux qui possédaient une adresse électronique.

100 médecins ont répondu au questionnaire en ligne via le formulaire Google Forms, soit 18% de la population cible. Parmi ceux-ci, 1 médecin a rempli deux fois le questionnaire. Les 99 questionnaires restants ont donc été analysés, représentant environ 18% de la population cible.

Le taux de participation représentait 20,8% des questionnaires envoyés.



^a = non joignables par voie électronique pour recevoir le lien du questionnaire

^b = un médecin a répondu en double au questionnaire

Figure 2 : Diagramme de flux (Côte d'Or, France, 2022)

1.2 Caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen de l'échantillon total était de 42,4 ans (écart-type 11,9). L'âge moyen des hommes était de 44,7 ans (écart-type 12,9) et l'âge moyen des femmes était de 40,2 ans (écart-type 10,7).

Les résultats de l'analyse descriptive des caractéristiques des médecins inclus sont résumés dans le tableau annexe 3.

L'échantillon comprenait une majorité de médecins de 45 ans et moins (61,6%) et de sexe féminin (51,5%).

Les femmes étaient plus représentées chez les médecins de 45 ans et moins (59%), et chez les médecins installés depuis moins de 10 ans (67,6%).

A l'inverse, 60,5 % des médecins de plus de 45 ans ainsi que 61,5 % des médecins installés depuis plus de 20 ans étaient des hommes.

86,7 % des médecins de l'échantillon exerçaient en cabinet de groupe (association ou maison de santé pluriprofessionnelle).

Les maîtres de stage universitaire représentaient 31,3% de l'échantillon.

La majorité des médecins interrogés (74,7%) avaient entre 5 et 25 % de patientèle pédiatrique, et 76,8 % d'entre eux ont fait un stage de pédiatrie au cours de leur internat.

Parmi les médecins interrogés, 21,3% ont bénéficié d'une formation sur la maltraitance infantile dans le cadre du développement professionnel continu, comme le montre la figure 3 ci-dessous. Parmi ces médecins ayant bénéficié d'une formation, 61,9% l'ont jugée de bonne à très bonne qualité.

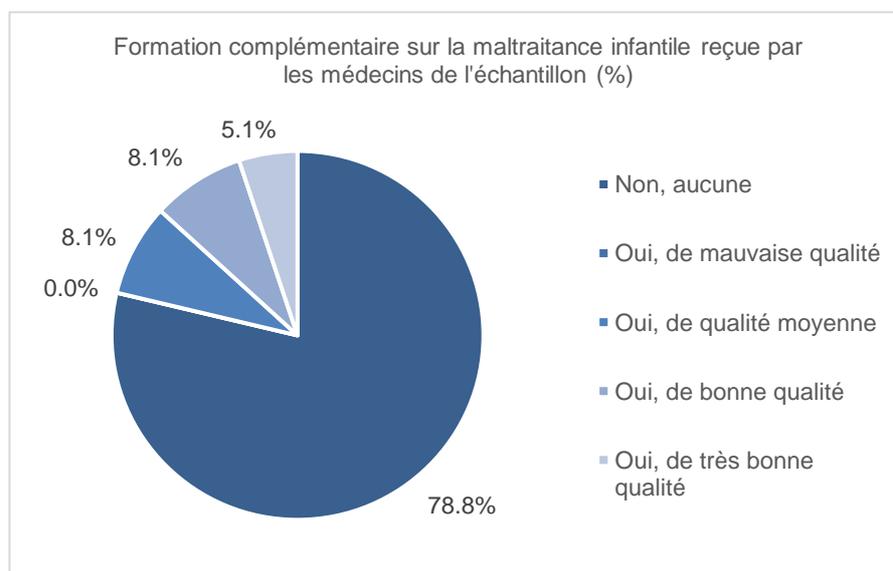


Figure 3 : Réponse à la question « Avez-vous déjà suivi une formation sur maltraitance infantile dans le cadre de la formation médicale continue ? »

Seul 1 médecin de l'échantillon estimait avoir de très bonnes connaissances sur la maltraitance infantile et ils étaient 13 à les juger bonnes, représentant 14,1% de l'échantillon. En revanche, ils étaient 24 à les estimer mauvaises (n = 21) ou très mauvaises (n = 3), soit 24,2% de l'échantillon. La majorité estimait ses connaissances sur la maltraitance infantile moyennes (n = 61). Ces données sont représentées en fonction du sexe dans la figure 4 ci-dessous.

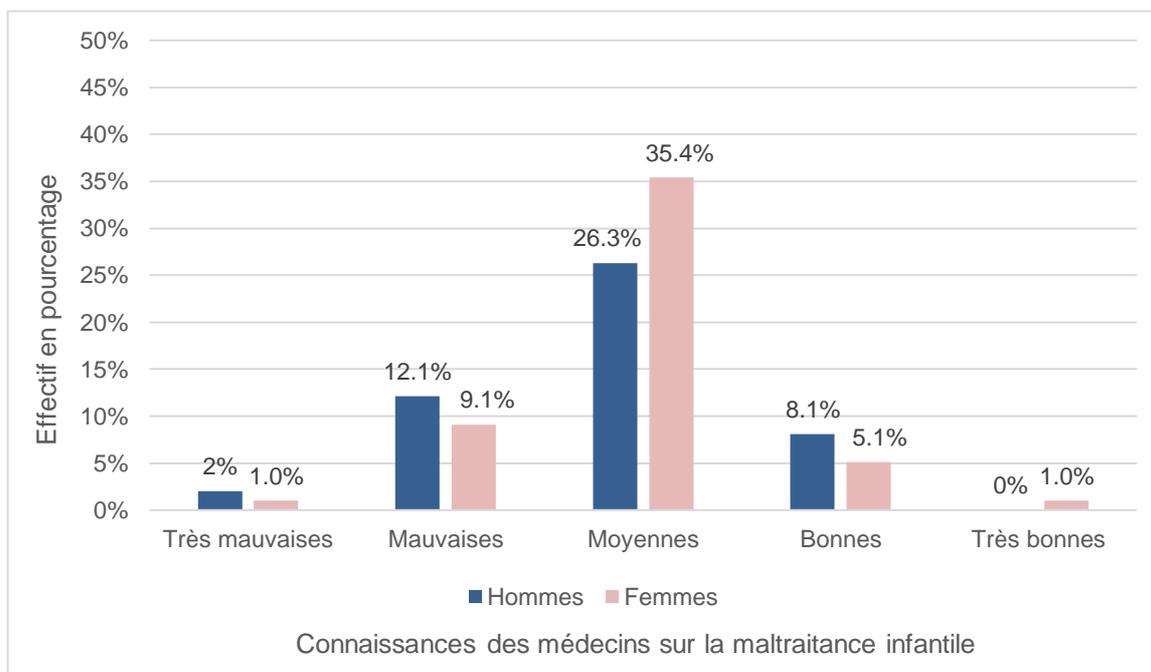


Figure 4 : Ressenti des médecins sur leurs connaissances concernant la maltraitance infantile selon le sexe (n = 99)

1.3 Représentativité de l'échantillon

Contrairement aux données de la CPAM concernant les médecins libéraux de Côte d'Or comptabilisant 55,4% d'hommes et 44,6% de femmes, notre échantillon était composé de moins d'hommes (48,5%) que de femmes (51,5%). L'âge moyen de notre échantillon (42,4 ans) était légèrement inférieur à celui de la population des généralistes de la Côte d'Or (46,6 ans) (16).

Les différents effectifs de médecins pour chaque tranche d'âge de l'échantillon et de la population de Côte d'Or ont été comparés dans la figure 5 ci-dessous (16).

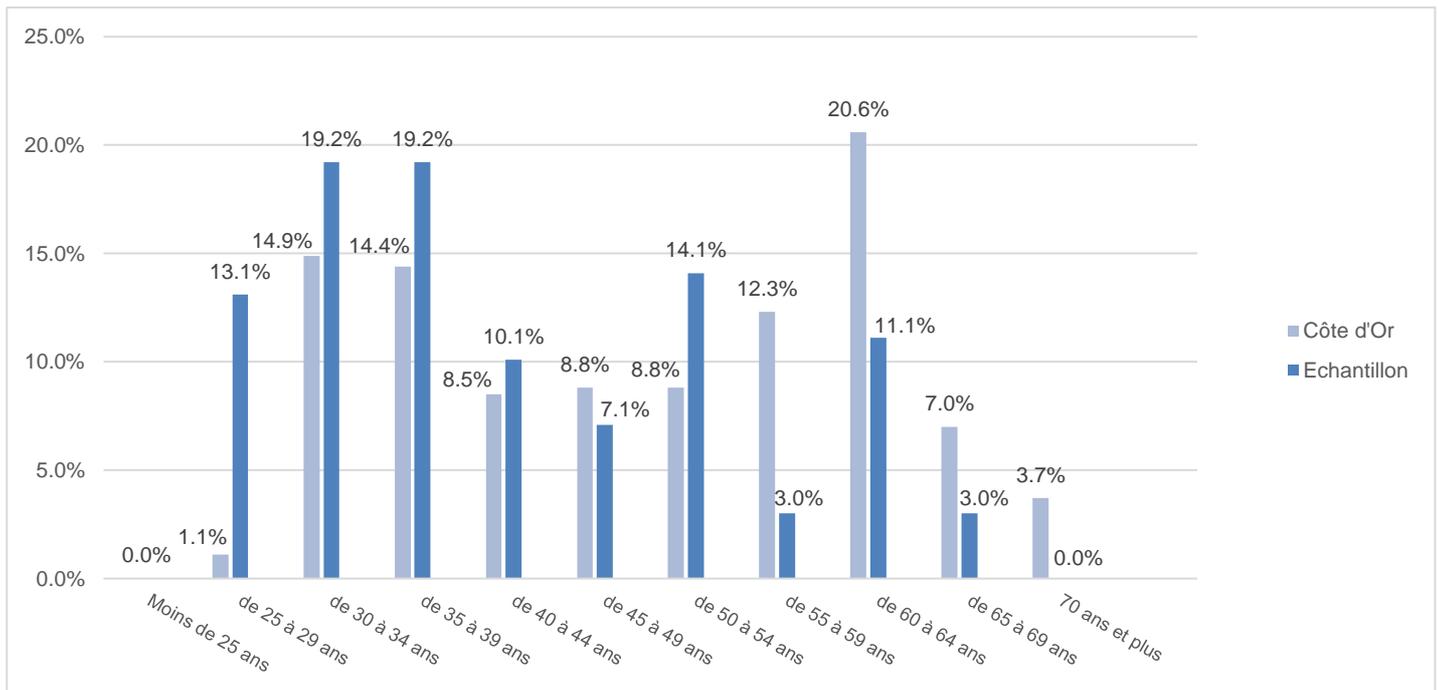


Figure 5 : Comparaison de la répartition par tranches d'âge des généralistes de Côte d'Or collectées par la CPAM (2020) et de notre échantillon

2. Expériences et pratiques des médecins face à une suspicion de maltraitance infantile

2.1 Analyse descriptive

Les tableaux 2 et 2 bis ci-dessous rassemblent les résultats des analyses descriptives concernant les expériences des médecins face à la maltraitance infantile.

Tableau II – Description des expériences des médecins face à la maltraitance infantile

	Effectif complet n = 99 n (%)	Effectif Homme n = 48 n (%) ^a	Effectif Femme n = 51 n (%)
Rôle du médecin traitant de dépister			
Oui	96 (97,0)	45 (45,5)	51 (51,5)
Non	3 (3,0)	3 (3,0)	0 (0,0)
Seules des situations gravissimes justifient un signalement/IP			
Oui	9 (9,1)	5 (5,1)	4 (4,0)
Non	90 (90,9)	43 (43,4)	47 (47,5)
A déjà suspecté une maltraitance infantile			
Oui	69 (69,7)	31 (31,3)	38 (38,4)
Non	30 (30,3)	17 (17,2)	13 (13,1)

^a Pourcentages calculés par rapport à l'effectif total (n/99)

Tableau II bis – Description des pratiques de signalement/IP chez les médecins ayant déjà suspecté une maltraitance infantile

	Effectif complet n = 69 n (%)	Effectif Homme n = 31 n (%) ^a	Effectif Femme n = 38 n (%)
A effectué un signalement pour chaque cas de suspicion rencontré			
Oui	34 (49,2)	17 (24,6)	17 (24,6)
Non	35 (50,7)	14 (20,3)	21 (30,4)
Nombre de signalements/IP effectués			
0 fois	26 (37,7)	11 (15,9)	15 (21,7)
Une seule fois	18 (26,0)	7 (10,1)	11 (15,9)
Entre 2 et 4 fois	21 (30,4)	11 (15,9)	10 (14,5)
5 fois et plus	4 (5,8)	2 (2,9)	2 (2,9)

^a Pourcentages calculés par rapport à l'effectif des médecins ayant déjà suspecté une maltraitance infantile (n/69)

La quasi-totalité des médecins interrogés estiment qu'il est le rôle du médecin traitant de dépister la maltraitance infantile (97 %), et seulement 9 (9,1%) d'entre eux pensent que seules des situations gravissimes justifient d'un signalement ou d'une information préoccupante.

Parmi les 69 médecins de l'échantillon ayant déjà suspecté une maltraitance infantile, la moitié (50,7%) admet ne pas avoir réalisé de signalement/IP pour chaque cas de suspicion rencontré.

En effet, 37,7% (n = 26) des médecins ayant déjà suspecté une maltraitance infantile n'ont jamais réalisé de signalement ou d'information préoccupante. La majorité des médecins ayant déjà réalisé un signalement ou une information préoccupante l'ont fait entre une et quatre fois (56,6%), et seuls 4 d'entre eux l'ont fait plus de 5 fois.

Au total, 56,6% (n = 56) de l'ensemble médecins interrogés n'ont jamais fait de signalement ou d'information préoccupante.

2.2 Analyse des variables pouvant agir sur la pratique face à une suspicion de maltraitance infantile

A noter que la différence d'âge entre les groupes « a déjà fait un signalement/IP » versus le groupe « n'a jamais fait de signalement/IP » était significative avec une *p-value* égale à 0,006, comme le montre la figure 6 ci-dessous.

La différence d'âge n'était pas significative entre les groupes « a déjà suspecté une maltraitance infantile » versus « n'a jamais suspecté de maltraitance infantile (*p* = 0,831).

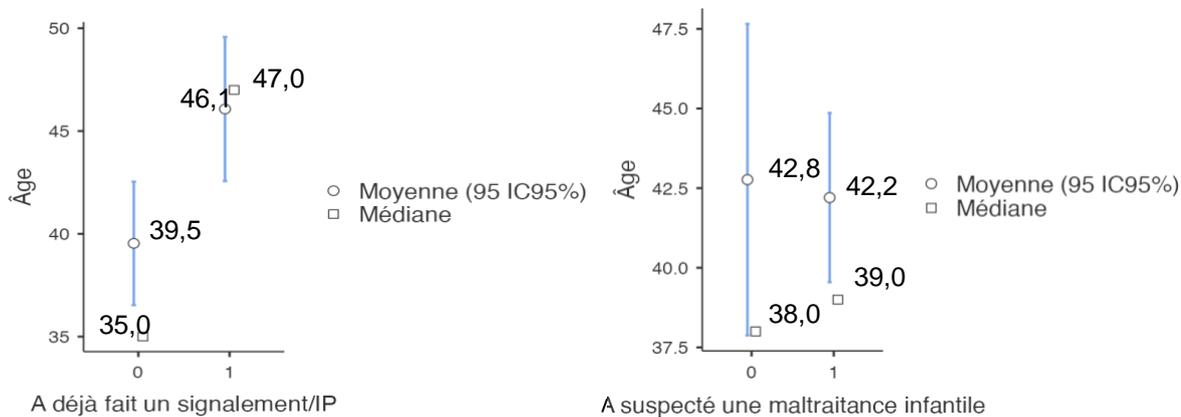


Figure 6 : Graphique descriptif des différences d'âge selon les groupes « a déjà fait un signalement » (0 = non versus 1 = oui) et « a déjà suspecté une maltraitance infantile » (0 = non versus 1 = oui)

Nous avons réalisé des régressions logistiques pour étudier les associations entre les expériences et pratiques des médecins face à la maltraitance infantile ainsi que leurs caractéristiques. Les résultats des analyses multivariées sont présentés dans le tableau 3.

Tableau III – Caractéristiques associées aux médecins ayant déjà suspecté une maltraitance ou fait un signalement/IP, analyses multivariées par régression logistique

	A déjà suspecté maltraitance		A déjà fait signalement/IP	
	OR [95 % IC]	p	OR [95 % IC]	p
Sexe féminin (vs. masculin)	1,8 [0,64 ; 5,06]	0.269	1,19 [0,44 ; 3,24]	0.728
Âge > 45 ans (vs. ≤ 45 ans)	0,14 [0,01 ; 2,08]	0.154	6,26 [0,69 ; 56,56]	0.103
A des enfants (oui vs. non)	0,33 [0,05 ; 2,03]	0.230	0,80 [0,17 ; 3,75]	0.775
Temps d'installation				
< 10 ans (vs. non installé)	3,53 [0,43 ; 28,68]	0.238	3,71 [0,61 ; 22,60]	0.155
entre 10 et 20 ans (vs. non installé)	18,25 [0,82 ; 403,89]	0.066	2,22 [0,19 ; 26,12]	0.527
> 20 ans (vs. non installé)	32,47 [1,00 ; 1054,23]	0.050	5,05 [0,31 ; 83,12]	0.257
Lieu d'exercice (plutôt urbain vs. plutôt rural)	0,35 [0,09 ; 1,31]	0.118	0,85 [0,25 ; 2,88]	0.800
Mode d'exercice (vs. seul)				
en association	5,05 [0,94 ; 27,13]	0.059	16,27 [2,02 ; 131,33]	0.009
en maison de santé pluridisciplinaire	7,96 [1,14 ; 55,57]	0.036	16,78 [1,76 ; 160,37]	0.014
Pourcentage de patientèle pédiatrique (vs. moins de 5%)				
de 5 à 25%	0,02 [0,00 ; 1,26]	0.065	0,17 [0,01 ; 2,15]	0.173
de 25 à 50 %	0,02 [0,00 ; 1,84]	0.091	0,16 ; [0,01 ; 2,62]	0.201
plus de 50%	-	-	-	-
Maître de stage universitaire (oui vs. non)	1,59 [0,48 ; 5,23]	0.446	0,75 [0,24 ; 2,40]	0.629
Stage en pédiatrie pendant l'internat (oui vs. non)	1,37 [0,37 ; 5,11]	0.640	3,58 [0,92 ; 14,00]	0.066
Formation sur la maltraitance infantile (oui vs. non)	1,89 [0,51 ; 6,95]	0.340	2,12 [0,67 ; 6,69]	0.199

95% IC = intervalle de confiance à 95% ; OR = odds-ratio ajusté ; p = probabilité avec p seuil de significativité < 5% (p-value)

Nous n'avons pas étudié les caractéristiques de médecins selon s'ils estiment qu'il s'agit du rôle du médecin traitant de dépister ou s'ils pensent que seules des situations gravissimes justifient de la réalisation d'un signalement ou d'une IP, car ces items ont fait presque consensus parmi les médecins interrogés.

L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire était associé de manière significative au fait d'avoir déjà suspecté une maltraitance infantile ainsi que d'avoir déjà réalisé un signalement ou une information préoccupante (OR 16,78, IC 95 % [1,76 ; 160,37], $p = 0,014$ et OR 7,96, IC 95 % [1,14 ; 55,57], $p = 0,036$ respectivement).

De même, l'exercice en association était associé significativement à avoir déjà réalisé un signalement ou une information préoccupante, par rapport à l'exercice seul. (OR 16,27, IC 95 % [2,02 ; 131,33], $p = 0,009$).

A noter qu'avoir réalisé un stage en pédiatrie au cours de l'internat tendait à la significativité concernant le fait d'avoir déjà réalisé un signalement ou une information préoccupante. (OR 3,58, IC 95 % [0,92 ; 14,00], $p = 0,066$).

3. Les freins

3.1 Analyse descriptive

Les items relatifs à la difficulté à réaliser un signalement ou une information préoccupante ont été classés en fonction de l'ordre d'apparition dans le questionnaire. Ce classement est présenté dans le tableau 4.

Tableau IV – Proportion des freins rencontrés par les médecins de l'échantillon à effectuer un signalement ou transmettre une information préoccupante, dans l'ordre des propositions du questionnaire (Côte d'Or, 2022).

	Nombre de fois coché	Pourcentage (%)	95% (IC)
Manque de formation et de connaissances	49	49,5	[39,6 ; 59,3]
Peur de se tromper	61	61,6	[52,0 ; 71,2]
Sentiment d'isolement	33	33,3	[24,0 ; 42,6]
Peur d'engager sa responsabilité professionnelle, crainte de poursuites judiciaires	32	32,3	[23,1 ; 41,5]
Peur des représailles	37	37,4	[27,8 ; 46,9]
Le signalement est une entrave au secret médical	4	4,0	[0,2 ; 7,9]
Aborder le sujet de maltraitance avec la famille concernée est compliqué	46	46,5	[36,6 ; 56,3]
Crainte de perdre de vue les patients	53	53,5	[43,7 ; 63,4]
Mauvaise connaissance des procédures de signalement ou transmission d'une IP	57	57,6	[47,8 ; 67,3]
Bonne connaissance des procédures, mais trop complexes	10	10,1	[4,2 ; 16,0]
Manque de temps	18	18,2	[10,6 ; 25,8]
Pas d'intérêt des démarches, car inefficacité de la justice et des services sociaux	9	9	[3,4 ; 14,8]

Le frein le plus plébiscité par les médecins de l'échantillon était la « peur de se tromper », il a été sélectionné par 61 d'entre eux.

En seconde position, (chevauchement des intervalles de confiance), on retrouve les freins « mauvaise connaissance des procédures » coché par 57,6% des médecins ainsi que « la crainte de perdre de vue les patients et familles concernées » coché par 53,5% d'entre eux.

Le frein le moins choisi était « le signalement est pour vous une entrave au secret médical » (n = 4).

La figure 7 représente le classement des différents freins par ordre décroissant.

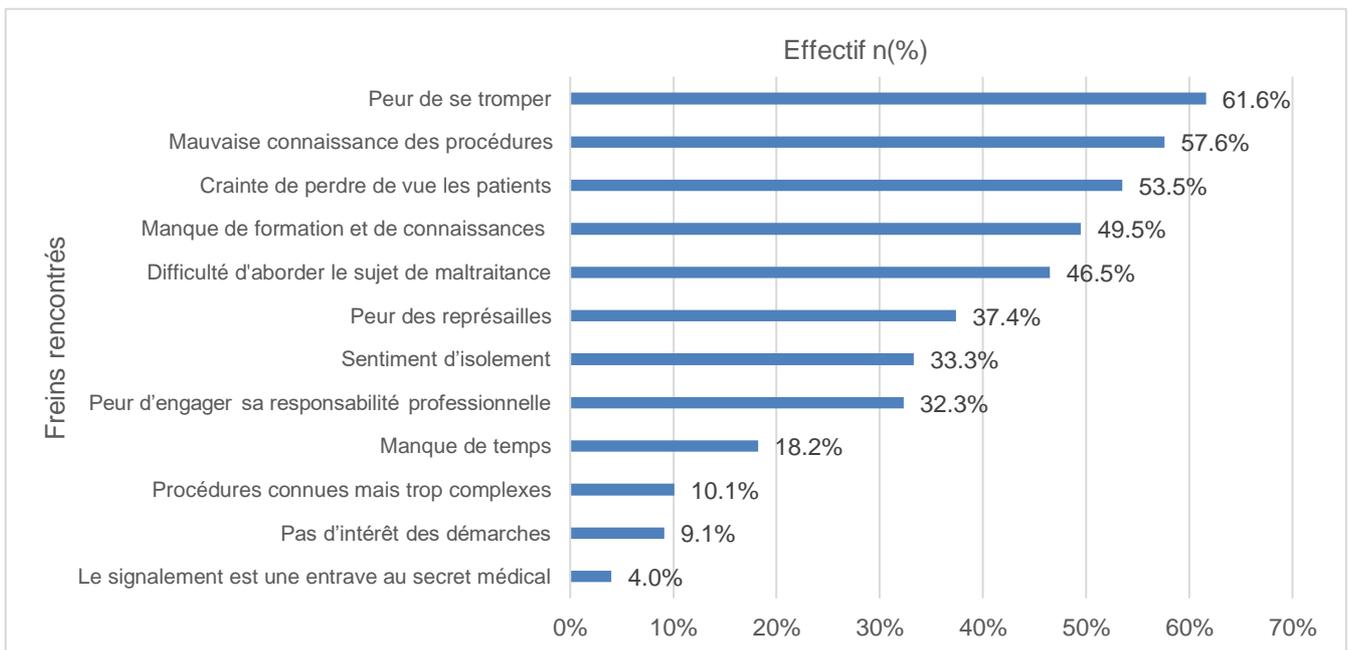


Figure 7 : Proportion des freins rencontrés par les médecins interrogés pour effectuer un signalement ou une information préoccupante devant une suspicion de maltraitance (n=99)

Le tableau 5 ci-dessous reprend le classement du frein considéré comme « le plus limitant » à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante selon les médecins de l'échantillon.

Ces derniers ont placé en première position le frein « mauvaise connaissance des procédures de signalement ou de transmission d'une IP » (n = 27) comme frein le plus limitant. Il a été choisi par 16,2% des femmes de l'échantillon, et 11,1% des hommes.

Le frein « peur de se tromper » est le deuxième à avoir été le plus coché (n = 20). Les freins « peur des menaces et des représailles » ainsi que « la crainte de perdre de vue les patients et familles concernées » se placent en troisième position, chacun ayant été plébiscités par 11,1% des médecins interrogés (n = 11).

A noter que le frein « le signalement représente pour vous une entrave au secret médical » n'a été choisi par aucun des médecins comme le frein le plus limitant à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante.

Dans les « réponses autres », une réponse était incomplète et non utilisable et l'autre faisait référence à l'absence de retour d'information concernant une démarche faite de signalement.

Tableau V – Représentation du frein le plus limitant pour effectuer un signalement ou une information préoccupante devant une suspicion de maltraitance infantile, par ordre de fréquence.

	Effectif n(%)	Homme	Femme
	n = 99 n (%) ^a	n = 48 n (%)	n = 51 n(%)
Mauvaise connaissance des procédures	27 (27,2)	11 (11,1)	16 (16,2)
Peur de se tromper	20 (20,2)	11 (11,1)	9 (9,1)
Manque de formation et de connaissances	11 (11,1)	7 (7,1)	4 (4,1)
Crainte de perdre de vue les patients	11 (11,1)	3 (3,0)	8 (8,1)
Peur d'engager sa responsabilité professionnelle	7 (7,1)	5 (5,1)	2 (2,1)
Pas d'intérêt des démarches	6 (6,1)	4 (4,0)	2 (2,0)
Difficulté d'aborder le sujet de maltraitance	4 (4,0)	0 (0)	4 (4,0)
Sentiment d'isolement	4 (4,0)	3 (3,0)	1 (1,0)
Peur des représailles	3 (3,0)	0 (0)	3 (3,0)
Procédures trop complexes	2 (2,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
Manque de temps	2 (2,0)	2 (2,0)	0 (0)
Réponse autre	2 (2,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
Le signalement est une entrave au secret médical	0 (0)	0 (0)	0 (0)

^a Pourcentage calculé par rapport à l'effectif total (n/99)

3.2 Analyse multivariée

Afin d'étudier l'association entre les freins choisis et les caractéristiques des médecins, des régressions logistiques ont été réalisées. Les résultats des analyses multivariées sont présentés dans les tableaux 6, 6 bis, 6 ter, 6 quater et 6 quinquies ci-dessous.

La régression logistique nécessitant au moins 10 modalités pour être réalisable, les freins cochés 10 fois et moins n'ont pas été analysés.

Tableau VI – Caractéristiques associées aux choix des freins « manque de connaissances » et « peur de se tromper », analyses multivariées par régression logistique

	Manque de connaissances		Peur de se tromper	
	OR [95 % IC]	p	OR [95 % IC]	p
Sexe féminin (vs. masculin)	0,52 [0,18 ; 1,49]	0.222	1,50 [0,55 ; 4,09]	0.428
Âge > 45 ans (vs. ≤ 45 ans)	0,52 [0,05 ; 5,26]	0.580	9,42 [1,03 ; 85,93]	0.047
A des enfants (oui vs. non)	1,77 [0,36 ; 8,83]	0.484	0,22 [0,04 ; 1,23]	0.084
Temps d'installation				
< 10 ans (vs. non installé)	3,64 [0,54 ; 24,74]	0.186	1,32 [0,20 ; 8,53]	0.770
entre 10 et 20 ans (vs. non installé)	0,23 [0,02 ; 3,39]	0.284	0,44 [0,04 ; 5,21]	0.512
> 20 ans (vs. non installé)	2,47 [0,13 ; 46,92]	0.547	0,11 [0,01 ; 1,76]	0.117
Lieu d'exercice (plutôt urbain vs. plutôt rural)	0,40 [0,10 ; 1,57]	0.186	2,17 [0,60 ; 7,92]	0.239
Mode d'exercice (vs.seul)				
en association	3,64 [0,67 ; 19,79]	0.135	1,41 [0,30 ; 6,73]	0.665
en maison de santé pluridisciplinaire	4.97 [0,71 ; 34,64]	0.106	3,53 [0,54 ; 23,03]	0.187
Pourcentage de patientèle pédiatrique (vs. moins de 5%)				
de 5 à 25%	0,36 [0,02 ; 6,43]	0.488	1,02 [0,11 ; 9,23]	0.983
de 25 à 50 %	0,23 [0,01 ; 6,04]	0.381	0,40 [0,03 ; 4,85]	0.470
plus de 50%	-	-	-	-
Maître de stage universitaire (oui vs. non)	0,18 [0,05 ; 0,67]	0.011	0,65 [0,20 ; 2,08]	0.466
Stage en pédiatrie pendant l'internat (oui vs. non)	1,90 [0,46 ; 7,75]	0.374	0,88 [0,25 ; 3,12]	0.848
Formation sur la maltraitance infantile (oui vs. non)	0,15 [0,04 ; 0,59]	0.006	0,30 [0,09 ; 0,97]	0.045

95% IC = intervalle de confiance à 95% ; OR = odds-ratio ajusté ; p = probabilité avec p seuil de significativité < 5% (p-value)

Tableau VI bis – Caractéristiques associées aux choix des freins « se sent trop seul » et « peur d'engager sa responsabilité », analyses multivariées par régression logistique

	Se sent trop seul		Peur d'engager sa responsabilité	
	OR [95 % IC]	p	OR [95 % IC]	p
Sexe féminin (vs. masculin)	1,56 [0,56 ; 4,39]	0.397	2,28 [0,85 ; 6,12]	0.101
Âge > 45 ans (vs. ≤ 45 ans)	0,18 [0,02 ; 1,77]	0.140	2,15 [0,27 ; 17,02]	0.469
A des enfants (oui vs. non)	0,36 [0,07 ; 1,79]	0.212	1,45 [0,30 ; 6,96]	0.641
Temps d'installation				
< 10 ans (vs. non installé)	1,72 [0,30 ; 9,95]	0.543	0,92 [0,16 ; 5,25]	0.923
entre 10 et 20 ans (vs. non installé)	22,1 [1,70 ; 287,29]	0.018	0,47 [0,04 ; 5,22]	0.536
> 20 ans (vs. non installé)	10,9 [0,55 ; 216,55]	0.118	0,51 [0,04 ; 7,15]	0.615
Lieu d'exercice (plutôt urbain vs. plutôt rural)	0,62 [0,17 ; 2,31]	0.480	1,51 [0,45 ; 5,06]	0.500
Mode d'exercice (vs.seul)				
en association	1,02 [0,21 ; 4,96]	0.977	0,87 [0,19 ; 4,07]	0.862
en maison de santé pluridisciplinaire	1,22 [0,20 ; 7,40]	0.830	1,21 [0,21 ; 7,04]	0.829
Pourcentage de patientèle pédiatrique (vs. moins de 5%)				
de 5 à 25%	0,20 [0,02 ; 2,31]	0.198	0,52 [0,07 ; 4,15]	0.539
de 25 à 50 %	0,13 [0,01 ; 1,91]	0.135	0,84 [0,08 ; 9,18]	0.889
plus de 50%	-	-	-	-
Maître de stage universitaire (oui vs. non)	0,22 [0,06 ; 0,85]	0.028	0,45 [0,14 ; 1,43]	0.174
Stage en pédiatrie pendant l'internat (oui vs. non)	0,3 [0,08 ; 1,12]	0.072	0,71 [0,20 ; 2,49]	0.595
Formation sur la maltraitance infantile (oui vs. non)	0,48 [0,14 ; 1,68]	0.253	0,52 [0,15 ; 1,73]	0.285

95% IC = intervalle de confiance à 95% ; OR = odds-ratio ajusté ; p = probabilité avec p seuil de significativité < 5% (p-value)

Tableau VI ter – Caractéristiques associées aux choix des freins « peur des représailles » et « difficulté d'aborder le sujet », analyses multivariées par régression logistique

	Peur des représailles		Difficulté d'aborder le sujet	
	OR [95 % IC]	p	OR [95 % IC]	p
Sexe féminin (vs. masculin)	3,81 [1,41 ; 10,32]	0.009	1,73 [0,63 ; 4,76]	0.292
Âge > 45 ans (vs. ≤ 45 ans)	0,92 [0,11 ; 7,63]	0.937	0,41 [0,04 ; 3,89]	0.438
A des enfants (oui vs. non)	0,62 [0,13 ; 2,93]	0.546	1,95 [0,43 ; 8,93]	0.390
Temps d'installation				
< 10 ans (vs. non installé)	0,68 [0,12 ; 3,76]	0.659	2,85 [0,50 ; 16,13]	0.238
entre 10 et 20 ans (vs. non installé)	0,48 [0,04 ; 5,50]	0.555	1,07 [0,09 ; 12,81]	0.958
> 20 ans (vs. non installé)	1,15 [0,07 ; 17,86]	0.920	1,03 [0,06 ; 18,63]	0.983
Lieu d'exercice (plutôt urbain vs. plutôt rural)	1,81 [0,53 ; 6,22]	0.345	1,17 [0,33 ; 4,14]	0.804
Mode d'exercice (vs.seul)				
en association	0,71 [0,15 ; 3,48]	0.675	0,62 [0,13 ; 2,91]	0.547
en maison de santé pluridisciplinaire	0,43 [0,07 ; 2,70]	0.365	5,29 [0,90 ; 31,00]	0.065
Pourcentage de patientèle pédiatrique (vs. moins de 5%)				
de 5 à 25%	0,64 [0,07 ; 5,48]	0.680	2,16 [0,23 ; 20,39]	0.503
de 25 à 50 %	1,40 [0,12 ; 15,84]	0.784	0,65 [0,05 ; 8,46]	0.738
plus de 50%	-	-	-	-
Maître de stage universitaire (oui vs. non)	1,67 [0,54 ; 5,23]	0.375	0,35 [0,10 ; 1,20]	0.095
Stage en pédiatrie pendant l'internat (oui vs. non)	1,24 [0,34 ; 4,62]	0.744	0,42 [0,11 ; 1,53]	0.188
Formation sur la maltraitance infantile (oui vs. non)	0,21 [0,06 ; 0,80]	0.021	0,37 [0,10 ; 1,30]	0.119

95% IC = intervalle de confiance à 95% ; OR = odds-ratio ajusté ; p = probabilité avec p seuil de significativité < 5% (p-value)

Tableau VI quater – Caractéristiques associées aux choix du frein « crainte de perdre de vue les patients », analyses multivariées par régression logistique

	Crainte de perdre de vue les patients	
	OR [95 % IC]	p
Sexe féminin (vs. masculin)	1,78 [0,67 ; 4,68]	0.245
Âge > 45 ans (vs. ≤ 45 ans)	4,92 [0,63 ; 38,36]	0.128
A des enfants (oui vs. non)	3,25 [0,69 ; 15,26]	0.135
Temps d'installation		
< 10 ans (vs. non installé)	1,68 [0,31 ; 9,06]	0.547
entre 10 et 20 ans (vs. non installé)	0,22 [0,02 ; 2,34]	0.207
> 20 ans (vs. non installé)	0,14 [0,01 ; 2,04]	0.149
Lieu d'exercice (plutôt urbain vs. plutôt rural)	3,40 [0,98 ; 11,81]	0.054
Mode d'exercice (vs.seul)		
en association	2,89 [0,48 ; 17,34]	0.247
en maison de santé pluridisciplinaire	6,04 [0,84 ; 43,63]	0.074
Pourcentage de patientèle pédiatrique (vs. moins de 5%)		
de 5 à 25%	0,53 [0,05 ; 5,85]	0.607
de 25 à 50 %	0,62 [0,04 ; 8,98]	0.726
plus de 50%	-	-
Maître de stage universitaire (oui vs. non)	1,33 [0,43 ; 4,09]	0.620
Stage en pédiatrie pendant l'internat (oui vs. non)	1,35 [0,40 ; 4,61]	0.629
Formation sur la maltraitance infantile (oui vs. non)	0,85 [0,28 ; 2,61]	0.779

95% IC = intervalle de confiance à 95% ; OR = odds-ratio ajusté ; p = probabilité avec p seuil de significativité < 5% (p-value)

Tableau VI quinquies – Caractéristiques associées aux choix des freins « mauvaise connaissance des procédures » et « manque de temps », analyses multivariées par régression logistique

	Mauvaise connaissance des procédures		Manque de temps	
	OR [95 % IC]	p	OR [95 % IC]	p
Sexe féminin (vs. masculin)	1,47 [0,53 ; 4,08]	0.464	0,85 [0,19 ; 3,75]	0.831
Âge > 45 ans (vs. ≤ 45 ans)	0,35 [0,04 ; 2,91]	0.332	0,02 [0,0 ; 0,60]	0.025
A des enfants (oui vs. non)	1,42 [0,27 ; 7,42]	0.681	4,35 [0,29 ; 65,66]	0.288
Temps d'installation				
< 10 ans (vs. non installé)	0,36 [0,05 ; 2,61]	0.310	0,06 [0,00 ; 1,31]	0.073
entre 10 et 20 ans (vs. non installé)	0,17 [0,01 ; 2,34]	0.187	1,55 [0,04 ; 54,86]	0.809
> 20 ans (vs. non installé)	0,46 [0,03 ; 7,98]	0.595	1,13 [0,03 ; 49,45]	0.950
Lieu d'exercice (plutôt urbain vs. plutôt rural)	1,76 [0,47 ; 6,55]	0.400	0,08 [0,01 ; 1,19]	0.067
Mode d'exercice (vs.seul)				
en association	2,062 [0,41 ; 10,47]	0.383	0,30 [0,04 ; 2,09]	0.225
en maison de santé pluridisciplinaire	3,98 [0,62 ; 25,65]	0.146	0,03 [0,00 ; 0,78]	0.035
Pourcentage de patientèle pédiatrique (vs. moins de 5%)				
de 5 à 25%	1,10 [0,08 ; 15,95]	0.942	0,20 [0,01 ; 3,17]	0.253
de 25 à 50 %	0,20 [0,01 ; 3,96]	0.293	0,04 [0,00 ; 1,87]	0.101
plus de 50%	-	-	-	-
Maître de stage universitaire (oui vs. non)	0,19 [0,05 ; 0,66]	0.009	11,54 [1,46 ; 91,18]	0.020
Stage en pédiatrie pendant l'internat (oui vs. non)	0,73 [0,21 ; 2,55]	0.626	0,04 [0,01 ; 0,34]	0.003
Formation sur la maltraitance infantile (oui vs. non)	0,16 [0,04 ; 0,59]	0.006	0,65 [0,11 ; 4,01]	0.641

95% IC = intervalle de confiance à 95% ; OR = odds-ratio ajusté ; p = probabilité avec p seuil de significativité < 5% (p-value)

Le sexe féminin était associé de manière significative au frein « peur des représailles ou menaces » (OR 3,81, IC 95 % [1,41 ; 10,32], $p = 0,009$).

Un âge supérieur à 45 ans était associé de manière significative au frein « peur de se tromper » (OR 9,42, IC 95 % [1,03 ; 85,93], $p = 0,047$). L'âge est également significativement associé au frein « manque de temps ». En effet, les médecins de plus de 45 ans ont moins choisi ce frein par rapport à leurs homologues plus jeunes (OR 0,02, IC 95 % [0,0 ; 0,60], $p = 0,025$).

Les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire sur la maltraitance infantile dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ont significativement moins

choisi le frein « manque de formation et de connaissances » (OR 0,15, IC 95 % [0,04 ; 0,59], $p = 0,006$), le frein « peur de se tromper » (OR 0,30 IC 95 % [0,09 ; 0,97], $p = 0,045$) et « peur des représailles ou menaces » (OR 0,21, IC 95 % [0,06 ; 0,80], $p = 0,021$), par rapport aux médecins n'ayant pas bénéficié de formation complémentaire.

Être maître de stage universitaire était associé de manière significative au frein manque de temps (OR 11,54, IC 95% [1,46 ; 91,18], $p = 0.020$). Les maîtres de stage universitaires ont significativement moins choisi les freins « manque de formation et de connaissances » (OR 0,18, IC 95% [0,05 ; 0,67], $p = 0.011$), « se sent trop seul pour gérer ces situations » (OR 0,22, IC 95 % [0,06 ; 0,85], $p = 0.028$), « mauvaises connaissances des procédures » (OR 0,19, IC 95% [0,05 ; 0,66], $p = 0.009$), par rapport aux médecins qui ne sont pas MSU.

4. Réponses au questionnaire à choix multiple

Le questionnaire à choix multiple était facultatif, la figure 8 ci-dessous représente les réponses données par les médecins ayant choisi de répondre.

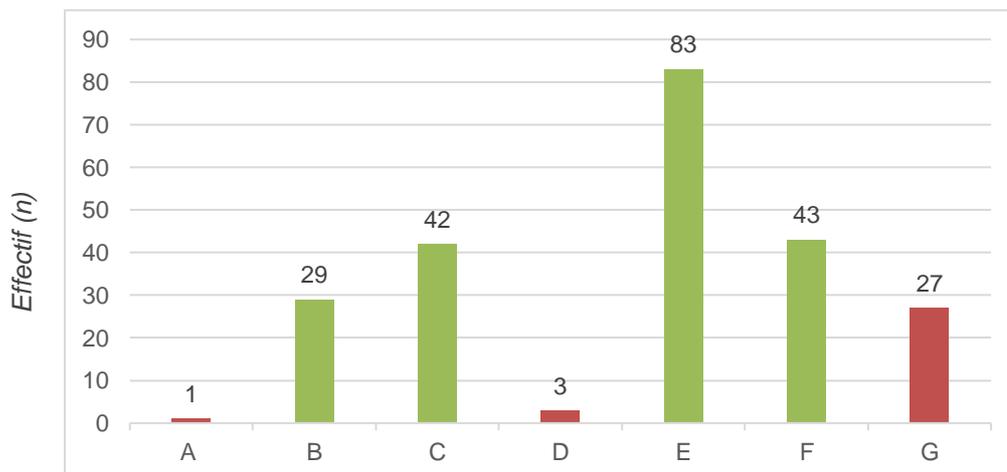


Figure 8 : Réponses des médecins au QCM

Les différentes propositions étaient :

A = Les médecins ne peuvent effectuer un signalement ou transmettre une IP devant une situation de suspicion de maltraitance infantile, car ils sont soumis au secret professionnel – FAUX

B = Les médecins libéraux ont la faculté d'effectuer un signalement, sans s'exposer à une sanction pour violation du secret professionnel, mais ils ne sont pas dans l'obligation pénale de signaler – VRAI

C = L'obligation pénale de signaler pour les médecins n'est valable que lorsque le mineur court un danger grave et imminent – VRAI

D = Le code pénal impose aux professionnels la certitude que des violences ont été commises pour effectuer un signalement, de simples présomptions ne le justifient pas – FAUX

E = La transmission d'une information préoccupante peut se faire par téléphone, par mail ou par courrier à la CRIP du département – VRAI

F = Le signalement concerne les situations d'une extrême gravité et est adressé au Procureur de la République – VRAI

G = L'information préoccupante concerne des situations graves sans délai, contrairement au signalement qui concerne des mineurs en danger ou en risque de l'être dans des situations qui ne nécessitent pas d'action en urgence – VRAI

Le détail des réponses aux propositions données aux médecins est en annexe 4.

12 médecins de l'échantillon n'ont pas répondu au questionnaire facultatif.

Seulement 8 médecins sur les 87 ayant répondu ont eu juste sur l'ensemble des sept items de la question, représentant 9% de bonnes réponses.

Un seul médecin a coché la réponse A, « les médecins ne peuvent effectuer de signalement [...] car ils sont soumis au secret médical ».

94,3 % (n = 83) des médecins ayant répondu ont eu juste à la réponse E, « la transmission d'une information préoccupante peut se faire par téléphone, par mail ou par courrier à la CRIP du département ».

DISCUSSION

1. Résultats principaux

1.1 Évaluation des pratiques de signalement et d'IP

La grande majorité des médecins interrogés estiment qu'il est du rôle du médecin traitant de dépister la maltraitance infantile (97%), et ne pensent pas que seules les situations gravissimes justifient d'une démarche de signalement ou d'information préoccupante (90%). Pourtant, un tiers des médecins (30,3%) de l'échantillon n'ont jamais suspecté de maltraitance infantile, et 37,7% des médecins ayant déjà suspecté une maltraitance infantile n'ont jamais fait de signalement ou d'information préoccupante.

L'analyse multivariée met en évidence une différence de pratique selon le mode d'exercice des médecins. Les médecins exerçant en maison de santé disciplinaire et en association ont significativement plus effectué de signalement que les médecins en exercice seul ($p = 0,014$ et $p = 0,009$ respectivement).

De même, les médecins en maison de santé pluridisciplinaire ont significativement plus suspecté de situation de maltraitance que les médecins en exercice seul ($p = 0,036$).

Aussi, il semblerait que l'exercice avec d'autres professionnels favorisait le dépistage de la maltraitance infantile.

Cela a été évoqué dans les carnets de note sur la maltraitance infantile (18), où l'auteur souligne que le type de pratique médicale semble influencer les capacités du généraliste à dépister et prendre en charge une situation de suspicion de maltraitance. Un médecin interrogé dans l'étude l'évoque en déclarant « *aussi le fait ici qu'on travaille en équipe pluridisciplinaire. C'est vrai qu'on a une psychologue, qu'on a une assistante sociale et cela donne parfois un levier intéressant* ».

Ces résultats confortent l'hypothèse de l'existence de freins à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante devant des situations de maltraitance infantile, que nous allons détailler ci-dessous.

1.2 Les principaux freins leurs déterminants

1.2.1 La peur de se tromper

Notre étude a montré que le frein de premier ordre pour effectuer un signalement ou une information préoccupante devant une suspicion de maltraitance infantile était « la peur de se tromper en l'absence de situation de maltraitance avérée ». Ce frein a été sélectionné par 61 médecins généralistes, soit 61,6% des médecins de l'étude. Il a également été choisi par 20,2% des médecins interrogés comme frein le plus limitant.

Au terme de l'analyse multivariée, il a été montré que les médecins plus âgés avaient plus tendance à choisir ce frein « peur de se tromper », tout comme les médecins n'ayant pas bénéficié de formation complémentaire sur la maltraitance infantile.

De plus, 96,5% (n = 85) des médecins ayant répondu au QCM n'ont pas coché l'item « le code pénal impose aux professionnels la certitude que des violences ont été commises pour effectuer un signalement, de simples présomptions ne le justifient pas » qui était effectivement faux. En effet, qu'il s'agisse d'un signalement adressé au procureur de la République ou d'une information préoccupante adressée à la CRIP, seule la présomption du médecin est suffisante. C'est ce que rappelle l'Ordre des médecins dans son rapport de 2016 (19) quand il précise que le médecin rapporte « *les sévices ou privations qu'il a constatés, sur la plan physique ou psychique, [...] et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises* ».

D'après les résultats, nous pouvons présumer que le manque de connaissances sur le sujet de la maltraitance infantile, peut conduire les médecins n'ayant pas bénéficié de formation complémentaire à se sentir plus en difficulté devant une situation de suspicion de maltraitance infantile, avec un manque de confiance dans leur capacité à détecter de telles situations. Nous pouvons également supposer que les médecins plus âgés craignent plus de se tromper du fait d'une relation plus proches car plus ancienne avec leur patientèle. Cette crainte peut aussi provenir de mauvaises expériences passées chez certains médecins interrogés.

La peur de se tromper était également un des freins principalement relevé dans la thèse quantitative du Dr Herrmann-Maillet Agathe (20). Dans son étude, les médecins évoquaient l'incertitude de diagnostic de maltraitance pour expliquer les difficultés rencontrées, sous les termes de « manque d'arguments », « difficulté à définir le cadre exact de la maltraitance », « peur de signaler de manière abusive ». Cette notion d'incertitude devant une suspicion de maltraitance infantile a été évoquée dans plusieurs thèses d'exercice (13) (14).

Il semble donc que cette « peur de se tromper » ne réside pas dans une volonté de certitude diagnostique de la part des médecins interrogés, mais sûrement plus dans une difficulté à gérer de l'incertitude médicale dans les situations de suspicion de maltraitance infantile.

L'incertitude fait partie intégrante de l'exercice de la médecine générale et la plupart des médecins s'en accommode le plus souvent en temporisant les plaintes mal définies, comme l'a montré Géraldine Bloy (21), sociologue ayant réalisé une étude qualitative sur l'incertitude médicale.

Renée Fox relève dans ses travaux que l'incertitude médicale provient de trois sources (22) que sont une maîtrise incomplète du savoir disponible, les limites propres à la connaissance médicale, et la troisième qui est liée aux difficultés de distinguer l'ignorance des limites spécifiques du savoir médical. L'incertitude peut donc être minorée par une meilleure maîtrise des savoirs, mais jamais totalement supprimée.

Dans sa revue de la littérature en 2020 (23), Baptiste Motte insiste sur l'importance d'une formation des étudiants en médecine intégrant l'incertitude médicale. Il évoque une pédagogie se voulant plus expérientielle, c'est-à-dire qui s'appuie sur l'expérience personnelle vécue de chaque étudiant plutôt que sur l'expérience pratique (bien que cette dernière soit aussi essentielle). Il propose pour cela le développement de formation pluriprofessionnelles. Il

rappelle également l'importance d'encourager la réflexion sur les situations d'incertitude, afin de favoriser son acceptation et son intégration dans les processus de soin.

Ainsi, il convient de sensibiliser les médecins à l'importance de la problématique de la maltraitance infantile et de ses conséquences. Il convient également de leur redonner confiance dans leurs compétences à repérer des situations d'enfant en danger. Il semble ici que le meilleur moyen soit une formation plus approfondie des médecins sur la maltraitance infantile, qu'elle soit initiale ou continue.

De plus, la diffusion d'informations complémentaires sur la maltraitance infantile aux médecins pourrait pallier en partie au manque de connaissance des médecins.

Il existe déjà une fiche mémo de la HAS sur la maltraitance infantile, rappelant les recommandations de bonne pratique, mais une réflexion peut être apportée sur la simplification et la lisibilité (24).

1.2.2 La mauvaise connaissance des procédures de signalement et de transmission d'information préoccupante

Les médecins de notre étude classent ce frein en deuxième position, ce dernier ayant été choisi par 57,6% d'entre eux (n = 57).

En revanche, avec 27 médecins l'ayant choisi, il est en première position des freins les plus limitants à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante devant une suspicion de maltraitance infantile.

A l'issue de l'analyse multivariée, il apparaissait que les MSU et les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire sur la maltraitance avait significativement moins coché ce frein que le reste de l'échantillon ($p = 0,009$ et $p = 0,006$ respectivement).

Ces résultats corroborent l'idée développée dans le paragraphe ci-dessus que des formations complémentaires favoriseraient le dépistage de la maltraitance infantile, en améliorant notamment les connaissances des médecins sur les démarches à suivre dans des situations de suspicion de maltraitance.

On peut supposer que les MSU, par l'accueil régulier d'étudiants en médecine, bénéficient d'une mise à jour plus régulières des connaissances et ainsi se sentent moins en difficulté quant aux procédures à suivre devant une suspicion d'enfant en danger.

Il semble alors que les formations réalisées apporteraient un bénéfice sur la connaissance des démarches à suivre, d'autant que la majorité des médecins en ayant bénéficié (61,9%) estiment qu'elles étaient de bonne à très bonne qualité.

Les réponses au QCM montrent que 94,3% (n = 83) semblent savoir que la transmission d'une information préoccupante peut se faire par téléphone, par mail ou par courrier à la CRIP du département.

Cependant, 30,6% (n = 27) des médecins ayant répondu au QCM semblent confondre signalement et information préoccupante, car ils pensaient vraie la réponse « l'information préoccupante concerne des situations graves sans délai, contrairement au signalement qui concerne des mineurs en danger ou en risque de l'être dans des situations qui ne nécessitent pas d'action en urgence ». Cela révèle un probable manque de maîtrise des médecins

interrogés sur la différence entre signalement et information préoccupante, ce qui peut expliquer les difficultés à réaliser les démarches correspondantes par la suite.

En effet en 2010, le rapport des États généraux de l'enfance montrait qu'un nombre insuffisant de médecins connaissait réellement la différence entre signalement judiciaire et information préoccupante (25). Dans une étude publiée dans la revue *Exercer*, en 2015, seuls 5 % des médecins ont déjà été formés à l'information préoccupante (23).

Il pourrait d'abord être intéressant d'harmoniser les connaissances des médecins sur la différence entre information préoccupante et signalement.

De plus, il existe un modèle d'information préoccupante publié le 7 février 2023 et un modèle de signalement publié en avril 2019 (26), disponibles sur le site de l'Ordre des médecins (annexe 5). L'arbre décisionnel de la HAS (annexe 6) détaille également les différentes procédures à suivre selon les situations. La diffusion de ces documents pourrait être élargie.

1.2.3 *La crainte de l'altération de la confiance, voire de perdre de vue les patients*

53,5% (n = 53) des médecins de l'échantillon redoutent l'altération de la relation de confiance avec le patient et sa famille, et 11 d'entre eux le placent en troisième position du frein le plus limitant à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante.

L'analyse multivariée retrouve que l'exercice urbain par rapport à l'exercice rural aurait une tendance à majorer cette crainte ($p = 0,054$).

Au premier abord, ces résultats semblent montrer que la relation médecin-patient prime sur l'intérêt de l'enfant. Mais l'activité en cabinet du médecin généraliste et son rôle de médecin de famille peuvent expliquer ce positionnement. En effet, sa capacité d'action est dépendante de la venue de ses patients en consultation, comme le souligne une étude issue du carnet de notes sur les maltraitances infantiles, qui note que « *le généraliste tend à tout faire pour éviter la confrontation par crainte de rompre le lien avec la famille, puisque cela conditionne en retour les possibilités d'action en consultation* » (18).

Aussi, on peut penser que la faible densité médicale actuelle (17) en milieu rural peut diminuer cette crainte des médecins ruraux de perdre de vue leurs patients. Les patients ont probablement moins de facilité à changer de médecin par rapport en milieu urbain où la densité médicale est plus élevée.

En 2000 aux Etats-Unis, des pédiatres ont rapporté cette vision que les médecins généralistes ont « une loyauté envers les parents », lorsqu'ils sont interrogés sur les facteurs qui découragent le dépistage des maltraitances infantiles (27).

Il convient tout de même de rappeler la priorité qui doit être donnée à l'intérêt supérieur de l'enfant, comme l'a exprimé le Docteur Daniel Rousseau, pédopsychiatre, lors de son audition pour le rapport au Sénat de Juin 2013 (28) ; « *en protection de l'enfance, le principe de précaution devrait toujours bénéficier en priorité à l'enfant et non aux parents comme cela est encore trop souvent le cas* ».

1.2.4 *Le manque de formation et de connaissances*

Le manque de formation et de connaissances est classé en troisième position par les médecins interrogés, car il a été coché par 49,5% (n = 49) d'entre eux. Il s'agit du frein le plus limitant à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante pour 11 des médecins de l'échantillon, ce qui le place également en troisième position de ce classement.

L'analyse multivariée montre, comme pour le frein « mauvaise connaissances des procédures », que les MSU et les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire sur la maltraitance avait significativement moins coché ce frein que le reste de l'échantillon ($p = 0,011$ et $p = 0,006$ respectivement). Ces résultats sont cohérents. A nouveau, nous pouvons déduire que des médecins ayant eu des formations complémentaires, ou qui sont en contact régulier avec des étudiants en médecine les motivant à renouveler leurs connaissances ont eu plus grande confiance en leur maîtrise sur le sujet.

Le Dr Anne Tursz, dans son rapport de juin 2013 au Sénat (28) souligne que les étudiants de deuxième cycle des études médicales n'ont qu'un seul item qui concerne la maltraitance infantile. Selon ce rapport, ce sujet est « en général traité en une heure dans la plupart des facultés ».

Par la suite, les internes de médecine générale assistent à des cours sur le sujet de manière très hétérogène selon le territoire. Il n'existe pas de cours de DES de médecine générale sur la maltraitance infantile à l'Université de Bourgogne.

Pourtant, des études américaines ont montré il y a déjà de nombreuses années que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur le dépistage de la maltraitance infantile signalent significativement moins que les médecins ayant reçu plus de 10 heures de formation (29), et que la formation continue des médecins sur la maltraitance infantile multiplie par dix leur susceptibilité à signaler les abus (30).

Il apparaît donc indispensable de renforcer tant la formation initiale que la formation continue, afin que les professionnels puissent s'appuyer sur des connaissances partagées et actualisées le plus souvent possible. Anne Tursz suggère d'ailleurs dans son rapport (25) de favoriser des formations pluriprofessionnelles. Elle précise que « *cela suppose [...] d'abandonner au moins partiellement les cours magistraux pour des méthodes pédagogiques plus à mêmes de faire réfléchir en commun de futurs juges, avocats, enseignants, assistants sociaux, cadres de l'ASE, médecins, policiers, etc., par des études de cas ou des jeux de rôles* ».

1.2.5 *La difficulté d'aborder le sujet de maltraitance avec la famille concernée*

Notre étude montre que ce frein a été plébiscité par 49,5% des médecins interrogés (n = 49), mais il est considéré comme le plus limitant pour seulement 4 d'entre eux.

L'analyse multivariée ne révèle pas de caractéristiques significativement associées à ce frein. On peut comprendre ici qu'aborder le sujet de la maltraitance est bien une difficulté rencontrée devant une situation de suspicion de maltraitance infantile par une grande partie des médecins interrogés. Pourtant, cette difficulté ne semble pas être celle qui les freine le plus à réaliser un signalement ou une information préoccupante.

Ce frein recoupe en partie la crainte de l'altération de la relation de confiance avec les parents, avec un accent sur le manque d'outils de communication du médecin.

En effet, la maltraitance est un sujet délicat à aborder avec les parents ainsi qu'avec l'enfant concerné, c'est pourquoi la Société française de Pédiatrie médico-légale a mis à disposition des conseils pour aborder le sujet (31). Elle préconise aborder le sujet de manière générale, avec des questions ouvertes et non intrusives. Elle rappelle aussi que le médecin peut également demander conseil auprès d'une structure hospitalière pédiatrique spécialisée dans l'accueil des mineurs victimes, ou bien adresser l'enfant dans un service d'urgences pédiatriques pour un avis ou une mise à l'abri.

1.2.6 *La peur des représailles et des menaces*

La peur des représailles et des menaces représente un frein pour 37,4% des médecins interrogés, mais seulement 3 d'entre eux estiment qu'il est le plus limitant à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante.

L'analyse multivariée met en évidence que les femmes ont plus choisi ce frein de manière significative ($p = 0,009$).

Nous pouvons comprendre ici qu'il s'agit une crainte de représailles physiques principalement.

Ces craintes semblent fondées. En effet, les violences envers les médecins augmentent, avec 1009 déclarations d'incidents en 2021 (32). 53% des victimes sont des femmes (pour une population de référence composée d'autant de femmes que d'hommes). Les médecins généralistes sont les plus exposés à ces violences, et représentent 57% des victimes d'incident.

Des réponses tentent d'être apportées, avec le développement en 2011 d'un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé (33).

Toutefois, nous pouvons comprendre que les médecins qui suspectent une maltraitance chez un enfant et qui ont coché ce frein agiront moins facilement ou auront plus tendance à adresser les patients vers une structure ressource, afin de se protéger.

1.2.7 *Le sentiment d'isolement*

33,3% des médecins se sentent trop seuls pour gérer des situations de suspicion de maltraitance infantile, sans pour autant considérer que ce frein soit selon eux le plus limitant à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante ($n = 4$).

L'analyse multivariée met en évidence que les répondeurs qui ne sont pas maître de stage ont plus sélectionné ce frein de manière significative ($p = 0,028$).

Ce frein n'est pas associé significativement au mode d'exercice des médecins, selon s'ils sont seuls ou en groupe. Nous pouvons comprendre ici qu'il s'agit bien d'un sentiment d'isolement, et que ce dernier ne dépend pas obligatoirement de la présence d'autres professionnels de santé auprès du médecin concerné.

D'autres thèses d'exercice ont relevé ce sentiment d'isolement sous les termes de « manque d'interlocuteur privilégié », « manque de lien avec les services sociaux » (20), « manque de retour d'information » (13).

Le médecin généraliste dispose pourtant de nombreux interlocuteurs. Tout d'abord, le président du conseil départemental via la CRIP, ainsi que le procureur de la République pour les procédures de signalement, joignables 24 heures sur 24.

L'hôpital est également une ressource possible des médecins généralistes, avec l'existence d'unité médico-judiciaire pour les enfants maltraités. A Dijon, il s'agit de la CASEM (Cellule d'Accueil de l'enfance maltraitée) sous la responsabilité du Dr Sylvie Bernardini.

Les médecins généralistes peuvent être amenés à adresser les enfants aux urgences pédiatriques, afin de réaliser une évaluation médicale, psychologique et sociale, voire pour hospitaliser un enfant qui nécessiterait des soins ou pour lui assurer une protection immédiate.

Un dernier interlocuteur très fréquemment évoqué par les médecins généralistes interrogés dans les différentes thèses d'exercice est le service de protection maternelle et infantile (PMI), notamment le médecin de PMI. Ce dernier est souvent plus habitué à ces procédures et agit au sein d'une structure, le rendant moins isolé. Cela peut également lui permettre de garder une certaine distance envers les procédures enclenchées. De plus, son statut de médecin peut faciliter le contact par les médecins généralistes, leur permettant de faire part de leur inquiétude à un pair.

Nous pouvons supposer que cette multiplicité d'interlocuteurs peut augmenter ce sentiment d'isolement des médecins. Une thèse de 2019 étudiant les liens entre les médecins généralistes et les services de protection de l'enfance en Ariège avait mis en évidence un certain cloisonnement entre les institutions et les médecins (34). Ces derniers préfèrent se confier à des confrères médecins. C'est également le constat que fait également Anne Tursz dans son ouvrage *Les oubliés* : les médecins appellent préférentiellement les contacts qu'ils connaissent depuis longtemps, plus par affinité que pour des raisons d'urgence.

Ainsi, les médecins généralistes bénéficieraient probablement d'un référent unique, de préférence un médecin, identifiable et joignable facilement.

Les États généraux de 2010 préconisaient d'ailleurs la présence d'un médecin au sein des CRIP (25).

1.2.8 La peur d'engager sa responsabilité professionnelle à tort, la crainte des poursuites judiciaires et le secret médical

Classé septième des freins choisis avec 32,3% (n = 32) de médecins l'ayant désigné parmi les difficultés au signalement ou la transmission d'une information préoccupante, il est pourtant le quatrième frein le plus limitant selon les médecins interrogés.

Nous pouvons donc conjecturer que les médecins qui craignent les poursuites judiciaires sont très freinés pour effectuer un signalement ou une information préoccupante.

L'analyse multivariée n'a pas montré de profil de médecin associé significativement à ce frein.

De plus, seulement 4 médecins de l'échantillon estiment que le signalement ou la transmission d'une information préoccupante représentent une entrave au secret médical et aucun ne place ce frein comme étant le plus limitant.

Les réponses au QCM vont dans ce sens et montrent que les médecins semblent connaître le cadre légal de dérogation au secret médical, qui a été renforcée ces dernières années par les textes de loi : modification en 2007 du code de l'action sociale et des familles (35) et en 2015 du code pénal (12).

La question se pose toutefois de savoir si ce cadre légal est suffisant pour que les médecins se sentent protégés.

Entre 1997 et 2014, environ 200 médecins ont fait l'objet de poursuites pénales et/ou de sanctions disciplinaires à l'initiative des auteurs présumés de violences, entraînant des inquiétudes au sein du monde médical (36).

C'est le cas du docteur I. pédopsychiatre, qui en 2015, avait adressé deux signalements au procureur de la République, ainsi qu'un signalement au juge des enfants, dénonçant les maltraitances présumées d'un père sur l'une de ses jeunes patientes de 8 ans, suivie en psychothérapie. Par la suite, le père de l'enfant avait déposé plainte contre le Dr I. qui a été condamnée à trois mois d'interdiction d'exercice de la médecine par le Conseil de l'Ordre sur les accusations « d'immixtion dans les affaires de famille ». Cette sanction a ensuite été annulée par le Conseil d'État, qui a condamné le conseil départemental de Haute-Garonne de l'Ordre des médecins à verser à la pédopsychiatre la somme de 3 000 euros au titre des frais de justice (37).

Nous pouvons comprendre ce sentiment de vulnérabilité des médecins généralistes dans des situations de suspicion de maltraitance infantile.

C'est, entre autres, pour cela que de nombreux professionnels de santé dénoncent un « flou juridique » réclament que cette possible dérogation au secret médical deviennent une obligation en cas de sévices. C'est le cas du Dr Catherine Bonnet, pédopsychiatre, et du Dr Jean-Louis Chabernaud, pédiatre réanimateur, qui réclament depuis de nombreuses années un amendement de l'article 226-14 du code Pénal (38). Selon eux, cela apporterait « *une plus grande sécurité juridique aux professionnels, en les mettant à l'abri des poursuites pénales, civiles ou disciplinaires auxquelles ils sont aujourd'hui exposés* ».

Cette obligation de révélation des sévices sur mineurs figure déjà dans l'article 40 du code de procédure pénale mais ne s'applique qu'à « *tout officier public ou fonctionnaire* » et non à l'ensemble des médecins (39). Les médecins de PMI, de médecine scolaire ou les médecins hospitaliers sont donc concernés par cette obligation mais pas les médecins libéraux de ville par exemple.

Les arguments qui s'opposent à cette obligation de signalement sont : le risque de perte de confiance des victimes en leur médecin, la systématisation du signalement nuisant à la qualité de l'information transmise, la multiplication des signalements infondés, la déresponsabilisation du médecin ne lui permettant pas « *d'agir avec discernement selon les situations, souvent complexes* ».

Dans tous les cas, le rapport rappelle que « l'obligation de signalement ne fera pas disparaître le doute ».

1.2.9 *Le manque de temps et la complexité des procédures*

Le manque de temps est un frein au signalement ou à la transmission d'une information préoccupante pour 18,2% (n = 18) des médecins interrogés, mais seulement 2 le positionnent comme étant le plus limitant.

L'analyse multivariée montre que les médecins âgés de plus de 45 ans et ceux qui ont réalisé un stage en pédiatrie au cours de leur internat ont moins choisi ce frein de manière significative par rapport aux médecins de moins de 45 ans, et ceux n'ont pas réalisé de stage en pédiatrie au cours de leur internat ($p = 0,025$, $p = 0,003$ respectivement).

De plus, les MSU ont significativement plus coché ce frein ($p = 0,020$).

A noter que les médecins avec un exercice plutôt rural ont eu tendance à plus cocher ce frein que les médecins avec un exercice plutôt urbain ($p = 0,067$).

Le manque d'expérience des jeunes médecins généralistes peut probablement expliquer ces résultats, ou bien leur réticence à effectuer des démarches administratives. Les démarches administratives sont peut-être aussi un frein pour les MSU, dont l'activité implique en plus de leur activité de médecine générale, la prise en charge régulière d'étudiants en médecine.

On peut imaginer que les médecins ayant réalisé un stage en pédiatrie pendant leur internat se sentent plus à l'aise lors des consultations de pédiatrie et qu'ils y consacrent sans doute moins de temps que les médecins qui n'y sont pas passés. On peut aussi supposer que les médecins n'ayant pas bénéficié d'un stage en pédiatrie au cours de leur internat sont moins sensibles à la question de la maltraitance infantile.

La formulation de la proposition « vous estimez manquer de temps pour gérer ces situations » ne permet pas de distinguer les médecins qui l'ont cochée car ils jugent ne pas avoir assez de temps dans leur activité de manière générale pour diagnostiquer des situations de maltraitements, de ceux qui estiment que les démarches de signalement ou d'information préoccupante sont trop chronophages.

Les thèses qualitatives sur le sujet ont mis en évidence que le manque de temps exprimé par les médecins faisait souvent référence à la complexité des démarches administratives (13) (15).

Le frein sur la complexité des procédures a d'ailleurs été coché par 10,1% (n = 10) des médecins interrogés et il fait directement suite au manque de temps dans le classement des différents freins. Il a également été choisi comme étant le plus limitant par 2 médecins de l'échantillon.

D'après une étude publiée par la DREES en 2019 (40), deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Ils passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui durent en moyenne 18 minutes, et consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances.

Ainsi, une situation de suspicion de maltraitance infantile vient d'abord allonger le temps de consultation, puis charger l'emploi du temps du médecin par les démarches administratives

qu'elle implique. Si ces démarches sont mal connues, cela ajoute de la difficulté et prend donc plus de temps au médecin généraliste.

Dans cette optique de diminuer la charge administrative des médecins, le ministre de la Santé et de la prévention, François Braun, a annoncé le 8 février 2023 la mise en œuvre de 15 nouvelles mesures au cours de l'année 2023 (41).

1.2.10 L'absence d'intérêt des démarches

9,1% (n = 9) des médecins interrogés estiment que les démarches de signalement ou d'information préoccupante manquent d'intérêt, à la vue de l'inefficacité de la justice et des services sociaux.

On peut supposer que cette proposition révèle un manque de confiance des médecins envers les services de protection de l'enfance et de la justice.

Ainsi, une meilleure connaissance du parcours du signalement ou de l'IP et du rôle des services sociaux pourrait diminuer ce sentiment.

En outre, 1 médecin de l'échantillon a mentionné l'absence de retour d'information comme frein le plus limitant, alors que cela ne faisait pas partie des différentes propositions.

En effet, un meilleur retour sur les démarches effectuées permettrait de valoriser le temps pris par les médecins, afin qu'ils puissent se rendre compte de l'impact de leurs écrits ou des aides mises en place, tout en améliorant les liens avec les services sociaux. L'article L. 226-5 du CASF (42) prévoit à cette fin que « le président du conseil départemental informe, dans un délai de trois mois à compter de la transmission de l'information, les personnes qui lui ont communiqué des informations (...) des suites qui leur ont été données. » En outre, l'article D. 226-2-8 du CASF précise que « L'information de la personne ayant transmis une information préoccupante (...) a pour finalité la confirmation de la prise en considération des éléments transmis et la confortation de la mobilisation de cette personne autour de la situation. »

1.3 Solutions pour améliorer la participation des médecins au dépistage des enfants en danger

Au regard des résultats de notre étude, les médecins sont dans l'ensemble demandeurs d'aide pour faciliter la transmission d'une information préoccupante ou d'un signalement devant une suspicion de maltraitance infantile.

Les freins évoqués peuvent être classés en deux grandes catégories. D'un côté des difficultés personnelles psychologiques liées aux projections et représentations du médecin concernant le sujet de la maltraitance infantile (la peur de se tromper, la crainte de perdre de vue les patients, la difficulté d'aborder le sujet de la maltraitance) et de l'autre, des difficultés administratives et organisationnelles (la manque de temps, le manque de connaissances des procédures, les procédures trop complexes).

A l'issue de l'analyse multivariée, il apparaît que les médecins freinés par des difficultés personnelles le sont moins par des difficultés organisationnelles et inversement. Il ressort par ailleurs que les médecins plus âgés sont freinés par la peur de se tromper et que les plus jeunes sont davantage freinés par le manque de temps. Les médecins en exercice plutôt urbain craignent de perdre de vue les patients tandis que ceux en exercice plutôt rural appréhendent le manque de temps.

A cela s'ajoute un manque de connaissance sur la maltraitance infantile et un manque de formation exprimé par une très grande partie des médecins interrogés.

Ainsi, nous pouvons évoquer plusieurs éléments concrets qu'il serait intéressant d'envisager afin mettre en confiance l'ensemble des médecins de Côte d'Or devant des situations de suspicion de maltraitance infantile, et ainsi de favoriser le dépistage de la maltraitance infantile.

Tout d'abord, une meilleure formation sur le sujet de la maltraitance infantile semble incontournable. Cela répond à la demande de la majorité de médecins interrogés qui jugent leurs connaissances mauvaises ou moyennes et qui estiment que leur manque de formation et de connaissances est un frein à la réalisation de démarches devant une suspicion de maltraitance infantile.

Augmenter le temps de cours sur le sujet de la maltraitance aux étudiants de deuxième cycle des études médicales paraît primordial. La formation des internes de médecine générale est elle aussi essentielle et il pourrait être judicieux de créer un module de cours sur la santé de l'enfant, en plus de stage en pédiatrie, qui n'est d'ailleurs pas systématique. Le Dr Tursz propose même un séminaire obligatoire qui permette aux étudiants en médecine et aux internes de rencontrer avocats et professionnels de santé œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance (43). Enfin, il s'agirait de proposer différentes formations continues sur le sujet, de préférence pluriprofessionnelles. Améliorer leurs connaissances permettrait de renforcer la confiance des médecins dans leur capacité à détecter des situations de maltraitance infantile. Cela permettrait aussi de les sensibiliser à la problématique de la maltraitance infantile, qui est peut-être parfois minimisée par certains médecins.

En outre, l'existence d'un interlocuteur unique référent, dans l'idéal un médecin, pour les médecins généralistes de Côte d'Or confrontés à une situation de suspicion de maltraitance infantile, les motiverait à demander de l'aide en cas de doute. Cette proposition fait d'ailleurs partie de la conclusion du rapport du Sénat sur l'obligation de signalement par les professionnels de santé (36).

Cet interlocuteur favoriserait les échanges entre les médecins généralistes et les services de protection de l'enfance.

Il convient également d'informer les médecins sur les outils déjà existants à leur disposition, comme les modèles de signalement ou d'information préoccupante proposés par le Conseil de l'Ordre, le numéro ou le courriel de la CEDU de Côte d'Or, l'existence de la CASEM, la fiche HAS sur le dépistage de maltraitance infantile... Nous avons déjà sensibilisé ces derniers par la diffusion de notre questionnaire, avec la communication des coordonnées de la CEDU à la fin de la lettre accompagnant le lien du questionnaire. De plus, le QCM était rendu pédagogique par la communication des réponses immédiatement après le questionnaire.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Forces

Notre étude traite d'un sujet qui concerne l'ensemble des médecins généralistes de France. Ce sujet a pourtant été peu exploré, notamment en Bourgogne-Franche-Comté, cela justifie totalement notre étude.

Notre sujet s'inscrit dans une question d'actualité, avec des choix politiques mettant récemment l'accent sur la nécessité de la prévention dans ce domaine de la maltraitance infantile. La création en 2021 du projet national des 1000 premiers jours, piloté par le ministère des solidarités et de la santé et mené avec ses partenaires de la Sécurité sociale, de Santé publique France, ainsi que des Agences régionales de santé (ARS) et des Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail des solidarités (DREETS) (44), en est un exemple.

De plus, la plupart des études réalisées sur ce sujet sont des études qualitatives, et ne sont quasiment que des thèses d'exercice de médecine. Grâce aux bases apportées par ces thèses, nous avons pu réaliser une étude quantitative à l'échelle de la Côte d'Or, permettant une analyse statistique multivariée intégrant de nombreux facteurs (démographiques, individuels...). En effet, les études quantitatives précédentes n'étaient que purement descriptives. Notre étude a cherché d'une part à hiérarchiser les différents freins rencontrés par les médecins généralistes de Côte d'Or et d'autre part à mettre en évidence des facteurs indépendants influençant le choix de tel ou tel frein à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante, ce qui donne un caractère novateur à notre étude. En outre, les analyses secondaires ont permis d'évaluer l'expérience des médecins face à la maltraitance infantile, ce qui avait été très peu étudié auparavant.

Le taux de participation de médecins à des études similaires à la nôtre est habituellement de 25 % en moyenne. Le taux de participation à notre étude a été de 20,8 % ce qui témoigne d'une participation satisfaisante à notre enquête.

Les réponses données au questionnaire étaient cohérentes, comme nous avons pu le constater dans la partie « résultats ». Par exemple, les médecins n'ayant pas bénéficié de formation sur la maltraitance infantile estimaient manquer de formation et connaissances sur le sujet dans les questions suivantes. Par ailleurs, il y a eu un très faible nombre de réponses manquantes au questionnaire (2 absences aux questions fermées, et 12 absences au questionnaire présenté comme facultatif).

Enfin, le choix de restreindre la population cible à la Côte d'Or est cohérent quant au fonctionnement de l'organisation de la protection de l'enfance. Cela s'inscrit dans une volonté d'aboutir sur des perspectives concrètes, afin de favoriser la réalisation d'informations préoccupantes ou de signalements par les médecins généralistes et donc le dépistage de la maltraitance infantile. L'envoi des questionnaires qui nous a permis de réaliser cette étude constituait une première action de sensibilisation sur le sujet. Nous avons eu le retour de plusieurs médecins qui ont répondu au questionnaire, et qui nous ont dit avoir beaucoup apprécié le QCM avec les réponses associées. En effet, ce dernier leur a permis de prendre conscience des lacunes qu'ils avaient sur le sujet, de manière instructive.

2.2 Limites

Le choix de la méthode quantitative par questionnaire pour évaluer les freins rencontrés et ressentis par les médecins généralistes peut être discutable. Des entretiens auraient probablement mieux évalué la composante subjective et émotionnelle de ce sujet. Cependant, ce choix nous a permis d'apprécier la fréquence de différents freins recensés en amont de l'étude, afin de tirer des conclusions extrapolables à l'ensemble de la population cible. De plus, cette méthode a permis d'envoyer le questionnaire à la quasi-totalité des médecins généralistes libéraux de Côte d'Or (à l'exception des médecins non joignables).

Le questionnaire était constitué de questions fermées pour permettre une plus grande adhésion des médecins et ainsi donner plus de puissance à notre étude, mais aussi pour faciliter les analyses. Cela a conduit à une simplification dans la formulation des propositions, occultant certaines nuances dans les réponses. De plus, les informations recueillies n'ont pu être que les informations prévues. Ce biais de mesure a été limité en laissant la possibilité aux médecins interrogés de ne cocher aucune réponse à la question sur les différents freins rencontrés, s'ils estimaient ne rencontrer aucun frein. Cela n'a pas été fait. Ils avaient également la possibilité de répondre à la question sur le frein le plus limitant selon eux, par une réponse qui n'était pas parmi celles proposées, ce qui a été fait par un des médecins de l'échantillon.

L'enquête était basée sur le volontariat, les données recueillies étaient en fait sélectionnées dans une sous population par l'absence de réponse de certains sondés. Ceci constitue un biais de sélection, rendant délicat l'obtention d'un échantillon représentatif. Nous avons tenté de limiter ce biais en effectuant deux relances. En effet, notre échantillon était composé de moins d'hommes (48,5%) que de femmes (51,5%), contrairement aux données de la CPAM concernant les médecins libéraux de Côte d'Or (16). L'âge moyen de notre échantillon (42,4 ans) était légèrement inférieur à celui de la population des généralistes de la Côte d'Or (46,6 ans), avec une avec une légère sur-représentation des médecins âgés de 25 à 39 ans. Cela peut s'expliquer par une plus grande adhésion aux travaux de thèse en général chez les jeunes médecins. De plus, notre échantillon comprenait 31,3 % de MSU, ce qui est bien plus important que la proportion de MSU en Côte d'Or. Cela s'explique probablement par une plus grande attention portée par les MSU aux travaux de thèse des étudiants.

Par ailleurs, les résultats reposent sur des données déclaratives, nous ne pouvons donc exclure un biais d'information. L'étude par auto-questionnaire anonymisé nous a permis de minimiser au maximum ce biais car le répondant pouvait fournir des réponses plus proches de la réalité.

Un biais de mémorisation a également pu être présent du fait de questions portant sur l'ensemble de la carrière professionnelle des médecins, ainsi que sur leur formation initiale.

THESE SOUTENUE PAR Madame Noé-Lee AVENA

CONCLUSIONS

Cette étude quantitative, à l'échelle départementale, a mis en évidence deux principaux freins à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante devant une suspicion de maltraitance infantile en médecine générale : la peur de se tromper et la mauvaise connaissance des procédures de signalement et d'information préoccupante.

Les pratiques de dépistage de la maltraitance infantile ont été évaluées en analyses secondaires. Nos résultats suggèrent une sous-réalisation de signalements et d'informations préoccupantes de la part des médecins interrogés, malgré l'expression d'une nette volonté de dépister la maltraitance infantile.

Ainsi, malgré quelques différences dans les difficultés exprimées selon les profils des médecins interrogés, il apparaît que les solutions pouvant être apportées répondent à l'ensemble des médecins.

En effet, cette étude a permis d'identifier des actions à mettre en place afin de favoriser la réalisation de signalement ou d'information préoccupante devant une suspicion de maltraitance infantile en médecine générale.

La mauvaise connaissance des procédures étant considérée comme le frein le plus limitant à la réalisation des démarches, il semblerait utile d'éclairer les médecins généralistes sur les nombreux moyens à leur disposition devant une suspicion de maltraitance infantile, en diffusant les noms et contacts des institutions existantes.

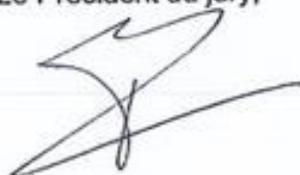
Une réflexion peut être apportée sur la création d'un interlocuteur unique, à disposition des médecins à qui ils pourraient faire part de leurs doutes.

Enfin, des formations complémentaires semblent être indispensables pour pallier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux, qu'elles soient personnelles ou organisationnelles. Il serait judicieux de les mettre en place dès l'internat de médecine générale, en instaurant un cours sur le sujet de la maltraitance infantile, afin de donner au médecin qui débute son exercice les connaissances et la confiance nécessaires pour dépister la maltraitance infantile.

La question de l'obligation de signalement pour les professionnels de santé est encore débattue actuellement. Quoi qu'il en soit, il est du devoir du médecin de protéger les personnes vulnérables, et il semble essentiel de rappeler que les enfants en font partie.

Prendre soin des enfants est un privilège du médecin généraliste, et donne à la pratique médicale son sens et sa noblesse. Comme l'a dit Boris Cyrulnik : « L'enfant est un miroir de notre propre humanité, qui nous invite à prendre soin de nous-mêmes pour mieux prendre soin de lui ».

Le Président du jury,



Pr. F. HUET

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 11 Mai 2023
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Momic M. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2020. ONPE, Observatoire National de l'enfance en Danger; 2022 févr.
2. Blain V. Etude statistique de L'activité du 119 - Année 2021. SNATED; 2022 nov p. 4.
3. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. 1999 mars.
4. Gorza M, Lasbeur L. La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique // Child Maltreatment and its Consequences: A Public Health Issue. Santé Publique Fr. 15 oct 2019;(26-27).
5. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. mars 5, 2007.
6. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1). mars 14, 2016.
7. Fauchier-Magnan E, Fenoll B, Chabrol B. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Inspection générale des Affaires sociales; 2021 mai p. 185.
8. Raynal F, Allermoz E. Dossier : Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir. Cons Natl Ordre Médecins. mars 2015;(38).
9. Article 223-6. Code Pénal. Sect. Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours août 6, 2018.
10. Article R4127-43. Code de la Santé Publique. Sect. Code de déontologie médicale Articles R4127-1 à R4127-112 août 8, 2004.
11. Article R4127-44. Code de Santé Publique. Sect. Code de déontologie médicale Articles R4127-1 à R4127-112 août 8, 2004.
12. Article 226-14 [Internet]. Code Pénal. Sect. De l'atteinte au secret (Articles 226-13 à 226-15).
Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20151107>
13. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles [Etude qualitative]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2017.
14. Desmond L. Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres: étude a partir d'un échantillon de psychiatres en Aquitaine, accueillant des enfants. Université de Bordeaux; 2016.
15. Darzacq R. Maltraitances infantiles: comment les repérer ? Une étude qualitative auprès des médecins généralistes des Landes [Internet]. Université de Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243220>
16. AMELI. Effectif et densité des professionnels de santé libéraux par sexe par âge et par département en 2020 [Internet]. 2021.

Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/age-sexe-professionnels-sante-liberaux-departement>

17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2022 [Internet]. 2022.

Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

18. Cornelis G, Theys C. Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? Carnet Notes Sur Maltraitements Infant. 2021;(10):24 à 47.

19. KAHN-BENSAUDE I, FAROUDJA JM. Signalement et information préoccupante. Ordre National des Médecins; 2016 févr.

20. Herrmann- Maillet A. Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français [Internet]. Université de Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03377909>

21. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26:67 à 91.

22. Fox R. The evolution of medical uncertainty. Milbank Mem Fund Q Health Soc [Internet]. 1980;58(1).

Disponible sur: <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-58/issue-01/58-1-The-Evolution-of-Medical-Uncertainty.pdf>

23. MOTTE B, AIGUIER G, VAN PEE D, COBBAUT JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. Pédagogie Médicale. 2 juin 2020;

24. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2015.

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

25. Atelier 1 - Améliorer la transmission d'informations relatives aux enfants en danger ou en risque de danger entre les acteurs de la protection de l'enfance [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Etats généraux de l'enfance; 2010 mai p. 4 à 25.

Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/aNNEXE_AU_RAPPORT.pdf

26. Ordre National des médecins. Modèle d'information préoccupante - Enfants et adolescents en danger ou risque de danger - Document destiné aux médecins [Internet].

Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-dinformation-preoccupante>

27. Vulliamy A, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. Child Abuse Negl. 1 nov 2000;

28. Tursz A. Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant [Internet]. Sénat; 2014 juin p. 52-4. Report No.: 655.

Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>

29. King G, Reece R, Rendel R, Patel V. The effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. Child Maltreat.

1998;276-83.

30. Flaherty E, Sege R, Binns H, Mattson C, Christoffel K. Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med [Internet]. mai 2000; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10807301/>
31. Société Française de, Pédiatrie Médico-Légale. Préconisations médicales pour un repérage des situations de violences pour les enfants et les adolescents en sortie de confinement [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfpediatriemedicolegale.fr/Preconisations-medicales-pour-un-reperage-des-situations-de-violences-pour-les.html>
32. Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents par la section EP du CNOM Fiches 2021. 2021 p. 4-12.
33. Observatoire pour la sécurité des médecins. Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé. 2011.
34. Cassagne L, Delabarre M. Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Université de Toulouse; 2019.
35. Article L226-2-2 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006796908/2007-03-06/>
36. Carrère M, Deroche C, Mercier M, Meunier M. Sur l'obligation de signalement par les professionnels astreints à un secret des violences commises sur les mineurs [Internet]. Sénat; 2020 févr. Report No.: 304. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r19-304/r19-304_mono.html
37. Claereboudt L. Médecin condamnée après avoir signalé des maltraitances sur une enfant : le Conseil d'État suspend son interdiction d'exercer [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/deontologie/66462-medecin-condamnee-apres-avoir-signale-des-maltraitances-sur-une-enfant>
38. Bonnet C, Chabernaud JL. Lettre ouverte à Monsieur Adrien Taquet, Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des solidarités et de la santé [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/societe/53301-violences-sexuelles-sur-les-enfants-le-gouvernement-doit-instaurer-une>
39. Légifrance. Article 40 [Internet]. Code de Procédure Pénale. Sect. 3 mars 10, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006574933/
40. DREES. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. 2019 mai. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-dobservation-des-pratiques-et-des-conditions-dexercice-en>
41. Braun F. Mission flash « SIMPLIFIER ET RÉDUIRE LES TÂCHES ADMINISTRATIVES POUR LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL » [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mise-en-place-de-15-mesures-pour-reduire-le-temps-administratif-des-medecins-liberaux>
42. Légifrance. Article L226-5. Code de l'Action sociale et des familles. Sect. Protection

des mineurs en danger et recueil des informations préoccupantes févr 9, 2022.

43. Tursz A, Greco C. La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? Elsevier Masson. 2 mars 2012;

44. Santé Publique France. Les 1000 premiers jours [Internet]. 2021.
Disponible sur : <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

ANNEXES

Annexe I : Lettre d'accompagnement du questionnaire

« Je m'appelle Noé-Lee Avena, j'ai récemment terminé mon internat de médecine générale à Dijon.

Je réalise une thèse qui vise à déterminer les difficultés fréquemment rencontrées par les médecins généralistes exerçant en Côte d'Or pour signaler un enfant en danger ou pour transmettre une information préoccupante.

Si vous êtes médecin généraliste exerçant en Côte d'Or, vous pouvez remplir ce questionnaire qui prend seulement 5 minutes.

Merci d'avance pour le temps précieux que vous consacrerez à ce travail.

Lien du questionnaire : <https://forms.gle/gdaX9piN7js3o5LJ6>

Merci pour votre aide,
Cordialement,

Noé-Lee AVENA »

Annexe II : Questionnaire

Les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante en médecine générale libérale.

Ce questionnaire dure environ 5 minutes.

Il vise à pointer les différents freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes (installés ou remplaçants) de Côte d'Or pour signaler un enfant en danger ou transmettre une information préoccupante (IP).

Merci d'avance du temps que vous prendrez pour y répondre !

1) *Vous êtes ?*

- Un homme
- Une femme

2) *Quel est votre âge ?*

3) *Avez-vous des enfants ?*

- Oui
- Non

4) *Quelle est votre année d'installation ?*

5) *Quelle est votre mode d'exercice ?*

- Plutôt rural
- Plutôt urbain

6) *Vous exercez :*

- Seul
- En association
- En maison de santé pluriprofessionnelle

7) *Votre patientèle comprend :*

- Moins de 5% de pédiatrie
- Entre 5 et 25% de pédiatrie
- Entre 25 et 50%
- Plus de 50%

8) *Êtes-vous maître de stage universitaire ?*

- Oui
- Non

9) *Avez-vous réalisé un stage en pédiatrie au cours de votre internat ?*

- Oui
- Non

10) *Avez-vous déjà suivi une formation sur maltraitance infantile dans le cadre de la formation médicale continue ?*

- Non, aucune formation
- Oui, de très bonne qualité
- Oui, de bonne qualité
- Oui, de qualité moyenne
- Oui, de mauvaise qualité

11) *Exercez-vous en médecine scolaire ?*

- Oui
- Non

12) *Exercez-vous en PMI ?*

- Oui
- Non

13) *Comment estimez-vous vos connaissances sur la maltraitance infantile ?*

- Très bonnes
- Bonnes
- Moyennes
- Mauvaises
- Très mauvaises

14) *Avez-vous déjà suspecté un cas de maltraitance au cours de votre pratique professionnelle ?*

- Oui
- Non

Si non → question 3

Si oui → Avez-vous effectué un signalement ou une transmission d'une information préoccupante (IP) pour chaque cas de suspicion de maltraitance infantile rencontré ?

- Oui
- Non

Si non → question 3

Si oui → Combien de fois avez-vous effectué un signalement au cours de votre pratique professionnelle ?

- 0 fois
- Une seule fois
- Entre deux et quatre fois
- 5 fois et plus

15) *Seuls des situations de maltraitance gravissimes et avérées justifient pour vous le déclenchement d'un signalement ou IP ?*

- Oui
- Non

16) *Pensez-vous qu'il est du rôle du médecin traitant de dépister les situations de maltraitance infantile ?*

- Oui
- Non

17) *Parmi les propositions suivantes, cochez-celle(s) qui pourrai(en)t être pour vous un/des obstacles à la réalisation d'un signalement ?*

- Vous estimez manquer de formation et de connaissances sur le dépistage de la maltraitance infantile
- Vous avez peur de vous tromper en l'absence de situation de maltraitance avérée
- Vous vous sentez trop seul pour gérer ces situations
- Vous avez peur d'engager votre responsabilité professionnelle à tort ou vous redoutez d'éventuelles poursuites judiciaires
- Vous craignez des représailles ou menaces de la part de la famille concernée sur votre personne
- Le signalement/transmission d'une IP représente pour vous une entrave au secret médical
- Vous ne savez pas comment aborder le sujet de maltraitance infantile avec la famille concernée
- Vous redoutez une altération de la relation de confiance avec la famille concernée, voire de perdre de vue les patients
- Vous connaissez mal les procédures de signalement ou de transmission d'une IP
- Vous connaissez les procédures, mais vous estimez qu'elles sont trop laborieuses/complexes
- Vous estimez manquer de temps pour effectuer de telles démarches
- Vous trouvez que ces démarches n'ont pas d'intérêt, aux vues de l'inefficacité de la justice et des services sociaux

18) Parmi les propositions que vous avez cochées, copiez et collez ci-dessous celle qui vous limite le plus à la réalisation d'un signalement ou à la transmission d'une IP :

(attention, la proposition que vous allez copier-coller risque de se décocher, recochez-là ci c'est le cas)

19) QCM (facultatif) : Parmi les propositions suivantes, cochez celles qui sont exactes :

- Les médecins ne peuvent effectuer un signalement ou transmettre une IP devant une situation de suspicion de maltraitance infantile, car ils sont soumis au secret professionnel.
- Les médecins libéraux ont la faculté d'effectuer un signalement, sans s'exposer à une sanction pour violation du secret professionnel, mais ils ne sont pas dans l'obligation pénale de signaler.
- L'obligation pénale de signaler pour les médecins n'est valable que lorsque le mineur court un danger grave et imminent.
- Le code pénal impose aux professionnels la certitude que des violences ont été commises pour effectuer un signalement, de simples présomptions ne le justifient pas.
- La transmission d'une information préoccupante peut se faire par téléphone, par mail ou par courrier à la CRIP du département (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes).

- Le signalement concerne les situations d'une extrême gravité et est adressé au Procureur de la République.
- L'information préoccupante concerne des situations graves sans délai, contrairement au signalement qui concerne des mineurs en danger ou en risque de l'être dans des situations qui ne nécessitent pas d'action en urgence.

Annexe III : Description des caractéristiques de l'échantillon (Côte d'Or, 2022).

		Effectif complet	Effectif Homme	Effectif Femme
		n = 99	n = 48	n = 51
		n (%) ^b	n (%)	n (%)
Âge				
	≤ 45 ans	61 (61,6)	25 (25,3)	36 (36,4)
	> 45 ans	38 (38,4)	23 (23,2)	15 (15,2)
Sexe				
	Homme	48 (48,5)	-	-
	Femme	51 (51,5)	-	-
Temps d'installation				
non installé		23 (23,2)	12 (12,1)	11 (11,1)
	< 10 ans	34 (34,3)	11 (11,1)	23 (23,2)
	entre 10 et 20 ans	16 (16,2)	9 (9,1)	7 (7,1)
	> 20 ans	26 (26,3)	16 (16,2)	10 (10,1)
A des enfants				
	Non	28 (28,3)	35 (35,4)	15 (15,2)
	Oui	71 (71,7)	13 (13,1)	36 (36,4)
Lieu d'exercice				
	Plutôt rural	65 (66,3)	34 (34,7)	31 (31,6)
	Plutôt urbain	33 (33,7)	13 (13,3)	20 (20,4)
	DM ^a	1	-	-
Mode d'exercice				
	Seul	13 (13,3)	7 (7,1)	6 (6,1)
	En association	61 (62,2)	29 (29,6)	32 (32,7)
	En maison de santé pluriprofessionnelle	24 (24,5)	12 (12,2)	12 (12,2)
	DM ^a	1	-	-
Patientèle pédiatrique				
	Moins de 5%	6 (6,1)	2 (2,0)	4 (4,0)
	De 5 à 25 %	74 (74,7)	35 (35,4)	39 (39,4)
	de 25 à 50%	18 (18,2)	10 (10,1)	8 (8,1)
	Plus de 50%	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0)
Maître de stage universitaire				
	Non	68 (68,7)	33 (33,3)	35 (35,4)
	Oui	31 (31,3)	15 (15,2)	16 (16,2)
Stage en pédiatrie pendant l'internat				
	Non	23 (23,2)	15 (15,2)	8 (8,1)
	Oui	76 (76,8)	33 (33,3)	43 (43,4)
Formation sur la maltraitance infantile après l'internat				
	Non, aucune	78 (78,8)	40 (40,4)	38 (38,4)

Oui, de mauvaise qualité	0 (0)	-	-
Oui, de qualité moyenne	8 (8,1)	1 (1,0)	7 (7,1)
Oui, de bonne qualité	8 (8,1)	4 (4,0)	4 (4,0)
Oui, de très bonne qualité	5 (5,1)	3 (3,0)	2 (2,0)
Connaissances sur la maltraitance infantile			
Très mauvaises	3 (3,0)	2 (2,0)	1 (1,0)
Mauvaises	21 (21,2)	12 (12,1)	9 (9,1)
Moyennes	61 (61,6)	26 (26,3)	35 (35,4)
Bonnes	13 (13,1)	8 (8,1)	5 (5,1)
Très bonnes	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,0)

^aDM = données manquantes, médecins n'ayant pas répondu à la question

^b Pourcentages calculés par rapport à l'effectif total (n/99)

Annexe IV : Réponses données en fin de questionnaire aux médecins ayant répondu au questionnaire à choix multiple

A – Les médecins ne peuvent effectuer un signalement ou transmettre une IP devant une situation de suspicion de maltraitance infantile, car ils sont soumis au secret professionnel. FAUX

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne un cadre légal au partage d'informations concernant « les mineurs en danger ou risquant de l'être. » L'article 226-14 est une dérogation légale au respect du secret médical qui met à l'abri les médecins de toute poursuite pour violation du secret, à la condition expresse de ne dénoncer que les faits et non leurs auteurs allégués.

B – Les médecins libéraux ont la faculté d'effectuer un signalement, sans s'exposer à une sanction pour violation du secret professionnel, mais ils ne sont pas dans l'obligation pénale de signaler.

VRAI

Cette faculté laissée au professionnel de révéler une information couverte par le secret, sans être obligé de le faire, est qualifiée par la doctrine d'option de conscience.

C – L'obligation pénale de signaler pour les médecins n'est valable que lorsque le mineur court un danger grave et imminent. VRAI

Dans certaines situations, l'obligation de protéger la victime l'emporte sur celle de respecter le secret professionnel.

L'article 223-6 du code pénal sanctionne le délit de non-assistance de personne en danger, pour tous les citoyens, sans exception pour les professionnels astreints à un secret.

D – Le code pénal impose aux professionnels la certitude que des violences ont été commises pour effectuer un signalement, de simples présomptions ne le justifient pas. FAUX

Le code pénal n'impose pas au professionnel de santé d'avoir la certitude que des violences ont été commises. Il appartiendra aux autorités administratives ou judiciaires, destinataires du signalement, d'évaluer la réalité des faits et de prendre les mesures appropriées.

E – La transmission d'une information préoccupante peut se faire par téléphone, par mail ou par courrier à la CRIP du département (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes). VRAI

F – Le signalement concerne les situations d'une extrême gravité et est adressé au Procureur de la République. VRAI

G – L'information préoccupante concerne des situations graves sans délai, contrairement au signalement qui concerne des mineurs en danger ou en risque de l'être dans des situations qui ne nécessitent pas d'action en urgence. FAUX

C'est l'inverse.

IP : concerne les mineurs en danger ou en risque de l'être. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une information, devant une situation qui inquiéterait le professionnel concernant la santé ou le bien-être de l'enfant. Cette information est ensuite étudiée par la CRIP du département.

Elle peut entraîner ensuite un suivi médico-social, des mesures de protection administratives (aide éducative à domicile par exemple), un classement sans suite ou encore une transmission au procureur de la République. Signalement : situations graves, sans délai. Il est adressé au Procureur de la République.

Annexe V : Modèle d'information préoccupante disponible sur le site de l'Ordre National des médecins, page 1/2, 2023.

Information préoccupante destinée à la CRIP du Département

Informations concernant le médecin émetteur de l'IP (Nom, adresse, téléphone, mail professionnel) :

.....
.....

Médecin traitant de l'enfant ? Oui Non

Madame, Monsieur,

Je tiens à porter à la connaissance de la CRIP du Département les informations préoccupantes concernant l'enfant ou les enfants en danger (Nom(s), prénom(s), date(s) de naissance, lieu de vie) :

.....
.....

Parents (Nom, prénom, adresse, téléphone) :

- Parent 1 :
.....
.....
- Parent 2 :
.....
.....

Autre situation (ex. : famille d'accueil) :

.....
.....

Autres personnes (enfants et adultes) vivant au domicile et liens avec l'enfant (Nom(s), prénom(s), âge(s)) :

.....
.....

Contexte familial (Parents séparés, mode de garde, facteurs de risque de vulnérabilité...) :

.....
.....
.....

Personne accompagnatrice lors de la consultation :

.....

Exposé des faits préoccupants pour l'enfant ou les enfants :

.....
.....
.....
.....

Données de l'examen clinique après examen complet de l'enfant ou des enfants vu(s) en consultation le .../.../..... :

.....
.....

Annexe V bis : Modèle d'information préoccupante disponible sur le site de l'Ordre National des médecins, page 2/2, 2023.

.....
.....
.....
.....
.....

Suivi médical régulier : Oui Non Ne sais pas

Carnet de santé :

- Présenté : Oui Non

Soins ou prises en charge médicales ou paramédicales connus :

.....
.....

Avez-vous déjà réalisé une IP ou un signalement judiciaire pour cet enfant ?

.....

Quelle est la posture des parents vis-à-vis de la situation ? (*Parents conscients de la situation ou pas, démarches entreprises, banalisation, contestation...*)

.....
.....

Information des parents :

Parent 1 :

- oui :
- non :
 - car contraire à l'intérêt de l'enfant
 - parent non joignable

Parent 2 :

- oui :
- non :
 - car contraire à l'intérêt de l'enfant
 - parent non joignable

Information du mineur (*En fonction de la maturité de l'enfant*) :

- oui :
- non :

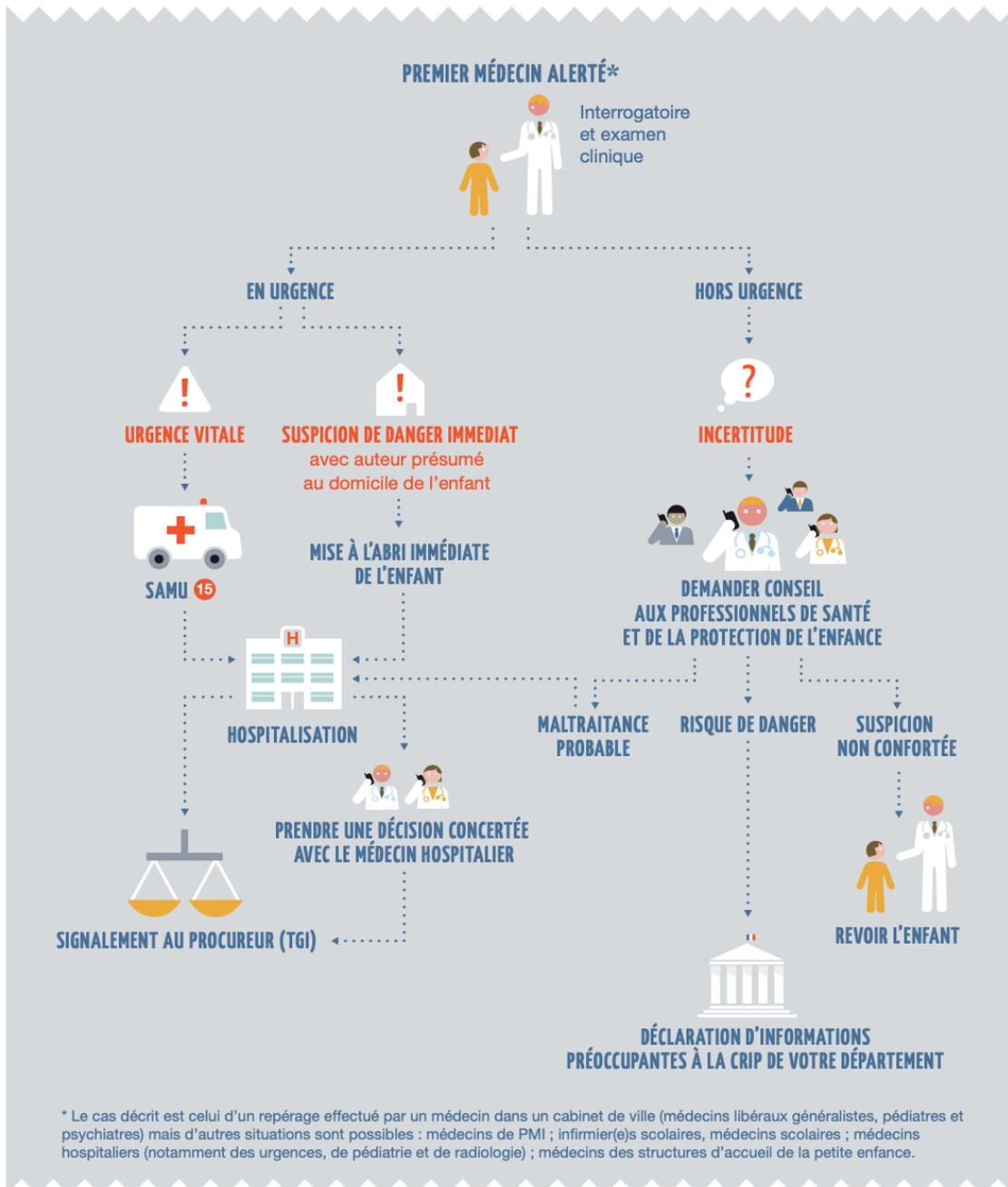
Date :

Signature et cachet :

Je souhaite être informé(e) des suites qui auront été données à cette information préoccupante dans un délai de trois mois à partir de cette transmission, conformément à l'article L.226-5 du code de l'action sociale et des familles.

Annexe VI : Arbre décisionnel sur la conduite à tenir devant une suspicion de maltraitance infantile, issu de la fiche mémo HAS, septembre 2017.

Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



TITRE DE LA THÈSE : Les freins à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux de Côte d'Or devant une suspicion de maltraitance infantile.

AUTEUR : Noé-Lee AVENA

RÉSUMÉ :

Introduction : La maltraitance infantile est un enjeu majeur de santé publique, par sa prévalence et les conséquences dramatiques qu'elle entraîne. Les signalements et informations préoccupantes proviennent pourtant rarement des médecins généralistes libéraux. Cette étude a cherché à hiérarchiser les principaux freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes libéraux de Côte d'Or pour transmettre un signalement ou une information préoccupante.

Méthode : Étude quantitative descriptive transversale basée sur un auto-questionnaire distribué par voie électronique de décembre 2022 à février 2023 à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Côte d'Or. Analyse des données par statistiques descriptives et régressions logistiques multivariées.

Résultats : 99 questionnaires étant exploités, le taux de réponse était de 20,8 %. 97% des médecins interrogés estimaient qu'il est le rôle du médecin traitant de dépister la maltraitance infantile. Les principaux freins étaient : la peur de se tromper 61,6 % (IC 95% [52,0 ; 71,2]), la mauvaise connaissance des procédures 57,6 % (IC 95% [47,8 ; 67,3]), la crainte de perdre de vue les patients 53,5 % (IC 95% [43,7 ; 63,4]), et le manque de formation et de connaissances 49,5 % (IC 95 % [39,6 ; 59,3]). En analyse multivariée, les médecins de plus de 45 ans et ceux exerçant en maison de santé pluridisciplinaire avaient significativement moins choisi le manque de temps (OR 0,02, IC 95% [0,0 ; 0,6] p = 0,02 et OR 0,03, IC 95 % [0,00 ; 0,78] p = 0,035 respectivement). Les médecins âgés de plus de 45 ans ont significativement plus coché la peur de se tromper (OR 9,42, IC 95 % [1,03 ; 85,93] p = 0,047).

Conclusion : Notre étude a mis en évidence que les médecins sont freinés principalement par la mauvaise connaissance des procédures et la peur de se tromper. Nos résultats renforcent l'idée que promouvoir la formation des médecins sur la maltraitance infantile faciliterait son dépistage, tout comme la simplification des procédures, par la mise à disposition des médecins d'un interlocuteur unique par exemple.

Mots clés : maltraitance infantile, signalement, information préoccupante, médecins généralistes, freins.