

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

2016-TOU3 1087

2016-TOU3 1088

THESE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Septembre 2016

par

Jennifer FONT

Charlotte POINT-RABILLER

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE MIDI-PYRÉNÉES,
FACE A L'ENFANCE EN DANGER**

Étude qualitative auprès de 7 Médecins

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Assesseur : Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur : Madame le Docteur Catherine BLEY



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARRATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY J.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biochimie
Mme MAUPAS F.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MIEUSSET R.	Nutrition
Mme PERIQUET B.	Neurologie
Mme NASR N.	Physiologie
Mme PRADDAUDE F.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RIMAILHO J.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. RONGIERES M.	Pharmacologie
Mme SOMMET A.	Immunologie
M. TKACZUK J.	Physiologie
M. VALLET P.	Endocrinologie
Mme VEZZOSI D.	

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS COMMUNS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Merci pour votre implication dans la formation des internes de Médecine générale de Toulouse. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Sachez que nous vous en sommes profondément reconnaissantes.
Merci pour votre dévouement au sein du DUMG.

A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE, notre juge et directrice de thèse

Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre thèse. Merci pour vos précieux conseils, votre disponibilité et bonne humeur. Voyez ici le témoignage de notre immense reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne FREYENS,

Merci pour votre soutien et vos conseils au début de cette étude qui nous ont permis d'y voir plus clair. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous témoigner notre gratitude.

A Madame le Docteur BLEY,

Merci pour l'intérêt que vous portez à notre travail en acceptant de participer à ce jury.

A nos Maîtres de stage, qui nous ont conforté tout au long de notre internat dans notre choix d'exercer la Médecine Générale.

A tous les médecins qui nous ont accordé de leur temps si précieux en participant à ce travail. Merci à vous, cette étude n'aurait pu aboutir sans votre participation.

Remerciements de Charlotte,

A mes parents chéris qui ont toujours sû m'entourer depuis ces nombreuses années.

Merci à vous, pour votre amour inconditionnel, vous avez toujours été à l'écoute pour m'aider pendant mes études dans mon petit studio Clermontois, toujours à mes cotés dans les moments les plus joyeux comme dans les épreuves. Epreuve de vie, toi maman, tu en vis une en ce moment, et du courage il t'en faut toujours plus, c'est désormais à moi et à toute ta famille de t'entourer comme il se doit face à la maladie !

Je vous dédie ce travail car sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui.

A ma sœur adorée Justine, merci pour tous les bons moments vécus ensemble, ta bonne humeur et ta générosité. Encore interne pour quelques mois, tu seras bientôt à ma place...Je suis fière de toi.

A ma grand-mère Madou qui m'a toujours soutenue, sans cesse disponible pour ses petits-enfants et mon grand-père Jean, parti trop tôt, qui aurait été si heureux d'assister à ma soutenance ce jour, lui qui était déjà si fier de moi aux résultats de ma P1. Enormes pensées à toi, papy.

A mes grand-parents caderoussiens, partis trop tôt. Je pense à vous.

A mes oncles et tantes, cousins, cousines, merci pour votre affection à mon égard.

A mon mari Stéphane, qui partage ma vie depuis 12 ans et a toujours sû m'encourager et me soutenir dans mon parcours universitaire. Merci pour ta présence à mes côtés (et ce malgré mes petits défauts), ton courage, ta tendresse et ton amour. Notre rencontre, à la veille de ma rentrée en P1, était une évidence. Je t'aime de tout mon cœur.

A notre fille Jade, notre mini-bouille aux boucles d'or qui égaille notre vie depuis bientôt 4 ans et nous comble de bonheur. Merci pour ton existence. Ca y est mon cœur, ma thèse est terminée. Toi qui me disais toujours « Maman ! tu fais encore ta thèse ? mais c'est trop long ... !! ». Je t'aime mon bébé.

A ma belle famille, merci pour vos encouragements tout au long de ce parcours du combattant.

A Jennifer, ma co-interne et « sœur de thèse », on s'est connues en stage, toi l'ex-stéphanoise et moi l'ex-clermontoise, et notre parcours a été similaire tant sur le plan professionnel que personnel. On boucle ensemble par ce travail, une longue étape de notre vie. J'espère que nous garderons contact malgré les kilomètres qui vont nous séparer. Je te souhaite beaucoup de bonnes choses pour les années à venir.

A Mélanie, merci pour ton amitié et ces années passées à tes côtés, depuis les bancs de l'amphi en P1 à Clermont-Ferrand (je me souviens de toi, « la fille aux chaussures toujours assorties à sa ceinture » !!), pendant notre externat (avec nos après-midi studieuses à griffonner sur ma table

ronde et nos petites soirées culinaires avec notre célèbre crumble chèvre-tomates !!) et même, malgré les kilomètres nous séparant pendant l'internat : toi à Nice et moi à Toulouse (avec nos immanquables appels téléphoniques quotidiens, le matin en voiture en se rendant en stage, pour discuter de tout de rien, ensemble). Désormais installée dans ta région natale à Montluçon, et moi de retour sur Clermont, nous devrions nous voir beaucoup plus souvent...

A Marina, merci pour ton amitié et notre complicité établie dès les premiers jours de la prépa P1 chez Bonnin avec Jennifer et Marine. Je me souviendrai toujours de ce fameux rond point « interminable » à la sortie de Marvejols que l'on prenait le vendredi soir en P1, tôt ou tard, ça dépend pour qui...Interne sur Montpellier et bientôt diplômée toi aussi, ça y est ! On y est enfin arrivées !!

A Jennifer, Marine, Sandra, mes copines de fac clermontoises.

A Flore, Charlène, Jennifer, Eva, mes copines internes toulousaines.

A tous mes co-internes croisés au cours de mes différents stages.

Au Docteur CRESSANT Corinne, mon maître de stage en SASPAS, merci pour ta disponibilité sans limites, ta gentillesse et ton accueil si chaleureux. J'ai énormément appris en ta compagnie, j'espère pouvoir exercer la Médecine à ton image...

Remerciements de Jennifer,

A mes parents pour leur présence pendant toutes ces années dans les bons comme les mauvais moments.

A mon frère et Aurélie pour leur soutien et leurs encouragements, qui m'ont permis d'avancer dans les moments difficiles.

A ma famille, ainsi qu'à ceux qui ne sont plus parmi nous mais qui auraient été fiers mais dont je sais qu'ils l'auraient été.

A ma belle famille qui me suit depuis le début de mes études, merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes amis qui me suivent depuis tant d'années même si la vie nous a éparpillés dans toute la France, je suis heureuse que nous ayons gardé ce lien malgré que la vie nous ait séparés. Je suis fière de voir comme chacun de vous a réussi.

A Elodie, merci pour ton amitié, les discussions interminables, et les bons petits plats. Ton soutien et ta présence pendant toutes ces années ont été primordiaux. Je suis heureuse de voir quelle belle famille tu as fondée et de pouvoir voir tes fils grandir, et pourquoi pas une petite sœur dans quelques temps pour Noé et Nael ?

A Sylvain merci pour ton amour, ton soutien et ta patience pendant toutes ses années. Tu me comble de bonheur depuis plus de 10 ans et tu m'a offert le plus beau des cadeaux : nos 2 merveilleuses petites filles, je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ça.

Merci à mes filles Lylou et Ava pour tout le bonheur qu'elles m'apportent. Vous me poussez sans cesse à aller de l'avant, il n'y a pas de mots assez forts pour décrire l'amour que je vous porte.

A mes maîtres de stage qui m'ont confortée dans mon choix d'exercer en médecine générale, merci pour tout ce qu'ils ont pu m'enseigner.

A tous mes Co-interne croisés au hasard de mes stages, chacune de ces rencontres a été enrichissante.

Et bien sur à Charlotte, merci d'avoir fait ce travail avec moi, merci pour ta gentillesse et ta patience. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta petite famille.

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION.....	17
<i>1.Contexte.....</i>	<i>17</i>
<i>2.Définitions.....</i>	<i>19</i>
<i>2-1. Maltraitance sur enfants.....</i>	<i>19</i>
<i>2-2. Information préoccupante et signalement.....</i>	<i>19</i>
<i>3. Aspect médico-légal.....</i>	<i>20</i>
<i>4.Origine de ce travail de thèse, et objectifs de notre étude.....</i>	<i>23</i>
II – MATERIEL ET METHODE.....	24
<i>1. Recherche bibliographique..... ;.....</i>	<i>24</i>
<i>2. Notre étude.....</i>	<i>25</i>
<i>2-1. Choix de la méthode qualitative.....</i>	<i>25</i>
<i>2-2. Choix de la population étudiée.....</i>	<i>25</i>
<i>2-3. Mode de recrutement.....</i>	<i>26</i>
<i>2-4. Méthode d'enquête choisie.....</i>	<i>26</i>
<i>2-5. Elaboration du guide d'entretien.....</i>	<i>27</i>
<i>2-6 Le recueil des données.....</i>	<i>27</i>
<i>2-7 Une double analyse des données.....</i>	<i>28</i>
<i>2.7.1 Analyse longitudinale.....</i>	<i>28</i>
<i>2.7.2 Analyse transversale thématique.....</i>	<i>29</i>
III – RESULTATS.....	30
<i>1. Description de la population étudiée.....</i>	<i>30</i>

2. Analyse longitudinale.....	31
3. Analyse transversale thématique.....	31
3.1 Représentations de l'enfance en danger par le médecin.....	31
3.1.1 Danger immédiat.....	31
3.1.2 Danger au long cours.....	32
3.1.3 Notion d'enfants à risque.....	33
3.2 Attitudes adoptées par le médecin face à l'enfance en danger.....	34
3.3 Pratique de prise en charge du médecin face à l'enfance en danger..	36
3.3.1 Cas des médecins libéraux.....	36
3.3.2 Cas des médecins de PMI.....	38
3.3.3 Limites de la prise en charge.....	39
3.4 Répercussions.....	41
3.5 Amélioration des pratiques.....	42
3.5.1 Outils.....	42
3.5.2 Conseils à appliquer.....	43
3.5.3 Bienfait de l'expérience.....	45
IV-DISCUSSION.....	46
1. Forces de notre étude.....	46
2. Limites de notre étude.....	46
3. Messages clés.....	47
4. Perspectives.....	48
4.1 Mieux "ouvrir les yeux..."	49
4.2 ... Afin de mieux "déliier les langues"	52
V-CONCLUSION.....	56
VI-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de signalement type

Annexe 2 : Guide du premier contact téléphonique

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Verbatims

Annexe 5 : Tableau sociologique

Annexe 6 : Tableau d'analyse

Annexe 7 : Fiche de transmission IP d'après l'Inspection Académique des Alpes-Maritimes

TABLE DES ABREVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CED : Cellule Enfance en Danger

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRIP : Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Personnel

FDR : Facteurs De Risque

ED : Enfance en Danger

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IP : Information Préoccupante

JDE : Juge Des Enfants

MG : Médecin Généraliste

ODAS : Observatoire national De l'Action Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PDR : Procureur De la République

PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée (Ex- SNATED)



« Il est des enfances sans joies et sans rires, capables d'engloutir le présent et le futur d'un être. »

Jacques Salomé
Je viens de toutes mes enfances (2009)

« L'enfance est une tige fragile qui a besoin d'appui. »

La Rochefoucauld-Doudeauville
Livre des pensées, 21 (1861)

I – INTRODUCTION

1. Contexte :

Jusqu'au XIX^{ème} siècle les enfants n'avaient aucun droit. La loi Roussel du 24 juillet 1889, pour la première fois, protège les enfants victimes de mauvais traitements ou moralement abandonnés (1). En 1945, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est créée en France pour prévenir et soutenir les enfants et les familles en difficulté psychosociale ; et prendre en charge les enfants ne pouvant demeurer au sein de leur famille.

En 1989 apparait le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance Maltraitée (SNATEM), aujourd'hui appelé Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED). Il s'agit du 119, un numéro d'appel gratuit, anonyme, et disponible 7jours/7 et 24h/24 (2).

En novembre 1989, les dirigeants du monde entier s'accordaient unanimement sur le fait que les enfants (mineurs de moins de 18 ans) avaient besoin d'une protection particulière. Ainsi les Droits de l'Enfant furent officiellement reconnus et encadrés par 54 articles et 2 protocoles dans la Convention des Droits de l'Enfant (3). Des normes en matière d'éducation, de soins, de santé, de services juridiques et sociaux, sont établies pour garantir les droits fondamentaux des enfants du monde entier. Ainsi l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale (article 3) et les Etats reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie et assurent leur survie et leur développement (article 6).

Puis en 2004, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) voit le jour, suite à de nombreux rapports publics, mettant en évidence l'absence de connaissances scientifiques dans ce domaine ainsi que le manque d'information et d'organisation des services de protection de l'enfance. Cet observatoire a pour rôle d'améliorer les connaissances, recenser, diffuser, et analyser les pratiques de prévention et d'intervention en terme de protection des enfants, mais aussi soutenir les acteurs de la protection de l'enfance, notamment le SNATED (4). La création de l'ONED a permis de prendre la mesure du travail à accomplir afin de protéger ces enfants (5).

C'est pourquoi les législateurs adoptent le 5 mars 2007 une loi visant à améliorer la prévention et la prise en charge de ces enfants. Elle permet de clarifier et d'organiser la procédure d'alerte. Elle place également l'enfant au centre du dispositif, et tente de favoriser le travail en réseau des

différents acteurs de la protection de l'enfance, tout en insistant sur l'obligation de formation des personnels concernés (6, 7).

De nos jours, en France, la maltraitance envers les enfants reste un problème majeur de santé publique aux conséquences graves pour les enfants qui en sont victimes.

- On estimait, en 2006, qu'environ 98 000 enfants étaient en danger en France (19000 enfants maltraités et 79000 enfants en danger)(8). Ce phénomène étant très probablement encore sous-estimé à l'heure actuelle.
- L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) avance le chiffre de 250 homicides de nourrissons de moins de 1 an chaque année, ce qui signifie que, par extrapolation, chaque jour, environ 2 enfants meurent suite aux mauvais traitements (9, 10, 11). Toutefois la maltraitance ne se limite pas à la violence physique (12).
- Dans près de 95 % des cas l'auteur présumé des maltraitances fait partie de la famille proche de l'enfant. Il s'agit des parents dans 8 cas sur 10. De plus dans plus de 38% des cas il s'agit d'enfants de moins de 6 ans.(13).
- D'après les appels au 119 ayant donné suite à une information préoccupante, il s'agissait dans 35,4 % des cas de violences psychologiques, dans 23,2 % des cas de violences physiques, 17,8 % de violences sexuelles, 14,2 % de négligences lourdes, 5,3 % de conditions d'éducation compromises sans négligences lourdes et pour 4,1 % de situations où le comportement de l'enfant met en danger sa santé, sa sécurité et sa moralité (13).

En soins premiers, c'est le Médecin Généraliste (MG) qui, au plus près des familles, est souvent le premier acteur. En suivant régulièrement 88 % des moins de 16 ans, il semble avoir un rôle primordial à jouer dans le repérage de ces enfants en danger (14).

Cependant, il ne serait à l'origine que de 2 % des signalements (15).

2. Définitions :

2-1. Maltraitance sur enfants :

Cette notion apparaît en 1989 suite à la Convention des Droits de l'Enfant où les pays du monde entier reconnaissent aux mineurs de moins de 18 ans des Droits. La notion de « prévention des mauvais traitements sur mineurs » est alors introduite (3).

L'article 375 du Code Civil définit la notion de « danger pour la santé, la sécurité, la moralité et l'éducation des mineurs » (16).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance des mineurs comme « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychologiques, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitations commerciales ou autres, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans un contexte de relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (17).

Depuis la loi du 5 mars 2007, on distingue les notions :

- D'enfants maltraités : « enfants victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques ayant des conséquences graves, pouvant parfois être mortelles »
- D'enfants en risque : « les conditions d'existence dans lesquelles l'enfant vit peuvent mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation »
- D'enfants en danger : « tout enfant signalé maltraité ou en risque » (6).

2-2. Information préoccupante et signalement :

L'Information Préoccupante (IP) relève de la compétence du Conseil Départemental (CD) où réside l'enfant, au sein de la Cellule Enfance en Danger (CED) si le département en dispose. Elle se transmet par écrit au Président du CD ou au médecin responsable de la CED, en renseignant l'état civil de l'enfant et de sa famille ainsi que les éléments d'observation et d'anamnèse motivant cette IP. La cellule du CD pourra ensuite diligenter une enquête sociale qui aboutira soit au classement de l'IP sans suite, soit à la mise en place d'un suivi médico-social par une équipe pluridisciplinaire, soit à la transmission du dossier au Procureur De la République (PDR).

Le signalement est un terme juridique correspondant à la transmission de faits graves au sujet d'enfants maltraités pour lesquels un signalement est adressé par écrit au PDR du Tribunal de Grande Instance dont dépend le domicile de la victime. Toutefois le médecin peut avoir des difficultés à déterminer juridiquement le lieu de résidence officielle du mineur : par simplicité, il est recommandé qu'il s'adresse au PDR dont dépend le lieu où les faits sont révélés, à savoir le lieu d'exercice du médecin. Le PDR du lieu d'exercice du médecin (où les faits sont révélés) déterminera vers quel tribunal renvoyer le dossier et prendra, le cas échéant, les premières mesures de protection du mineur. Il pourra soit prendre une mesure de placement provisoire : Ordonnance de Placement Provisoire (OPP), soit saisir pour enquête les services de police ou gendarmerie ou le service éducatif auprès du tribunal, soit saisir le Juge Des Enfants (JDE), soit ouvrir une information judiciaire qu'il confiera au Juge d'instruction, ou décider de classer le signalement sans suites. Le JDE pourra, lui, ordonner, entre autres, des mesures d'investigations et d'orientations éducatives, ou bien des mesures d'assistances éducatives, avec ou non placement de l'enfant (18, 19).

3. Aspect médico-légal :

En France, la loi impose à tout citoyen français, y compris les médecins, de signaler une situation d'enfant en danger ou en risque de le devenir, et cela au titre de la loi de non-assistance à personne en danger, article 223-6 du Code Pénal. Les personnes ne signalant pas un enfant en danger s'exposent à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende (20).

Pour les professionnels de santé, soumis au secret médical, l'article 226-14 du Code Pénal autorise la levée du secret professionnel pour une victime mineure (20).

Ainsi l'article 226-13 du Code Pénal, punissant d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende, toute personne révélant une information à caractère secret, n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation de ce secret (20).

En outre, il n'est pas applicable :

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une

personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (20).

- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du PDR les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession, et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

Ainsi le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues à cet article ne peut faire l'objet d'aucunes sanctions disciplinaires (20).

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) reprend également cette notion de dérogation au secret médical face à un enfant en danger en soulignant l'importance du dialogue avec la famille.

Ainsi, d'après l'article L226-2-2 : « Les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. » (21).

La nécessité d'agir rapidement dans l'intérêt de l'enfant est soulignée dans l'article L.226-2-1 du CASF : « transmettre sans délai au président du CD ou au responsable désigné, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être » (22).

Concernant les médecins à proprement parler, c'est le Code de Déontologie et notamment son article 44, qui les incite à alerter les autorités judiciaires et administratives pour protéger l'enfant. Toutefois dans cet article il est stipulé que le médecin doit « agir avec prudence et circonspection » en précisant qu'« un signalement sur de simples présomptions peut déstabiliser une famille », ceci peut semer le doute chez le professionnel de santé. Si cet article n'oblige pas le médecin à

faire un signalement, il est par contre obligatoire pour lui de « tout mettre en œuvre pour protéger l'enfant » (23, 24).

Depuis la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance le terme de victime mineure concerne l'adolescent jusqu'à ses 18 ans (25).

Pour tout citoyen témoin ou suspectant une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être, il est possible de donner l'alerte via le 119. En fonction des informations collectées pendant l'entretien téléphonique, cela débouchera soit sur une aide immédiate qui peut être un simple conseil ou une aide éducative, soit sur une IP transmise à la Cellule de Recueil et traitement des Informations Préoccupantes (CRIP) du CD de chaque département. Dans les cas les plus graves, les services judiciaires peuvent être saisis, par le biais du PDR, en faisant un signalement.

Très peu de médecins contactent le 119 ou la CRIP qui peut pourtant, lorsque ce dernier est face à un doute, lui permettre de trouver conseil concernant la démarche à suivre.

Pour réaliser un signalement, le médecin doit rédiger un certificat circonstancié au sein duquel il rapporte les propos de l'enfant, notés entre guillemets, les données de l'examen clinique les plus détaillées possible avec les résultats des examens complémentaires s'ils ont lieu, la date de l'examen et l'identité du médecin examinateur. Le médecin ne doit pas mettre un tiers en cause expressément dans ce certificat, pour ne pas concourir à la violation du secret médical, tout comme dans la rédaction de l'IP. Il est de pratique courante d'utiliser le modèle de signalement proposé et validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (Annexe 1) (25).

Il convient au médecin, de garder une copie de ce certificat dans le dossier médical de l'enfant et d'avertir la famille ou le représentant légal de l'enfant, de la transmission du signalement, sauf s'il existe un risque de majoration de la maltraitance pour l'enfant ou d'interférence dans l'enquête pénale.

Il est important de préciser que rien ne doit empêcher le médecin de réaliser un signalement s'il juge qu'un enfant est en danger.

Dans ce cas (20) :

- Il n'est plus tenu au secret médical (article 226-13 du Code Pénal).
- Il n'encourt aucune mesure disciplinaire si le signalement a été fait dans les conditions prévues par l'article 44 du Code de Déontologie.
- La crainte de poursuite pour dénonciation calomnieuse ne s'applique qu'à une personne dénonçant des faits en ayant conscience du caractère mensonger de ces accusations.

4. Origine de ce travail de thèse, et objectifs de notre étude :

L'Enfance en Danger (ED) reste un sujet d'actualité : de nombreuses situations sont fréquemment relayées dans les médias. En Médecine, l'enfant a une place de choix et, par sa vulnérabilité, il convient à chaque médecin de veiller à son intégrité en s'assurant de sa sécurité et son bon soin. Toutefois, le sujet de l'ED semble encore « tabou » dans la profession.

De fait, il nous paraissait intéressant de nous pencher sur le sujet afin d'étudier le vécu du MG, mais aussi de déterminer s'il avait des réticences ou des craintes face à ces situations difficiles, afin de pouvoir lui proposer une amélioration des pratiques.

L'objectif principal de notre travail est d'analyser les perceptions de l'ED, par les MG et médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI) en Midi Pyrénées, au contact quotidien avec les enfants et leur entourage, leurs attitudes, et la prise en charge qu'ils ont proposé à ces enfants et leur famille.

Cette étude vise également à mettre en évidence les problématiques majeures de ces consultations, afin d'aider les médecins à affronter plus sereinement ce genre de situation à l'avenir.

II – MATERIEL ET METHODE

1. Recherche bibliographique :

La recherche bibliographique s'est déroulée d'octobre 2013 à décembre 2015. Tout d'abord, notre recherche s'est centrée sur des données épidémiologiques collectées sur des sites nationaux référents en matière de protection de l'enfance : l'Observatoire national De l'Action Sociale (ODAS), l'ONED, le site Allo 119, le SNATED, les sites médicaux : OMS, la Haute Autorité de Santé (HAS), le site de l'INSERM, le site de l'association Enfance et Partage.

Nous avons poursuivi les recherches sur le versant légal en consultant : le site du Ministère de la Justice, le site LEGIFRANCE, le site du CNOM (Code de déontologie médicale).

Le reste de nos données a été trouvé grâce à des moteurs de recherches médicaux type PUBMED, PASCAL, SUDOC mais aussi des moteurs de recherches généraux.

Les mots clés alors utilisés ont été :

- Enfance en danger
- Maltraitance/négligence à enfants , maltraitance/négligence sur mineurs
- Facteurs de risque
- Données épidémiologiques, statistiques/prévalence
- Signalement/information préoccupante
- Vécu en soins primaires
- Child abuses
- Children at risks, childhood in danger
- Statistics and prevalence
- Primary care

Concernant notre étude, nous nous sommes également rendues en mars 2014, à la CRIP de Haute Garonne, antenne du CD31, afin de nous entretenir avec le Dr Guitard, alors référente de ce

service.

2. Notre étude :

2-1. Choix de la méthode qualitative :

La recherche qualitative, très développée en Sciences Humaines et Sociales, vise à explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles (27) (28). Ces données sont subjectives donc difficilement mesurables par les méthodes de recherche plus conventionnelles. Elle assure, avec la plus grande rigueur, le recueil de données verbales et non verbales, à la base d'une démarche interprétative. Face à la complexité des soins premiers elle y est particulièrement adaptée car elle permet de matérialiser avec finesse la science médicale, en tenant compte de son contexte (29).

Le but de notre étude est de recueillir le vécu et le ressenti de MG et de médecins de PMI afin d'étudier leurs attitudes et leurs pratiques. En ce sens, la méthode qualitative nous est apparue comme la plus appropriée.

2-2. Choix de la population étudiée :

Notre choix a été d'interroger des MG et des médecins de PMI exerçant en Midi Pyrénées afin d'obtenir une diversité de mode d'exercice en contact avec l'enfance. Le seul critère d'inclusion a été une confrontation dans leur exercice à une situation d'enfance en danger. En effet, pour analyser un vécu, il va de soi de se rapprocher de médecins y ayant été directement confrontés. De ce fait, le seul critère d'exclusion pour notre étude est l'inexpérience des médecins dans ce domaine.

2-3. Mode de recrutement :

L'ensemble des médecins sélectionnés a été choisi, et non recruté par tirage au sort, comme l'autorise la méthode qualitative (28). De cette façon, nous avons pu constituer un échantillon de médecins, le plus large et diversifié possible.

Les critères de diversité retenus sont : l'âge, le genre, le lieu et le milieu d'exercice, le type de patientèle (pourcentage de consultations pédiatriques), le lieu de formation aux études médicales, l'appartenance ou non au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse (maîtres de stage universitaires). De nombreux MG exercent en PMI, au contact permanent de l'enfance et, de ce fait, il paraissait logique de s'intéresser à leur point de vue.

L'ensemble des médecins a été sollicité par contact téléphonique entre février 2014 et juin 2015, avec la même approche, définie par un guide de contact téléphonique disponible en Annexe 2. Nous avons contacté 75 médecins (libéraux et PMI) par l'intermédiaire de leur secrétariat ou quelquefois directement, ou par e-mail préalable sur demande de certains, en particulier les médecins de PMI.

2-4. Méthode d'enquête choisie :

Nous avons choisi de recueillir nos données par entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode d'entretiens, réalisés en face à face, nécessite l'élaboration d'un guide d'entretien qui comporte des questions ouvertes. Les thèmes de l'entretien ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre mais le rôle de l'intervieweur consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien lors de l'échange. Pour autant, il convient de ne pas influencer l'interviewé, ni le couper dans ses propos (28, 29).

Notre étude portant sur un sujet délicat, intime, chargé en émotions, l'option du recueil de données par focus groupe nous est apparue comme "limitante". En effet, la dynamique de groupe comme facteur d'émulation ne nous paraissait pas opportune.

Le médecin interviewé en face à face lors de l'entretien individuel nous livrerait peut-être davantage de données, sans "avoir peur du jugement de ses confrères".

2-5. Elaboration du guide d'entretien :

Dans cette étude qualitative, nous avons élaboré le guide d'entretien en fonction de nos recherches bibliographiques. Après une brève exposition d'une des situations auxquelles le médecin interviewé a été confronté, les questions ouvertes du guide se déclinent autour de 4 grands axes : le repérage de la situation, sa prise en charge, ses conséquences et enfin une proposition d'amélioration des pratiques.

Le guide a évolué en fonction de la réalisation des entretiens. Quelques questions de relances plus explicites ont été ajoutées après la réalisation du premier entretien. La version complète de ce guide est disponible en Annexe 3.

Dans un premier temps, pour instaurer un climat de "confiance" et permettre de meilleurs échanges, nous avons préféré recueillir les données sociologiques de chaque médecin interviewé. Dans un second temps, nous sommes rentrées dans le "vif du sujet".

2-6. Le recueil des données :

Les entretiens avec les médecins se sont déroulés de mars 2014 à juin 2015.

Ils ont eu lieu, selon le jour et le lieu de leur choix. Chaque entretien a été réalisé par un des deux chercheurs, et enregistré avec un dictaphone de type Olympus VN-711 PC®. Par souci d'harmonisation des méthodes de l'entretien, le premier entretien a été réalisé en présence des deux chercheurs : le premier en qualité d'intervieweur guidant l'entretien, le second en position observationnelle.

Nous avons rappelé avant chaque entretien, à chaque médecin interviewé, que notre étude respecterait leur anonymat.

L'intégralité des entretiens a été consignée sur dictaphone posé sur le bureau du médecin interrogé. Le début et la fin de l'enregistrement ont été clairement énoncés à l'interviewé. Si de nouvelles données ont été énoncées alors que l'entretien était terminé, nous avons choisi d'intégrer celles-ci à notre travail, uniquement après l'approbation du médecin.

Les techniques caractéristiques de la méthode qualitative ont été utilisées pour tous les entretiens. La reformulation a résumé ce que venait de dire l'interviewé, la relance a approfondi l'idée exprimée, et le recentrage a ciblé le discours sur notre thème.

A la fin de chaque entretien, nous avons demandé au médecin s'il souhaitait rajouter quelque chose. Nous leur avons proposé d'envoyer les résultats de notre étude, une fois celle-ci terminée. L'ensemble des médecins a souhaité ce retour.

Les entretiens ont été retranscrits, mot à mot, le jour même ou le lendemain par l'interviewer sur document Microsoft Word 1998©. Alors dénommés verbatims, ils sont disponibles dans leur intégralité en Annexe 4 de ce travail. L'interviewer étant encore imprégné de l'atmosphère de l'entretien, de l'attitude et du langage non verbal de l'interviewé. Ces signes de communication non verbale ont été retranscrits entre parenthèses dans les verbatims. Les noms propres et les lieux ont été rendus anonymes.

L'arrêt du recueil des données était possible une fois la saturation théorique des données atteinte, c'est-à-dire une fois que le dernier entretien n'apportait pas d'éléments nouveaux en rapport avec notre question de recherche.

Ainsi, l'avancée de notre travail nous a conduits à réaliser 7 entretiens.

2-7. Une double analyse des données :

2.7.1 Analyse longitudinale :

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse du « contexte d'énonciation », réalisée par l'interviewer ayant mené cet entretien. Cette analyse consiste à pointer les éléments remarquables de chaque entretien en rappelant les caractéristiques du médecin rencontré, l'ambiance générale

dans laquelle s'est déroulé l'entretien, l'attitude globale du médecin ainsi qu'à l'égard de l'interviewer, sa vision sur sa prise en charge, le résumé de l'entretien, et les éléments nouveaux émergents. Cette analyse a été réalisée pour chacun des 7 entretiens.

2.7.2 Analyse transversale thématique :

Cette analyse s'organise en plusieurs étapes. La première étape consiste en un découpage des verbatims en unités de sens : c'est le séquençage. La seconde étape consiste à donner une étiquette ou un code à ces unités de sens : c'est le codage. La troisième étape consiste à catégoriser, c'est-à-dire établir une relation entre plusieurs codes.

Le classement de ces codes a permis de faire apparaître des sous sous-catégories, des sous-catégories, puis des catégories et enfin des thèmes. Le codage et la catégorisation ont été effectués séparément par les deux chercheurs. Ce double codage a permis d'augmenter la validité des résultats. Quand une unité de sens n'était citée que dans une des deux analyses, elle a été conservée afin ne pas perdre d'information. En cas de difficulté pour trouver un consensus l'avis de la directrice de thèse était demandé. Tout au long de l'analyse, une triangulation des chercheurs a été réalisée.

L'analyse transversale thématique a été réalisée à l'aide d'un tableur Microsoft Excel 2011®. Nous avons fait évoluer cette grille au fil des entretiens, faisant émerger de nouvelles sous-catégories et catégories. Les catégories n'ont pas été définies au départ mais identifiées à posteriori à partir des verbatims. Chaque entretien a été identifié par une couleur afin d'avoir une vision globale des différents entretiens. Cette grille est disponible en Annexe 5.

Pour faciliter cette double analyse des entretiens, le site de stockage en ligne Dropbox® a été utilisé, mettant ainsi en relation les deux chercheurs et la directrice de thèse. Il a assuré la transmission des informations, entretiens et analyses d'entretien. Le site a permis d'effectuer les mises en commun et les analyses par téléphone ou Skype® quand nous ne pouvions pas nous rencontrer. Il a ainsi été possible de travailler à deux sur le même tableur et d'accéder de façon instantanée aux modifications apportées par l'autre chercheur au tableau d'analyse transversale.

III – RESULTATS

L'ensemble des entretiens et le tableur de codage thématique sont consultables en Annexes 4 et 5.

1. Description de la population étudiée :

Le talon sociologique présenté en Annexe 6 regroupe les caractéristiques des médecins interrogés. Sur les 75 médecins contactés, seuls 7 ont définitivement été inclus dans l'étude..

Les 68 autres médecins contactés :

- Soit ont directement refusé de participer à notre travail (manque de temps pour nous recevoir, médecin ne participant jamais à des thèses...),
- Soit ont refusé indirectement en ne répondant jamais à nos appels,
- Soit se sont sentis en difficulté pour nous parler de ce sujet et donc n'ont pas souhaité intégrer notre étude (patient/famille perdu(e) de vue, manque de données dans le dossier médical permettant de bien détailler la situation, mise en situation il y a trop longtemps donc possibles oublis, sujet « tabou »...),
- Soit n'auraient finalement jamais été confrontés à cette situation.

Les entretiens se sont déroulés de mars 2014 à juin 2015.

Les médecins ont été interrogés pour six d'entre eux à leur bureau d'exercice, et pour l'un d'entre eux, en salle de réunion du DUMG à la Faculté de Médecine de Rangueil à Toulouse.

La durée moyenne des entretiens est de 24 minutes et 19 secondes (durée variant de 13 à 30 minutes).

Parmi les 7 médecins interrogés, 4 sont des MG exerçant en libéral, et 3 sont des médecins de PMI (dont 2 spécialistes MG et 1 pédiatre de formation).

4 de ces médecins sont des femmes et 3 sont des hommes.

3 exercent en zone urbaine, 2 en zone rurale et 2 en zone semi-rurale.

3 sont maîtres de stage au DUMG.

La proportion de leurs consultations pédiatriques varie de 20 à 100 %.

Les résultats sont illustrés par les verbatims en italique dans le texte. La source de la citation est codifiée par E pour l'entretien, suivie du numéro de cet entretien, par exemple (E1) pour l'entretien 1.

2. Analyse longitudinale :

Une analyse longitudinale a été réalisée pour chaque entretien par le chercheur ayant réalisé l'entretien. Ces analyses ont permis de faire évoluer la matrice de codage thématique par la mise en évidence de nouveaux thèmes.

3. Analyse transversale thématique :

3.1 Représentations de l'enfance en danger par le médecin

3.1.1 *Danger immédiat*

La maltraitance physique est souvent la première et principale représentation de maltraitance pour les médecins : celle qui laisse d'authentiques traces (*E4 : "Enfant qui présentait des marques suspectes sur le corps. Euh qu'elle attribuerait au père de l'enfant. Et l'enfant aurait parlé en disant que c'était son père qui l'aurait frappé, qui l'avait...voilà, qui l'avait griffé." ; E7 : "Il avait reçu un coup de pied par sa mère sur le visage..."*).

L'abus sexuel paraît représentatif de la maltraitance bien qu'il ne laisse que peu de traces évidentes lors de l'examen clinique de routine (*; E5 : "Elle a subi des attouchements de la part de son papa" ; E6 : "Papa, il a pris son zizi et il l'a mis sur mon pipi !", "Papa, il met les doigts*

dans mon pipi” heu...et...il... et “papa il fait mal ?”, “oui ça fait mal, je lui ai dit que ça fait mal mais lui, il continue”).

Enfin le défaut de soins des parents aux conséquences potentiellement dramatiques chez l’enfant, est retrouvé dans notre étude (E2 : *“On a été appelé par l’hôpital pour une petite qui à 15 jours a fait une bronchiolite gravissime, elle a été hospitalisée 3 semaines” ; “Le 3^{ème} enfant est quand même revenu avec une hypoglycémie, il a été hospitalisé”*).

3.1.2 Danger au long cours

Les médecins distinguent des situations de danger de l’enfant sans impact immédiat :

Il peut s’agir de négligence de soins :

- « Visibles », par manque d’hygiène (E2 : *“des biberons qui n’étaient pas lavés, avec les poubelles qui traînaient, les couches par terre” ; E2 : “la maman avait un problème d’hygiène ce qui était déjà constaté sur le premier enfant”*).
- « Moins visibles », par nomadisme médical, les familles allant de médecins en médecins pour « brouiller les pistes » : ce qui perturbe le suivi de ces enfants. (E2 : *“La famille est partie, elle est partie dans un autre département, dans la famille de madame.” ; E7 : “elle voit un pédiatre à l’autre bout de la ville donc comme ça on connaît pas trop”*).

Il peut s’agir également de carence alimentaire, ayant un impact sur la courbe poids /taille de l’enfant (E1 : *“la prise en charge sur le plan alimentaire, la courbe de poids qui casse” ; E7 : “un enfant qui fouillait, que j’ai retrouvé dans la cuisine en train de fouiller parce que visiblement, il avait pas mangé suffisamment chez eux”*).

Les médecins évoquent aussi la carence éducative, c’est à dire un manque de stimulation des parents, des règles de vie trop strictes ou au contraire trop laxistes (E1 : *“ça m’est arrivé d’aller chez eux une fois c’était le cirque.” ; E2 : “pour objectiver effectivement le retard, en disant là on*

a 6 mois de retard" ; E7 : "coucher ses enfants à 19h, fermer la porte avec un balai pour ne pas qu'ils sortent, avoir des exigences avec des enfants de 4 ans, qu'on ne peut pas avoir").

Et enfin la maltraitance psychologique (E4 : *"des dénigrement, euh, ..., des insultes, des..., euh, voilà être rabaisé en permanence ou vivre des conflits de couple, être le témoin de conflits au sein de la famille"* ; E7 : *"Elle lui demande des choses qu'on n'a pas à demander d'un enfant de cet âge-là (...) d'être calme, d'être complètement autonome, de s'occuper des petits euh. Il n'a pas le droit de jouer presque"*).

3.1.3 Notion d'enfants à risque

La grande majorité des médecins estime que certains facteurs prédisposent certains enfants à se retrouver en danger, notamment :

- Les antécédents de signalement ou placement pour les aînés (E2 : *"je veux que là, puisqu'il y avait déjà une mesure sur les 2 plus grands, qu'il y ait la mesure sur le 3^{ème}"* ; E7 : *"demande de placement a été faite pour le premier enfant"*).
- La violence conjugale au sein du foyer familial (E4 : *" C'est des situations de conflits, de violences conjugales dont l'enfant est très souvent témoin"*).
- Les critères liés aux parents avec : le jeune âge (E1 : *"c'était un jeune couple en fait. Ils étaient très jeunes"* ; E3 : *"C'était un couple de jeunes parents. Je pense que la mère devait avoir 22 ans et le père, il était plus âgé, il devait avoir une trentaine d'années"* ; E7 : *"elle a 22-23ans, et le monsieur est assez jeune aussi"*), le divorce (E6 : *"un couple divorcé"*).
- La situation socio-professionnelle, comme le chômage des parents (E3 : *"le père a été...qui avait un travail de nuit, s'est retrouvé au chômage"* ; E7 : *"ce monsieur ne travaille pas, il a pas mal de problèmes médicaux, ce qui fait qu'il ne peut travailler"*).

A noter que les médecins exerçant en PMI semblent plus sensibles à la présence d'un autre facteur de risque que sont les troubles psychiatriques ou déficiences chez les parents ; seul un médecin généraliste interrogé a évoqué ce facteur de risque (E2 : *"la maman était un petit peu déficiente je dirais, elle l'est toujours, le papa plutôt rustre"* ; E3 : *"son mari qui ne dormait plus,*

qui avait replongé dans la toxicomanie"; E3 : "le père avait un syndrome paranoïde"; E4 : "2 parents qui avaient des déficiences, en tout cas sur le plan intellectuel des limites cognitives évidentes, et un milieu donc très très très carencé" ; E7 : "qu'elle avait certainement besoin d'un suivi psychologique, qu'elle en avait eu un, qu'elle avait arrêté, qu'elle ne voulait plus faire").

3.2 Attitudes adoptées par le médecin face à l'enfance en danger

Les médecins ont adopté différentes attitudes lorsqu'ils ont été face à l'enfance en danger :

Trois médecins semblaient déterminés et sûrs d'eux quant à la conduite à tenir (E2 : *"Je leur ai bien montré clairement et c'était absolument objectif qu'elle était en retard"; E4 : "c'est plus facile, parce que si on constate vraiment un enfant qui a des marques sur le visage très évocatrices de coups on va pas trop se poser la question"; E6 : "je n'ai pas ressenti euh, de gênes particulières (...) j'étais sécurisée, c'est à dire que je savais très bien comment il fallait faire après, à qui j'allais l'adresser et comment on allait faire, voilà, j'avais tout un schéma déjà en tête, de comment j'allais m'y prendre. Et de toutes façons, même si la gamine m'aurait dit exactement le contraire de ce qu'elle avait prétendu à sa mère, le cheminement dans ma tête était le même."*).

La connaissance des procédures leur permettait d'être d'autant plus à l'aise pour poser le cadre (E2 *"j'avais été très claire avec ça au moment de faire le signalement je leur avais vraiment posé, en tout cas, ma façon de voir les choses" ; E6 : "la connaissance, une fois qu'on l'a, qu'on sait le trajet à suivre etc, etc, qu'on s'est blindé avec les années d'exercice, ça roule tout seul"*).

Certains médecins savaient qu'ils devaient agir mais ne savaient pas comment. (E5 : *"j'avoue que je ne savais pas si...euh, justement comme il y avait déjà des démarches en cours, est-ce qu'il fallait quand même refaire un signalement ? est-ce qu'il fallait que je rappelle le Procureur directement ? Est-ce qu'il fallait faire une mesure comme quand on le découvre ? J'avoue que euh... je ne savais pas trop comment faire..."*).

Plus souvent les médecins étaient déstabilisés et mal à l'aise face à cette situation (E1 : *"je les ai pas envoyés aux urg... (n'a pas fini sa phrase)... enfin vous comprenez ça s'est passé..., c'était*

pas un cas de maltraitance aigüe je dirais, voilà, c'était plus...ils étaient...voilà, ils avaient du mal à apporter une stabilité à l'enfant quoi, voilà."; E3 : *"Est-ce que vous êtes d'accord pour que j'explique à des autorités que vous frappez votre gamin ?"*. (Parle à voix basse) *C'est plus gênant à expliquer mais bon"* ; E4 : *"Très mal à l'aise parce que c'était la première fois que je gérais ce genre de situation (...) je tâtonnais (...) Je me sentais un peu perdue"*). Cela les obligeant à se remettre en question (E1 : *"on se demande toujours si on fait bien, pas bien"* ; E2 : *"Est-ce qu'on aurait dû, euh, voilà peut-être alerter plus tôt la psychologue ? Est-ce qu'on aurait pu les amener vers là plus rapidement ?"* ; E3 : *"pour les démarches aussi, pour ne rien oublier parce que quelque fois en phase aigüe, on se dit "bon, est-ce que j'ai bien pensé à tout ?" etc, "est-ce que c'est bien écrit ? Est-ce que, par rapport à ce qu'on va écrire au Procureur, est-ce que j'ai mis les éléments pertinents sans aller trop loin ? puisqu'il faut faire attention."* ; E5 : *"Après, est-ce qu'il fallait vraiment réagir comme ça ? Je ne sais pas"* ; E6 : *"j'ai réfléchis, je me suis dis, est-ce que j'ai fais ça parce que j'étais son médecin traitant, est-ce qu'il y a eu du parti pris"*).

Les médecins pouvaient aussi se sentir désappointés lorsqu'ils se rendaient compte que la réalité concernant leur patient était différente de celle qu'il avait imaginée jusque-là pour lui (E6 : *"D'autant plus que jamais j'aurais cru que dans ce couple, il pourrait y avoir... un problème de cet ordre-là. Jamais, je n'aurai pensé que le papa aurait pu faire un truc pareil"*).

Par ailleurs certains pouvaient se sentir déçus par la longueur et la lenteur de la prise en charge administrative et/ou judiciaire (E2 : *"Et la justice qui est toujours en cours. Nous l'avons étendu au 3^{ème} enfant (...) maintenant il faut que la justice se saisisse"* ; E3 : *"comme je disais, pour le cas précédent, le père était (réfléchit), plus réticent à cette aide extérieure donc, euh...(réfléchit) là pour eux, ça m'a pris cinq semaines avant qu'ils aient la première visite des éducateurs et là j'ai trouvé ça long !"* ; E5 : *"même s'il y a des démarches qui sont déjà en cours, il y a toujours cette situation, cette maltraitance qui est encore actuelle, du fait de la lenteur un petit peu de l'administration et des services judiciaires"*). Cette prise en charge parfois ne semblait pas directement prendre en compte les inquiétudes du médecin (E7 : *"à proposer également un placement, qui n'a pas été suivi, voilà"* ; E7 : *"C'est des enfants qu'on a envoyés au CMP, le CMP nous a pas suivi, non plus bon"*).

Face à ces situations difficiles, les médecins ressentent parfois le besoin de se déculpabiliser, en partageant la responsabilité de la prise en charge avec un tiers extérieur comme les services judiciaires (E2 : *"Nous, notre positionnement c'est dire voilà, on a fait ça, (...), maintenant il faut que la justice se saisisse un petit peu et de voir comment on peut réellement protéger les enfants"* ; E5 : *"j'étais plutôt rassuré, du fait que les choses soient déjà en place, que je n'ai pas à...à moi faire le signalement, appeler le Procureur ou des choses comme ça"* ; E6 : *" maintenant, l'affaire est aux mains de la justice",*) ou la PMI (E6 : *"j'ai téléphoné au médecin de la PMI, et le médecin de la PMI donc, m'a dit qu'elle allait recevoir la petite et c'est elle qui s'occuperait du signalement (...) J'ai dis ok, je te la confie"*) et en "minimisant" les faits (E6 : *"connaissant le papa, on peut pas porter de jugement, après tout il y a des choses qui se font"* ; E7 : *"c'est pas des craintes de décès, c'est pas des craintes d'infanticide en tout cas. C'est déjà une bonne chose...(rigole)"*).

3.3 Pratique de prise en charge du médecin face à l'enfance en danger

3.3.1 Cas des médecins libéraux

Lors des consultations des médecins libéraux, le temps d'écoute semble primordial au dépistage, (E5 : *"j'essaie de rediscuter un petit peu avec Ma., pour savoir pourquoi elle ne veut pas aller avec son papa, et Ma. me dit que son papa est méchant, que de toutes façons elle sait bien qu'il ne l'aime pas et que elle veut pas y aller parce que quand il lui donne le bain, il lui fait mal à la "mounette"*; E6 : *"on a discuté avec la petite, on a laissé parler la petite qui a rapporté mots pour mots les phrases que m'avait rapportées sa mère"* ; E6 : *"un petit garçon, qui en partant sur le pas de la porte, euh, il est venu pour un problème quelconque, un problème ORL ou digestif, il me dit "sperme". Je le regarde, un petit garçon qui a, je sais pas, 7 ans 8 ans par là, mais je lui ai dis "tu sais ce que c'est toi ?", il me dit : "oui! J'en ai vu." Donc on revient à la consultation, j'ai dit "ok, on repart pas.",*). C'est au cours de l'entretien que s'organise aussi le soutien à l'entourage de l'enfant victime (E5 : *"je discute avec la maman pour savoir, où elle en est exactement des démarches judiciaires"* ; E6 : *"la maman était terrorisée par rapport à toutes les démarches à faire, donc je lui ai dit que j'étais là et que j'allais l'accompagner dans les démarches."*).

La plupart du temps, l'enfant ne montre aucune réticence à se laisser examiner par le médecin (E4 : "ça s'est plutôt bien passé y a pas eu de réticence de l'enfant à ce que je l'examine" ; E6 "elle est montée sur la table d'examen sans aucun problème (...) l'examen j'ai fait comme si je faisais un examen de routine ORL, hein euh... ORL, les poumons, les machins, j'ai fait pareil",). Sur le plan gynécologique, cet examen se limite la plupart du temps à l'inspection (E5 : "faire un examen médical, bon gynécologique euh...je regarde juste, je ne vais pas examiner plus précisément Ma. de ce côté là" ; E6 : "je n'ai rien fait de particulier, au niveau de l'examen clinique, je n'ai pas fait de prélèvements, je n'ai pas fait de... que l'inspection, j'ai regardé, je voyais qu'il n'y avait pas de lésions visibles à l'oeil nu et je suis pas allé fouiller plus loin.").

Avec les éléments recueillis lors de l'interrogatoire et l'examen clinique, le médecin rédige un certificat descriptif pour pouvoir lancer la procédure. (E4 : "je me suis juste limitée à recueillir les propos de la grand-mère, la parole de l'enfant et euh... à faire un certificat comme on ferait un certificat au niveau médico-légal, des lésions que je constatais sans préjuger de la, enfin, de qui avait pu le faire et de la nature des lésions en fait." ; E5 : "moi je lui propose de refaire un certificat (...) pour renoter tout ce qui a été dit par la petite, son comportement et puis bon, faire un examen médical"; E6 : "j'ai fais bien sûr un certificat initial hein, à la petite, puisque la maman me l'a demandé, dans lequel en fait je voyais rien, je décrivais, je voyais rien, point, et que je rapportais les dires, tout simplement.").

Face à des situations d'enfance en danger, les médecins généralistes se tournent souvent en premier lieu vers le médecin de PMI de son secteur (E1 : "j'ai pris en premier lieu un contact avec la PMI" ; E4 : "donc j'ai appelé le médecin de PMI de Bl...", E6 : "j'ai téléphoné au médecin de la PMI").

Certains se retournent vers les services de gendarmerie en dehors des heures d'ouverture des services de PMI (E6 : "mon seul interlocuteur à cette heure-là, c'était pour moi les gendarmes"). Dans les cas les plus graves, aucun des médecins généralistes interrogés n'a contacté directement le PDR. Celui ci n'a reçu le certificat du médecin qu'à la demande des services de gendarmerie (E6 : "les gendarmes m'ont demandé de téléphoner au Procureur") ou du Conseil Général (E3 : "médecin de la DDAS. Je l'appelle et après en général il me demande à ce que je lui envoie un fax, avec un double au Procureur de la République").

Seul un médecin semble directement avoir eu à faire à la cellule départementale. (E3 : *"moi je fais quand même un signalement à la...au médecin de la DDAS"*).

Le recours au service hospitalier via les urgences n'est envisagé que par un seul médecin et ce après proposition de la famille devant le caractère urgent d'une prise en charge. (E5 : *"j'appelle les urgences pour les prévenir de l'arrivée de Ma. Et sa maman"* ; E5 : *"j'ai eu la chance de tomber sur un médecin très compréhensif, l'urgentiste a bien compris la situation"*)

3.3.2 Cas des médecins de PMI

Les médecins de PMI fonctionnent en réseau et semblent plus à l'aise. Le suivi de l'enfant s'organise d'un point de vue médical et para-médical avec les médecins de PMI, les médecins hospitaliers, les puéricultrices et les psychologues (E2 : *"J'ai bien expliqué ça avec l'hôpital on a bien travaillé en lien"* ; E2 : *"Donc on suivait les enfants vraiment en tandem, chaque consultation avec la psychologue, ça a été très intéressant"* ; E4 : *"si on sent qu'il y a des difficultés type dépressives chez la maman ou des difficultés dans l'établissement du lien on va essayer d'orienter la maman vers un psychologue ou un médecin psychiatre, ou vers des lieux d'accueil parents-enfant pour la soutenir dans la parentalité"* ; E4 : *"Nous on est une équipe, l'avantage c'est qu'il y a une puéricultrice et le médecin, qu'on travaille toujours ensemble, qu'éventuellement si sur ces situations un petit peu compliquées il peut y avoir le soutien de la psychologue, qu'on a des réunions"*). Il existe également un accompagnement social de la famille avec l'intervention de travailleurs sociaux et d'éducateurs à domicile (E2 : *"la famille voulait pas la travailleuse familiale"* ; E4 : *"proposer éventuellement une aide éducative"* ; E4 : *"Ça peut être une dame qui peut intervenir à la maison qu'on appelle une travailleuse familiale"*).

Face à des situations d'enfance en danger, le médecin de PMI se retourne soit vers le médecin de la cellule départementale du CD (E2 : *"on fait un rapport, on a un service, qui s'appelle le service d'enfants en danger, au niveau du conseil général donc on le passe nous en commission"* ; E2 : *"Nous on travaille là en très étroite collaboration avec le Conseil Général surtout lorsqu'il y a des tout petits."* ; E4 : *"si la famille refuse finalement l'accompagnement, fini par ne plus vouloir venir à la consultation ou accepter que la puéricultrice se rende au domicile (...) on va*

être amené à faire éventuellement de notre place ce qu'on appelle une fiche navette et à prendre contact avec le CED.") ; soit, pour les cas les plus graves, vers le Tribunal de Grande Instance en contactant le service du PDR. (E2 : "on avait déjà fait un premier signalement" ; E2 : "Moi ce que j'ai signalé c'est que je veux que là, puisqu'il y a avait déjà une mesure sur les 2 plus grands, qu'il y ait la mesure sur la 3^{ème}."; E4 : "on a fini par juger que pour ces enfants il fallait au moins un placement, quelques jours par semaine").

3.3.3 Limites de la prise en charge

Le parcours de prise en charge n'est pas toujours simple à mettre en oeuvre :

-Le numéro de téléphone du PDR n'est pas toujours connu du médecin (E1 : "ce qui est compliqué pour nous parce que j'y ai repensé récemment, c'est que..., par exemple on n'a pas le numéro de téléphone, enfin on peut le trouver, le Procureur de la République..."; E5 : " je vous avoue que le Procureur, je ne l'avais jamais appelé, je ne savais pas trop si je pouvais le joindre facilement.").

-Les personnes de premier recours ne sont pas toujours disponibles (E3 : "signalement auprès du médecin de la DASS, qu'on arrive plus ou moins à avoir en direct au téléphone (...) donc la démarche n'est pas... enfin elle est bien codifiée mais elle n'est pas forcément simple" ; E6 : "Mon dieu, mais à qui je dois m'adresser ? Donc, mon réflexe c'était... mon seul interlocuteur à cette heure-là, c'était pour moi les gendarmes. Et donc, les gendarmes m'ont demandé de téléphoner au Procureur, machin, bon bref." ; E7 : "appeler la PMI. Même si eux, ils n'ont pas tout de suite le médecin, ou c'est compliqué, bein on rappelle.").

Le délai de prise en charge est parfois long (E3 : "C'est à dire que s'il y a un signalement, fait par quelqu'un extérieur, souvent le placement est quand même décidé rapidement. Enfin, c'est façon de parler, parce que ce n'est pas vraiment la vérité... Bon ! (soupir)" ; E3 "on a quelquefois l'impression quand les parents acceptent la prise en charge, quoi qu'on fasse finalement il euh...il y a un délai et ce délai peut... peut trainer, parfois plus de trois semaines - un mois et là il y a quand même un délai qui fait que les parents sont venus, ils ont fini par acter la prise en charge et là vous avez trois semaines – un mois où là, rien ne se passe. Là, c'est vrai

que c'est un petit peu délétère" ; E3 : "là pour eux, ça m'a pris cinq semaines avant qu'ils aient la première visite des éducateurs et là j'ai trouvé ça long !" ; E5 : " je discute avec la maman pour savoir, où elle en est exactement des démarches judiciaires et savoir s'il y a de nouveaux entretiens, s'il y a de nouveaux éléments qui sont apparus. Mais bon, elle est toujours dans l'attente." ; E5 : "même s'il y a des démarches qui sont déjà en cours, il y a toujours cette situation, cette maltraitance qui est encore actuelle, du fait de la lenteur un petit peu de l'administration et des services judiciaires" ; E5 : "bon maintenant, comme cela fait 2 ans que ces procédures euh..trainent, elle est malheureusement un peu habituée à ce que des fois il y ait des situations plus complexes et à ce que sa fille passe par les urgences.")

Certaines familles manquent de coopération vis à vis des mesures proposées (E2 : *"La travailleuse familiale on y est toujours pas arrivé, ça n'a pas été possible, c'est difficile qu'il y ait quelqu'un qui vienne chez eux"* ; E2 : *"actuellement c'est très difficile de rentrer à la maison, ils veulent pas la laisser entrer, souvent c'est sur le pas de la porte ou vraiment entre 2 chaises, vraiment très compliqué"* ; E3 : *"on a des parents qui biaisent, un coup ils viennent, un coup ils viennent pas"* ; E7 : *"bon on voit bien que les conseils... les conseils ne sont pas suivis"* ; E7 : *"Et elle devait me rappeler car je devais la revoir dans les 6 mois, les 6 mois c'était au mois de mars, je lui ai proposé un rendez-vous, elle n'est pas venue"*).

Il semblerait que la connaissance de la famille soit une difficulté pour la prise en charge et le repérage (E1 : *"de connaître le famille, ça c'est... je trouve que c'est assez perturbant"* ; E1 : *"ça doit être compliqué de faire un signalement avec quelqu'un qu'on connaît depuis longtemps"* ; E6 : *"je me dis, par rapport au papa, je me dis " aie, aie, aie, ce papa qui va débouler peut-être dans ma consultation un jour, quelle va être mon attitude à moi vis à vis de lui ?"* ; E6 : *"je leur ai dit, vous savez, c'est un peu embêtant, je suis le médecin traitant, enfin l'ex médecin traitant, je traite la maman enfin bon."* ; E6 : *"la position du médecin n'est pas toujours très facile surtout quand on soigne toute la famille. Quand la maltraitance se fait par des gens qu'on soigne, c'est pas toujours évident."*).

Seul un médecin trouve plus aisé de gérer ces situations lorsqu'une relation est déjà établie entre le praticien et les patients (E3 : *"Moi j'ai trouvé plus facile chez des patients que je connaissais"*).

3.4 Répercussions

Ces situations peuvent avoir de nombreuses répercussions sur la relation médecin-patient :

- Soit le lien s'en trouve renforcé tout au long de la prise en charge, pouvant donner lieu à des "liens d'amitié" (E2 : "ils ont dit on veut être suivi à nouveau par le docteur X"; E2 : "elle était contente que je puisse l'accompagner " ; E5 "elle a vu que devant la situation, je suis intervenu, j'ai essayé de protéger au mieux sa fille donc je pense que ça a d'autant plus renforcé cette relation qui existait déjà auparavant." ; E5 : "Je pense que cela a... peut-être... encore plus renforcé ce lien euh... médecin-patient qu'on avait jusqu'à présent" ; E6 : "après c'est une amitié particulière qui s'est liée entre moi et cette femme, et le gamin aussi" ; E6 "j'ai continué à suivre toute cette famille, et euh, (...), et en fait, le fait que le gamin peut-être fasse confiance au médecin, me fasse confiance, ça l'a beaucoup touché, et ça a tissé un lien particulier entre nous, entre cette famille là, ouais, ouais, c'est... c'est particulier").
- Soit la famille considère que le médecin prend la " position du Juge" (E1 : "c'est pas à moi de juger, mais je vous promets que les gens doivent pas le vivre comme ça" ; E3 : "je crois qu'on prend un peu un côté..., un peu légis... législatif et je crois que ça ils ont plus de difficultés à l'accepter").
- Soit le lien est rompu, la famille préférant changer de médecin traitant (E3 : "Mais souvent, cela a été mes associés, ils n'ont pas forcément quitté le cabinet mais c'est plus moi qui les ai suivis après." ; E3 "dans la majorité des cas, euh... suite au signalement, à plus ou moins longue échéance, j'ai euh... j'ai perdu euh... enfin j'ai perdu ?, c'est pas moi qui ai continué à faire le suivi à l'issue" ; E6 "j'ai appris, donc par son ex, qu'il est allé se faire soigner par un autre médecin parce qu'il n'osait pas venir me voir." ; E7 : "Elle les fait suivre quand même mais bien sur, elle voit un pédiatre à l'autre bout de la ville donc comme ça on connaît pas trop").

Ce sont des situations difficiles à gérer sur le plan émotionnel pour les médecins. (E3 : "Puis, d'un point de vue psychologique, je pense que c'est important d'avoir quelqu'un avec qui en parler (...) enfin je veux dire, c'est pas dans la démarche mais plus sur le fait de... livrer des choses qui sont quelquefois lourdes à entendre et voilà quoi" ; E5 : "c'est des consultations qui

sont longues et éprouvantes aussi bien pour elle que pour moi finalement”; E6 : *“Mais psychologiquement pour moi, euh, à cette époque là, ça m’a fait souffrir quand même de voir ce gamin”*).

Le médecin s’identifie d’autant plus à la situation qu’il est lui-même parent (E6 : *“Mon dieu ! c’est la partie émergée de l’iceberg, (téléphone sonne), combien il y a de petites filles ou de petits garçons qui, peut-être, subissent la même chose sans pour cela, que s’ils n’en parlent pas, qu’on soit alerté”*. *“Là quand même, ça fait... parce que nous-mêmes, on est maman (grimace), c’est un petit peu délicat”*)

3.5 Amélioration des pratiques

Ces situations sont difficiles à prendre en charge. Les médecins ont proposé plusieurs éléments d’amélioration :

3.5.1 Outils

Afin de faciliter la prise en charge de ces enfants il a été proposé :

- D’avoir une fiche mémo avec les numéros de téléphone des différents correspondants (PDR, CED essentiellement) ainsi que la conduite à tenir en pratique (E1 : *« on n’a pas une sorte de fiche qui dirait voilà, euh si vous ne passez pas par le biais des urgences et que vous voulez faire un signalement voilà un peu la conduite à tenir et des conseils pratiques, voilà ce qui manque peut-être un tout petit peu c’est : qui j’appelle ? sous quelle forme ? »* ; E3 : *« Peut-être pour la première fois, si on avait des démarches codifiées, mais si on les cherche, on les trouve en fait »*).
- De pouvoir débriefer avec d’autres confrères. Cette proposition a été répétée de façon quasi unanime afin de mieux appréhender ces situations sur le plan psychologique et administratif (E2 : *« J’aurais peut-être eu besoin effectivement, dans cette situation, et je l’ai pas fait, maintenant je le fais plus facilement, de pouvoir me concerter avec mes*

collègues » ; E3 : « d'un point de vue psychologique, je pense que c'est important d'avoir quelqu'un avec qui en parler » ; E3 : « Alors moi je trouve que c'est important, parce que à chaque fois qu'on a eu affaire à des situations de signalements ou à d'autres situations difficiles, ça permet déjà... enfin sur les trois, il y en a déjà un qui... qui connaît, ça permet aussi de débriefer un peu le cas » ; E4 : « c'est quand même un travail qu'il ne faut pas mener seul après l'avantage qu'on a nous par rapport à un médecin libéral c'est de pas se retrouver seul » ; E7 : « j'ai besoin de l'appui des collègues, parce que à vivre ça tout seul c'est trop compliqué, beaucoup trop, trop compliqué à gérer, trop compliqué à absorber »).

- De prendre l'avis d'étudiants pour avoir un regard plus neutre pendant la consultation (E3 : « d'avoir des étudiants, c'est vrai que quelquefois, comme on connaît très bien les gens, je disais que c'était plutôt facilitant (...) le fait d'avoir un regard extérieur, quelqu'un qui justement est moins impliqué personnellement dans la relation, ça peut aider »).
- D'améliorer les formations initiales et continues des médecins afin d'être mieux sensibilisé à ce sujet (E2 : "je vais refaire un diplôme universitaire concernant la pédopsychiatrie, parce que voilà je trouve qu'il nous manque un peu ce côté psychologique, afin de pouvoir appréhender certaines situations dans l'interaction du développement psychologique de l'enfant" ; E2 : "Je pense qu'il faudrait réellement aborder, moi je pense que la maltraitance devrait réellement être abordée en tant que telle, au niveau des troubles du développement de l'enfant, je sais pas si on insiste vraiment dessus, moi on m'a demandé à avoir plusieurs formations" ; E4 : "si les médecins libéraux étaient peut-être un peu plus informés de tout ça, ça serait en tout cas un peu plus facile pour eux.")

3.5.2 Conseils à appliquer

Après avoir eu une première expérience avec l'ED, les médecins interrogés soulignent l'importance du dialogue avec la famille, qui est souvent redouté. La plupart explique qu'ils font

part de leurs inquiétudes à la famille, et leur expliquent clairement la prise en charge envisagée (E1 : « l'annonce de dire voilà j'ai téléphoné à la PMI parce que j'étais embêté,, pas si mal que ça (sourit), enfin, ils l'ont pas mal pris je pense » ; E2 : « je crois qu'il y a une relation de ... de transparence de ma part. Parce que moi j'ai été très claire je leur ai posé les choses mais alors avec des mots très clairs qui sont entendables pour eux (...) elle était contente que je puisse l'accompagner » ; E3 : "dans la plupart des cas, j'ai prévenu les parents que j'allais le faire et les parents étaient d'accord" ; E3 : « finalement en dialoguant avec elle, petit à petit, elle se sentait débordée par cet enfant, par la situation personnelle et euh, de grosses difficultés à s'apaiser pour s'occuper de l'enfant. Ce qui fait que, en accord avec la maman, on a décidé de faire intervenir les services sociaux. » ; E3 : "Et finalement, j'ai été assez surpris, pareil, pour les parents à qui on a proposé... j'ai proposé une aide extérieure, de leur réaction. Et finalement, j'ai rarement eu, je n'ai jamais eu de gens qui m'aient dit "Non !", j'ai jamais eu de personnes qui m'aient dit "Non, non, je ne veux pas d'aide extérieure !". Ils ont toujours fini par accepter et je pense que c'est euh...c'est peut être dommage d'attendre que la situation justifie un signalement en urgence" ; E4 : « on essaie quand même de maintenir le lien. On va proposer toutes les aides dont je vous ai parlé (...) ça a fini en placement au fur et à mesure en accord avec la famille » ; E6 : « on peut dire aux parents lors des premières visites comme ça, on ne leur reprochera jamais d'avoir des difficultés, par contre ce qu'on peut leur reprocher c'est de ne pas en parler. Voilà, et de ne pas se faire aider. » ; E6 : « par rapport à la maman, pour lui expliquer comment il faut faire, qu'il faut aller jusqu'au bout, qu'il faut pas s'arrêter là, parce que la maman était terrorisée par rapport à toutes les démarches à faire, donc je lui ai dit que j'étais là et que j'allais l'accompagner dans les démarches"). Les médecins parviennent à faciliter l'adhésion des patients et maintenir le lien grâce à ce dialogue (E2 : « on a essayé de raccrocher un petit peu cette maman » ; E3 : « moi je pense que ça c'est important, d'essayer de garder un lien, même si après, on n'arrive plus à les suivre ou n'importe, je pense que c'est important de garder un lien »).

Lors de la consultation, les médecins prennent le temps nécessaire pour écouter le patient (E2 : "je refais un peu l'histoire des parents, où je me suis posée un petit peu plus avec eux" ; E5 : "En général quand je les vois, même si elles viennent pour... simplement un rhume ou des certificats pour le sport, c'est toujours des consultations qui sont longues parce que on dévie toujours sur ce sujet-là, aussi bien pour essayer de soutenir l'enfant mais aussi la maman" ; E6 : "C'est très

chronophage ce genre de consultation, on en a pour facile ¾ h 1h, et euh... et dans un planning d'une journée des fois c'est pas évident. Et là, il ne faut pas se planter justement, ce jour-là, il ne faut pas aller vite avec ce genre de personne." ; E7 : "comme ça dure longtemps, ces consultations je les vois en dehors des consultations du tout venant, je veux prendre du temps, c'est souvent des consultations qui durent 1h-1h30"). Ils n'hésitent pas à revoir le patient ou la famille afin d'arriver au diagnostic (E2 : "je me dis parfois il me faut du temps pour me dire une fois, deux fois qu'elle me dit ça, trois fois que je constate ça" ; E2 : "c'est important en tant que médecin, on est parfois les premiers recours pour les enfants, d'essayer d'être attentif à un petit quelque chose qui nous tracasse, d'essayer d'y revenir, de reconvoquer la famille").

Le médecin doit se renseigner sur le réseau disponible autour de son lieu d'exercice, afin de savoir rapidement vers qui se référer (E5 : "*quand je me suis installé, je ne me suis peut-être pas assez... euh... renseigné sur... sur les confrères que j'avais autour de moi pour savoir voilà, qui interpeller dans ces situations-là.*").

3.5.3 Bienfaits de l'expérience

Un point paraît essentiel pour tous les médecins libéraux ou de PMI : l'expérience. Tous s'accordent à dire que les années d'exercice, la connaissance des réseaux de leur secteur et le fait d'avoir eu à faire de telles démarches au moins une fois pour protéger un enfant leur permet d'appréhender plus sereinement ces situations et les rend sans doute plus vigilants à ce sujet. (E1 : "*Je pense que, comment dire, le fait d'avoir un peu d'expérience, enfin le fait d'être installé depuis un certain nombre de temps, de connaître un certain nombre de personnes, de réseaux, fait que je gèrerais plus facilement*" ; E2 : "*maintenant je suis beaucoup plus à l'aise, mais c'est toujours très difficile*" ; E3 : "*Une fois qu'on l'a fait une fois, la démarche est relativement bien codifiée*" ; E4 : "*quand même un peu plus aguerrie, un peu plus à même de donner des conseils, ou en tout cas de savoir quelles aides apporter*" ; E5 : "*c'est l'expérience qui, je pense, joue beaucoup. Si on y a déjà été confronté, je pense qu'on assume mieux ces situations après*" ; E6 : "*Alors maintenant, avec 20 ans d'expérience, je me suis sentie très bien, ce n'était pas un problème pour moi, mais la même consultation, je pense, au début de mon installation, je pense que j'aurais été pas bien*" ; E7 : "*Je ne me sens pas mal à l'aise parce que ça fait 12 ans que je suis en PMI, donc j'ai vu quand même quelques... quelques cas*").

IV-DISCUSSION

1. Forces de notre étude

Il nous paraissait important de recueillir le ressenti et le vécu des médecins en soins premiers face à ce sujet, encore tabou, d'autant plus qu'il existait peu de travaux qualitatifs à ce sujet.

Tout au long de notre étude, nous avons tenté d'appliquer toute la rigueur qu'impose un travail de recherche qualitative. Nous avons choisi d'avoir un unique critère d'exclusion à notre travail (l'inexpérience face à l'enfance en danger), cependant primordial pour assurer toute la force de notre étude et permettre de recruter un échantillon de médecins le plus varié possible (médecins généralistes, de PMI et pédiatre), comme en témoigne le tableau sociologique disponible en Annexe 6. C'est ainsi que la saturation des données a été obtenue, grâce à cette diversité d'opinions. L'intégration de l'opinion des médecins exerçant en PMI (ayant eu une formation de MG ou pédiatre pour l'un d'eux), "experts de l'enfance", dans notre étude a permis de mieux analyser les acquis et déficiences que présente le MG.

En recherche qualitative, il faut limiter au maximum le risque de subjectivité dans l'analyse des résultats, c'est pourquoi la double analyse à deux chercheurs de chaque entretien était indispensable. Dans un premier temps, chaque lecture était réalisée individuellement, avant une mise en commun de nos analyses. Lors des entretiens réalisés par un des deux chercheurs, l'ensemble du guide d'entretien a été balayé dans un ordre chronologique différent selon l'orientation de l'interview.

Nous nous sommes efforcées de nous rendre le plus disponible possible pour que chaque médecin interrogé puisse choisir librement le lieu, l'horaire, la date de notre entrevue, afin de limiter le risque de refus et favoriser un climat de confiance.

2. Limites de notre étude

Nous avons découvert la recherche qualitative pour la première fois à travers ce travail de thèse. Dès le début de notre travail, notre première difficulté a été de recruter des médecins acceptant de parler de ce thème, d'où une longue période de recrutement s'étalant de février 2014 à juin 2015.

Cette difficulté est-elle liée au désintérêt de certains médecins porté à l'enfance, ou est-ce un sujet encore trop sensible ?

L'empathie que nous avons développée face à ces situations, majorée par notre statut commun de mères de familles, constitue sans doute un important biais de subjectivité pour notre étude. Les différentes situations exposées par les médecins ont pu toucher à des degrés différents la sensibilité du chercheur pendant l'entretien. Cette subjectivité que nous avons pu ressentir à titre personnel a été également retrouvée chez les femmes-médecins contactées, semblant plus à l'écoute sur ce thème.

Pour la validation de notre travail, nous nous sommes efforcées d'être le plus neutre possible face aux médecins interviewés. Cependant il se peut que la façon de mener l'entretien ait légèrement différencié entre les deux chercheurs mais aussi, pour chaque chercheur, en fonction du déroulement de l'entretien et du sujet exposé par le médecin. En effet, un médecin nous a demandé d'interrompre l'enregistrement audio un instant pour réfléchir, ceci a pu déstabiliser le chercheur et l'entretien. Bien que l'ensemble des médecins interrogés était tenu informé dès la première prise de contact, des modalités d'enregistrement par dictaphone et de retranscription stricto sensu, ceci a pu, peut-être, modifier leur discours.

De plus un biais de mémoire a pu être constaté dans plusieurs entretiens, les histoires relatées étant anciennes, les souvenirs du contexte réel et de sa prise en charge ont pu être oubliés par les médecins.

Il nous a fallu un pré-accord du médecin référent du Conseil Départemental de Haute Garonne, le Dr Guittard, avant de pouvoir contacter les médecins de PMI. En ce sens, il nous a été demandé de leur envoyer un mail pour leur expliquer le but et le thème général de notre étude avant de prendre définitivement contact avec eux. Il s'agit là d'un biais d'information.

3. Messages clés

- D'après les données de la littérature et en particulier la définition de l'ED, il apparaît que les représentations de l'ED par les médecins interrogés dans notre étude sont pertinentes.

Ils semblent connaître l'ensemble des versants de ce thème, des plus graves et urgents, représentant un danger immédiat pour l'enfant comme les violences physiques et les abus sexuels, au danger au long cours comme les négligences diverses ou les maltraitements psychologiques. Les situations vécues et exposées lors des entretiens par ces médecins sont diverses et hétérogènes ce qui confirme leur bonne représentation du sujet.

- Comme il a été décrit dans la littérature, il existe de multiples facteurs de risques de maltraitance infantile (30, 31). Les médecins de notre étude ont conscience de l'existence de certains d'entre eux à l'origine de danger pour l'enfant tels le jeune âge parental, les antécédents de maltraitance chez les aînés, les conflits familiaux et la précarité sociale.
- Les médecins ont une connaissance insuffisante des procédures de prise en charge.
- Les médecins libéraux, face aux situations les plus graves, alertent rarement les services judiciaires d'eux-mêmes, ils semblent préférer s'en remettre à un confrère plus expérimenté dans le domaine (PMI ou services hospitaliers).
- La notion d'IP n'a jamais été formulée dans les entretiens. Pour ces cas les "moins graves ou urgents", le médecin semble encore une fois se retourner vers ses confrères de PMI ou hospitaliers et non directement vers les services administratifs du CD habilité.

4. Perspectives

L'ensemble des résultats de notre travail va dans le sens des propositions émises dans le rapport du Comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants (32).

L'ensemble des médecins interviewés dans notre étude semble avoir une bonne connaissance théorique de l'ED : en témoignent les représentations qui nous ont été rapportées lors de nos entretiens et qui balayent la quasi totalité du champ de l'ED, comme décrites dans les dernières recommandations de l'HAS.(33)

Malgré ces connaissances, en pratique, ces situations sont encore complexes à gérer pour les médecins.

4.1 Mieux “ouvrir les yeux...”

“Tout voir et tout entendre”

Dans un but de prévention, il est important que les MG recherchent les facteurs de risque (FDR) chez les parents et ceci avant même l'arrivée de l'enfant, comme ceux qui ont été retrouvés lors de nos entretiens :

- le jeune âge des parents
- les antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents
- les violences conjugales
- les addictions (toxicomanie, alcoolisme)
- les difficultés socio-économiques (chômage, divorce)
- les troubles psychiatriques (dépression, trouble de la personnalité)

Ces résultats sont corrélés à ceux que l'on retrouve dans la littérature. Dans “La Revue du Praticien” en particulier, on retrouve ces FDR, ainsi que d'autres non évoqués dans notre étude (31). En effet selon la littérature, le sentiment d'isolement psychologique des mères après la naissance est un déterminant plus important, que la situation socio-économique notamment. Dans cet article plusieurs situations sont décrites comme pouvant être à l'origine du non-attachement des parents à leur enfant :

- L'hospitalisation du nourrisson, plus particulièrement les enfants prématurés hospitalisés en néonatalogie souvent pendant plusieurs semaines,
- La dépression du post partum,
- L'immatunité des parents : le risque de maltraitance infantile est d'autant plus important que la mère est jeune,
- L'incompréhension des besoins de leur enfant, comme on peut le voir particulièrement lorsque l'enfant est porteur d'un handicap ou présente des troubles du comportement.

Au cours de notre étude aucun FDR lié à l'enfant n'a été mis en évidence. Ceux-ci sont peut-être méconnus des MG et nécessitent donc qu'on y prête attention. En effet, dans la littérature (31), on retrouve des FDR intrinsèques à l'enfant comme :

- Le handicap, notamment intellectuel,

- La prématurité, et d'autant plus qu'il s'agit d'une grande prématurité, celle-ci apparaît comme le principal facteur lié à l'enfant selon une étude anglaise (34),
- Les jeunes enfants sont plus souvent victimes de maltraitance.

Le risque et le type de danger varie selon le sexe et l'âge de l'enfant, comme le mentionne le rapport du SNATED (13). Plus l'enfant est jeune plus on observe de violences physiques. Les petites filles sont plus souvent victimes de violences sexuelles que les garçons. Les décès suite à une maltraitance s'observent particulièrement avant l'âge de 1 an, avec une prédominance masculine.

La détection de ces FDR peut permettre aux MG : d'aider leurs patients dans leur parentalité, dès la période préconceptionnelle ; et de les soutenir durant toute la grossesse pour préparer au mieux l'arrivée de l'enfant afin de tenter de prévenir d'éventuelles maltraitances ultérieures. Envisager une démarche plus active des médecins en s'obligeant à rechercher de façon systématique ces FDR et à les noter dans le dossier médical (présence/absence) à l'image de ce qui est déjà fait concernant les antécédents et allergies, serait une avancée majeure en terme de prévention.

En post partum la vigilance reste de mise pour s'assurer de l'attachement des parents à l'enfant. Une collaboration plus étroite avec les services de maternité pourrait dans ces situations à risque permettre une meilleure prise en charge.

Les MG disposent, dès la naissance de l'enfant, de plusieurs occasions pour suivre le bon état de santé de l'enfant ainsi que l'instauration du lien parents-enfant grâce aux visites obligatoires du nourrisson. Le non-respect de celles-ci témoigne déjà d'un trouble de la parentalité et doit faire suspecter une situation d'enfance en danger. La consultation du carnet de santé et son utilisation systématique par le MG au cours de chaque visite est primordiale. Cet outil, s'il est rempli consciencieusement peut aider au dépistage des enfants en danger (suivi irrégulier, traumatismes multiples, courbes de croissance, etc...) (35). Comme exemple, les carences affectives et défauts de soins peuvent se traduire par des retards de croissance (cassure de la courbe de poids ou de taille) et des retards du développement psychomoteur. Pour ces situations un carnet de santé correctement rempli est donc essentiel.

Dans le cas de violences physiques plusieurs éléments doivent alerter le MG (36) :

- Multiples antécédents de blessures suite à des accidents domestiques, (notion que l'on retrouve en pratique dans le certificat obligatoire des 24 mois).
- Présence de plusieurs ecchymoses d'âges différents sur une même zone du corps ou sur une zone normalement peu exposée, ou chez un nourrisson avant l'âge de la marche,
- Présence de brûlures circonférentielles,
- Fracture chez un enfant de moins de 5 ans, surtout chez un enfant qui ne marche pas encore,
- Explications confuses ou peu crédibles des parents sur les lésions,
- Délai de prise en charge des parents tardif .

Les cas de violences physiques paraissent bien connues, en théorie par les MG dans notre étude. Ces situations étant décrites comme plus évidentes avec des signes physiques objectifs. En pratique, ces violences semblent, malgré tout, encore sous-évaluées.

Concernant le cas particulier du "bébé secoué", syndrome pourtant assez représentatif de la maltraitance de la petite enfance, il n'a jamais été évoqué. Celui-ci étant plus difficile à détecter car les signes d'appel sont moins spécifiques (pâleur liée à une anémie, vomissement, bébé grognon, difficulté alimentaire...) et pouvant toucher toutes les classes sociales (37). On peut se demander si ce cas particulier est bien connu des MG.

Lors de nos entretiens, l'attention portée aux propos de l'enfant est primordiale : deux cas d'abus sexuels ont été détectés grâce aux dires de l'enfant comme dans l'entretien 6. Il faut être vigilant aux mots employés par les enfants, des propos sexuels inadaptés à l'âge de l'enfant et son comportement sont des éléments importants dans le dépistage. Toutefois avant la dénonciation par les enfants, plusieurs signes, décrits dans la littérature, doivent faire suspecter des sévices sexuels (38). Ces violences touchent particulièrement les petites filles, issues de toutes classes sociales, et peuvent induire des troubles du comportement, une somatisation avec des plaintes multiples, un désinvestissement ou au contraire un sur investissement scolaire, une anorexie ou une boulimie, des troubles du sommeil (très fréquents), encoprésie, énurésie (38, 39). Le MG doit s'intéresser également à la scolarité de ses jeunes patients ainsi qu'à leurs loisirs, tout changement pouvant ainsi lui "mettre la puce à l'oreille".

Il faut également souligner que l'ED concerne tous les enfants de la naissance à 18 ans. La vigilance doit s'appliquer même à l'adolescence. Dans ce cas et pour tout enfant capable de

s'exprimer il peut être intéressant de passer un moment de la consultation seul avec l'enfant pour recueillir ses propos.

4.2 ...Afin de mieux "déliier les langues"

"Tout dire..."

Selon le code de Santé publique (article 12), l'enfant peut exprimer librement son opinion sur les questions l'intéressant, et son avis doit être pris en considération en fonction de son âge et sa maturité.

Concernant les adolescents une étude a été réalisée sur l'intérêt d'une consultation conjointe avec leurs parents. Il en ressort que les adolescents aiment être accompagnés de leurs parents dans 68 % des cas. Mais en ce qui concerne des sujets plus sensibles, comme en particulier l'ED, ils s'exprimeront plus librement lors d'entretiens individuels (40). Il est alors important d'aborder avec l'enfant la notion de confidentialité de la consultation (41, 42, 43).

Il convient bien entendu au médecin de connaître les stades de développement de l'enfant et de s'adapter à son niveau de compréhension et de langage (44), comme cela a été fait dans notre étude par le médecin 6 avec l'utilisation des expressions reprises par l'enfant et l'aide de la poupée pour instaurer un climat de confiance et rassurer l'enfant (45). Dans ce même entretien, on peut voir aussi l'importance du soutien proposé par le médecin à la famille. Il semble primordial d'accorder du temps à ces familles.

Pour aider l'enfant à mieux se confier et sortir du silence, ne serait-il pas judicieux de lui enseigner dès son plus jeune âge et de façon adaptée la bienveillance et la maltraitance ?

Lors des différents entretiens réalisés dans notre étude, nous avons pu observer que les professionnels de santé, eux aussi, ont besoin du soutien de leurs confrères pour faire face à ces situations difficiles. Ils se sentent souvent mal à l'aise et pensent prendre une place illégitime de "Juge" envers leur patient et l'entourage. L'avis d'un de ses confrères ou d'étudiant stagiaire lui permet donc d'avoir un regard plus neutre sur cette situation. Ce besoin de compagnonage reflète également l'importance de la charge émotionnelle de ces consultations. Il convient que le

médecin soit dans l'empathie vis à vis de l'enfant et sa famille : cependant le statut de mère-médecin semble conduire facilement au transfert, tout comme cela a pu être évoqué dans les entretiens 5 et 6. En médecine générale, un lien de proximité se développe entre le patient/famille et le médecin, ceci pouvant être un atout facilitant la prise en charge pour certains, mais aussi un inconvénient pour d'autres par manque d'objectivité et de distance.

Malgré les mesures engagées par le médecin initialement, il n'a pas été retrouvé systématiquement une rupture du lien, celui-ci pouvant même être renforcé contrairement à notre attente, même dans les cas où les parents sont maltraitants.

Par ailleurs, il paraît primordial de développer le travail en réseau : lien médecine libérale-PMI-maternité et avec les services d'urgences. Seulement un médecin a recours aux services hospitaliers dans notre étude, et ce à l'initiative de la famille. Etonnamment le médecin pense donc peu à proposer ce service utile pour permettre de protéger l'enfant et donner accès à des consultations spécialisées (médecine légale et gynécologique). Les médecins de PMI participant à notre étude nous ont semblé plus à l'aise que les MG exerçant en libéral, du fait de la présence d'une équipe pluridisciplinaire à leurs cotés pour prendre part conjointement à leur décision et à la prise en charge. L'assurance dégagee par ces médecins de PMI est sûrement en lien également avec la fréquence de ces situations rencontrées au sein de leur service. Le MG libéral assure lui, seul, la consultation et initie seul, la prise en charge, bien qu'il puisse demander conseils à des confrères avec qui il travaille le plus souvent en groupe ou en sollicitant la PMI. La communication des différents intervenants au cours de la grossesse et du suivi de l'enfant ne serait-elle pas améliorée par le développement du "dossier médical personnel" (DMP), existant depuis la loi du 13 Aout 2004, entre les différents professionnels de santé (46,47) ?

Il semble exister également un problème de communication entre les professionnels de santé et ceux de la Justice pour les cas les plus graves où le PDR est saisi. Les médecins ne semblent informés des suites ordonnées par la Justice, que par l'intermédiaire de la famille. Nombreuses sont les situations où les familles sont perdues de vue : dans ce cas le médecin n'a aucun moyen de savoir si sa prise en charge a été adaptée et bénéfique à la protection de l'enfant.

Il semble y avoir un sentiment d'impréhension entre le milieu de la Santé et celui de la Justice : la lenteur administrative du milieu judiciaire ne tiendrait pas compte de l'urgence de la prise en charge soulevée par le milieu médical tout comme le relèvent les médecins 3 et 5. Plusieurs des médecins de PMI interrogés dans notre étude comme les médecins 2 et 7, ont du faire plusieurs

signalements pour une même famille avant d'être entendus et paraissaient découragés suite à ces multiples démarches infructueuses et au rejet de la prise en charge qu'il proposait.

Tout comme le souligne le Colloque de Juin 2013 (32), le retard ou la diligence de la prise en charge des enfants sont déterminants pour leur devenir et sont dépendants de bonnes ou mauvaises coordinations entre les différents acteurs.

Comment pourrait-on améliorer ce travail en réseau ?

Par ailleurs, les médecins connaissent-ils bien la Justice ? En ont-ils peur ?

Nous avons pu observer que les médecins libéraux faisaient rarement appel au PDR pour les cas de maltraitances graves malgré leur connaissance théorique organisationnelle de la procédure. Ceci soulève de nombreuses questions : craignent-ils des conséquences judiciaires à leur encontre ? Craignent-ils un placement immédiat de l'enfant ? Craignent-ils une rupture du lien établi avec la famille ? Pensent-ils qu'avoir à faire directement au service de PMI, ils auront une oreille plus attentive et disponible ? (23)

De nos jours, les médecins semblent avoir besoin d'une formation concernant le rôle des services socio-judiciaires et les résultats à en attendre, bien plus qu'une formation purement théorique sur le signalement. Cependant notre étude a montré qu'aucun médecin ne relève la notion d'information préoccupante, pourtant établie depuis mars 2007 (6), et très peu envisage un recours auprès des services du CD malgré les diverses recommandations faites par le CNOM et les revues scientifiques (23). Ceci reflète bien le fait que selon l'enquête IP de 2011 (48), les premiers pourvoyeurs d'IP transmises à la CRIP sont, non pas les professionnels de santé, mais l'Education nationale et le Parquet. Ne manque-t-il pas aux professionnels de santé une plateforme informatique en lien avec le CD leur permettant de mieux déclarer une IP sur le modèle du signalement-type, tout comme l'a envisagé l'Inspection académique des Alpes-Maritimes avec la fiche de transmission d'une IP ? (49) (Annexe 7). Certains CD mettent à disposition sur leur site internet, une fiche de recueil d'informations préoccupantes comme le CD du Rhône (50), accompagnée d'une fiche conseil de prise en charge comprenant les numéros utiles. Cette pratique ne devrait-elle pas être généralisée par l'ensemble des CD ?

Au fil des situations rencontrées dans sa carrière, le médecin s'aguerrit d'une riche expérience qui lui apporte un réseau solide, et une certaine assurance. Après avoir été confronté une première fois, le médecin sait vers qui il doit se tourner et quel parcours il doit emprunter. Cette expérience lui permet d'acquérir une meilleure confiance en lui en se laissant moins envahir par les

sentiments lors des prochaines consultations. L'intégralité des médecins de notre étude estime que l'expérience est l'atout majeur pour mieux affronter ces situations. Par conséquent, lors de leur cursus, un passage obligatoire, lors du stage de pédiatrie-gynécologie, des internes à la CRIP pourrait permettre de renforcer cette expérience. Par ailleurs, l'échange sur sa propre expérience, comme lors de groupes de pairs (51), pourrait aider les confrères n'y ayant jamais été confrontés directement dans leur exercice : il faut donc continuer à encourager ces pratiques.

Sur le principe des groupes de pairs, ne pourrait-on pas envisager des réunions multidisciplinaires incluant le MG (MG, pédiatre, médecin de PMI, assistante sociale...) comme cela se pratique déjà en milieu hospitalier, pour débriefer ensemble ces situations difficiles ?

V-CONCLUSION

L'ED est un sujet grave, encore sous-estimé en France. Malgré certaines campagnes de sensibilisation, le repérage de ces situations reste compliqué pour le MG, bien qu'il ait reçu une formation initiale sur le sujet, à la différence de la population générale.

Les médecins ont une bonne représentation de l'ED. Toutefois des difficultés existent encore concernant le repérage des FDR, utile pour poser le diagnostic : certains médecins relèvent des FDR dépendants des parents et du contexte socioéconomique environnant, mais pas les FDR liés à l'enfant, comme la prématurité ou le handicap. Il apparaît judicieux alors, pour le médecin d'intégrer à sa pratique la recherche spécifique de ces éléments, lors de toutes consultations pédiatriques, et leur inscription sur le dossier médical afin d'assurer leur rôle en terme de prévention.

Face à l'ED, le médecin adopte une attitude qui dépend de son savoir et de son expérience. L'écoute de son patient et /ou de l'entourage et le dialogue participent à une première approche indispensable.

La première mise en situation reste un événement troublant pour le médecin. Au fil des années, le MG va tirer de chaque situation rencontrée son propre enseignement lui permettant de mieux affronter les suivantes.

Il s'agit toutefois de situations lourdes sur le plan émotionnel, compte tenu du lien souvent étroit qui s'est tissé entre le MG et ses patients, d'autant plus qu'il s'agit d'une femme-médecin. Cette proximité avec le patient amène parfois le MG à douter, à craindre d'accuser à tort et de perdre la confiance de son patient. Bien que le suivi de l'enfant puisse être par la suite un peu irrégulier, la plupart des patients gardent contact avec leur médecin voire même parfois renforcent leur confiance en lui. Il est primordial que le MG se sente bien entouré, pour que ses éventuels doutes ou questions sur les démarches à entreprendre, ne viennent pas retarder la prise en charge des enfants en danger.

La prise en charge de l'ED dans les cabinets libéraux n'est pas codifiée à la différence de celle proposée en PMI. Ceci s'expliquant par une meilleure connaissance administrative et judiciaire

de l'ED, et par le réseau médical et paramédical / social que constitue la PMI. Si le parcours théorique du signalement paraît bien connu de l'ensemble des médecins, en revanche celui de l'IP paraît insuffisamment connu des MG libéraux. La plupart d'entre eux, faisant appel à la PMI dans ce contexte plutôt qu'à la CRIP.

Dans ce sens il convient de développer les liens entre les différents acteurs de la protection de l'enfance qu'ils soient professionnels médicaux, travailleurs sociaux ou intervenants du milieu judiciaire. Ceci pourrait passer entre autres aussi par le développement du DMP ou la généralisation de réunion pluri-disciplinaire incluant les professionnels libéraux.

De plus l'existence de fiche de recueil pour les informations préoccupantes ou les signalements permet de guider le MG dans ses démarches en mettant à sa disposition les informations utiles pour organiser la prise en charge. Ces fiches existent déjà dans certains départements mais il serait souhaitable de les généraliser à l'ensemble du territoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Brueyre M. Loi Roussel du 24 juillet 1889. Paris. Librairie Marchal et Billard. 1891. (en ligne) <<http://data.decalog.net/enap1/Liens/fonds/F9C64.PDF>> (consulté le 10/12/2015)
- 2 Allo 119 (en ligne) <<http://www.allo119.gouv.fr/presentation>> (consulté le 10/12/2015)
- 3 Humanium. ONG internationale. La Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant.1989.(en ligne) <<http://www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>> (consulté le 07/12/2015)
- 4 Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les missions de l'ONED (en ligne) <<http://oned.gouv.fr/missions-loned>> (consulté le 07/12/2015)
- 5 Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les chiffres clés en protection de l'enfance (en ligne) <<http://www.oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>> (consulté le 07/12/2015)
- 6 Légifrance. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, parue au JO N°55 du 6 mars 2007. (en ligne) <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&dateTexte=20070306>> (consulté le 10/12/2015)
- 7 Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les 7 enjeux de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. (en ligne) <<http://www.oned.gouv.fr/ressources/7-enjeux-loi-5-mars-2007-reformant-protection-lenfance>> (consulté le 10/12/2015)
- 8 Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée.La lettre de l'ODAS. Protection de l'enfance: une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. Novembre 2007. (en ligne)

- http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf> (consulté le 07/12/2015)
- 9 Inserm. Entretien avec Anne Tursz (Inserm-CNRS), coordonnateur du Rapport de recherche "Les morts violentes de nourrissons : trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires". 24 mai 2011. (en ligne)
<<http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/infanticides-1-expertise-medicale-et-medico-legale-en-questions> > (consulté le 10/12/2015)
- 10 Inserm. Colloque national sur les violences faites aux enfants. Juin 2013. (en ligne)
<<http://presse.inserm.fr/colloque-national-sur-les-violences-faites-aux-enfants/8435/> > (consulté le 10/12/2015)
- 11 Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris, 2010. Seuil
- 12 Haute Autorité de la Santé. Maltraitance des enfants: y penser pour repérer, savoir réagir et protéger: Questions/Réponses –Repérage et signalement de la maltraitance infantile– Service Presse. Novembre 2014 (en ligne) < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance_enfants.pdf> (consulté le 10/12/2015)
- 13 Allo 119. Bulletin du SNATED. 2012. (en ligne)
<http://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/bulletin_du_snated-annee2012.pdf >(consulté le 10/12/15)
- 14 Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, et al. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES - Études et Résultats. Août 2007; (588):pages 1-3
- 15 Conseil national de l'Ordre des médecins. La maltraitance: du phénomène de société au drame de santé publique. Avril 2002. (en ligne) <<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/maltraitance.pdf>> (consulté le 10/12/2015)

- 16 Légifrance. Code Civil. Article 375. (en ligne)
<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426776>> (consulté le 07/12/2015)
- 17 Organisation mondiale de la Santé. Rapport: consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant. Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes. Genève. 29-31 mars 1999.
- 18 Conseil national de l'Ordre des médecins. Rapport du 8 octobre 2010 : La Protection de l'enfance, signalement et information préoccupante. (en ligne) <<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protection%20de%20l'enfance.pdf>> (consulté le 10/12/2015)
- 19 Conseil national de l'Ordre des médecins. Code de Santé Publique. Article 43. (en ligne) <<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-43-soins-aux-mineurs-negliges-267>> (consulté le 10/12/2015)
- 20 Enfance et Partage. Guide juridique: Agir contre la maltraitance. 2014. (en ligne) <http://www.enfance-et-partage.org/IMG/pdf/Guide_juridique_Agir_contre_la_maltraitance_leger.pdf> (consulté le 15/12/2015)
- 21 Légifrance. Code de l'Action Sociale et des Familles. Article 226-2-2. (en ligne) <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069>> (consulté le 10/12/2015)
- 22 Légifrance. Code de l'Action Sociale et des Familles. Article 226-2-1. (en ligne) <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000027572899>> (consulté le 10/12/2015)

- 23 Conseil national de l'Ordre des médecins. Code de Déontologie Médicale. Article 44. (en ligne) <<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-44-sevices-268>> (consulté le 10/12/2015)
- 24 Conseil national de l'Ordre des médecins. Le bulletin de l'Ordre des médecins. Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir. n°38 janvier-février-mars 2015
- 25 Légifrance. Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. (en ligne) <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000431282&categorieLien=id>> (consulté le 10/12/2015)
- 26 Conseil national de l'Ordre des médecins. Signalement et Information Préoccupante. Février 2015. (en ligne) <<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1696>> (consulté le 10/12/2015)
- 27 Alami S, Desjeux D, Garabuau-Mouassoui I. Les méthodes qualitatives. Puf. Coll "Que sais-je?". 2009. France. 126 pages.
- 28 AubinAuger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:1425
- 29 Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie. Quels apports pour la médecine générale ? Documents de recherche en médecine générale. Novembre 2007, n° 64.
- 30 Société francophone de Médecine d'Urgence. Maltraitance : Dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Conférence de consensus. Nantes. Décembre 2004

- 31 Tursz A. Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. Rev Prat 2011;61:658-60.
- 32 Rapport du Comité de suivi du Colloque National sur les violences faites aux enfants. Paris. 14 juin 2013. (en ligne) <<http://www.cnape.fr/files/news/1435.pdf> > (consulté le 10/12/2015)
- 33 Haute Autorité de la Santé. Recommandation: Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. Octobre 2014. (en ligne) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf> (consulté le 07/12/2015)
- 34 Spencer N, Wallace A, Sumdrum R, et al. Child abuse registration, foetal growth, and preterm birth : the population based study. J Epidemiol Community Health 2006;60:337-40
- 35 Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie : Le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance. Thèse d'exercice: médecine générale : Nice Sophia Antipolis; Octobre 2015; 2015NICEM087
- 36 Vabres N, Fleury J, Picherot G. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. Rev Prat. 2011;61:653-655.
- 37 Briand-Huchet E., Cook J. Le syndrome du bébé secoué. Rev Prat. 2011;61:655.
- 38 Blavignac Momboisse M. Situations à risque de maltraitance sexuelles intrafamiliales chez le mineur : rôle du médecin généraliste. Etude de 58 dossiers du tribunal de grande instance de Toulouse. Thèse d'exercice : médecine générale : Toulouse III, Paul Sabatier; Décembre 2013; 2013TOU31109
- 39 Tisseron B., Rey C. Quels sont les signes évocateurs d'une agression sexuelle chez un petit enfant. Rev Prat. 2011;61:657.

- 40 Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. Thèse d'exercice : médecine générale : Rouen ; Septembre 2014 ; 2014ROUEM066
- 41 Conseil national de l'Ordre des médecins. Code de la Santé Publique. Article 42-soins aux mineurs, aux majeurs protégés (en ligne) <<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-42-soins-aux-incapables-266>> (consulté le 10/12/2015)
- 42 Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Méd Suisse. 2008;1456-1458
- 43 Society for Adolescent Medicine. Confidential Health care for adolescents : Position Paper of the Society For Adolescent medicine. J Adolesc Health 2004;35:160-7
- 44 Nathanson M., Oxley J., Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et adolescents. EMC (Elsevier Masson SAS), Journal de pédiatrie et puériculture. 2011;24:295-305
- 45 Ministère de la Justice, Direction des Affaires Criminelles et des Grâces. Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes. Septembre 2015. (en ligne) <http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf> (consulté le 07/12/2015)
- 46 Légifrance. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. (en ligne) <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>> (consulté le 10/12/2015)
- 47 Dossier Médical Personnel. En savoir plus sur le DMP-professionnels de santé. (en ligne) <<http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/en-savoir-plus-sur-le-dmp/le-dmp-en-quelques-mots>> (consulté le 10/12/2015)
- 48 ONED. Enquête nationale Information Préoccupante. Octobre 2011. (en ligne) <http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf> (consulté

le 10/12/2015)

- 49 Inspection académique des Alpes-Maritimes. Fiche de transmission d'une information préoccupante. (en ligne) <http://www.ac-nice.fr/ia06/directeur06/file/formulaires/Fiche_info_preoccupante.pdf> (consulté le 10/12/2015)
- 50 Conseil Départemental du Rhône. Fiche de recueil des Informations Préoccupantes du Rhône.(en ligne)
<http://www.rhone.fr/solidarites/enfance_famille/protection_de_l_enfance/des_informations_preoccupantes_au_signalement>
[file:///Users/charlotte/Downloads/sdpe_fiche_recueil_ip%20\(1\).pdf](file:///Users/charlotte/Downloads/sdpe_fiche_recueil_ip%20(1).pdf)> (consulté le 10/12/2015)
- 51 Société Française de Médecine Générale. Groupe de pairs. (en ligne)
<http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/> (consulté le 10/12/2015)

ANNEXE 1 : Exemple de signalement type

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

L'enfant nous a dit que :

«

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le _____

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

ANNEXE 2 : Guide du premier contact téléphonique

Premier contact téléphonique :

La prise de contact téléphonique a été réalisée de façon conjointe par les deux internes selon le guide pré-établi suivant :

“ Bonjour Docteur ..., excusez moi de vous déranger, je m'appelle Jennifer FONT/Charlotte POINT, et suis interne en Médecine générale à Toulouse. Je me permets de vous contacter aujourd'hui car je cherche, pour mon travail de thèse, des médecins généralistes ayant déjà été confronté à une situation de maltraitance ou négligence à enfants, (si besoin de précisions : c'est à dire bien entendu sévices physiques/morales mais aussi négligences et situations sociales inquiétantes). Est ce votre cas? ”

Si oui : un rendez vous a donc été fixé avec tous les médecins acceptant de nous recevoir. Nous avons proposé aux médecins ainsi recrutés de les rencontrer à leur cabinet, plutôt en fin de journée ou entre midi et 14 heures afin de pouvoir effectuer l'entretien tranquillement sans être interrompu par des stimuli ou des sollicitations extérieures. Il a été demandé de prévoir une plage horaire d'au moins 30 minutes.

Si non : après remerciements et pour recueillir de meilleures représentations, il a été expliqué que nous recherchions des professionnels de santé ayant déjà été confronté à cette situation.

Mail pour prise de contact :

“ Bonjour,

Nous sommes 2 internes en Médecine Générale à Toulouse et nous effectuons actuellement un travail de thèse qui vise à recueillir le vécu des médecins face à des situations d'enfance en danger, qu'ils soient médecins généralistes ou médecins de PMI en Midi Pyrénées.

Pour cela nous réalisons des entretiens individuels, au cours desquels nous interrogeons les médecins sur une de leurs expériences dans ce domaine. Les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone et durent entre 15 et 30 min, les données ainsi récupérées sont ensuite anonymisées.

Force est de constater que la maltraitance/négligence envers les enfants est encore sous-estimée. Le but de notre travail est de comprendre quelles attitudes adoptent les médecins sur le terrain, les difficultés rencontrées, ainsi que les répercussions face à ces enfants en danger.

Afin de réaliser une étude de bonne qualité, les réponses doivent être le plus spontanées possible, c'est pourquoi nous ne pouvons pas vous faire parvenir la grille de question avant l'entretien.

A la fin de notre travail nous ne manquerons pas de vous faire part de nos conclusions.

Nous vous remercions pour votre participation à notre thèse, qui nous l'espérons pourra permettre d'améliorer les pratiques.

Cordialement »

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

Introduction : “ Bonjour, je m'appelle Jennifer FONT/Charlotte POINT. Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse sur le vécu et le ressenti des médecins généralistes de Midi Pyrénées, confrontés à une situation d'enfance en danger.

Si vous êtes d'accord, je vais vous poser quelques questions de façon à vous laisser le plus possible de liberté dans vos réponses.

Cet entretien sera enregistré intégralement par un dictaphone mais il est possible que je prenne quelques notes si vous n'y voyez pas d'inconvénients. Ces données seront ensuite analysées tout en préservant votre anonymat.

Nous allons commencer par des questions d'ordre général pour poser un peu la situation.

Axe 1: Enquête sociologique et état des lieux :

- Quel est votre parcours professionnel ?

Avez-vous une qualification particulière ? (formations...)
Depuis combien de temps exercez-vous ?

- Ici, vous diriez que vous exercez plutôt en milieu rural ? semi rural ? urbain ?

- Quelle proportion représentent les consultations pédiatriques dans votre exercice ? (relevé du RIAP)

Connaissez-vous vos scores RIAP à ce sujet ?

- Que représente pour vous l'enfance en danger ?

Comment définiriez-vous un enfant en danger ?

- Y avez-vous déjà été confronté ?

Plusieurs fois ?

Je vous propose, si vous le désirez, de revenir sur une des situations auxquelles vous avez été confronté/la seule fois où vous y avez été confronté ...

Axe 2 : Vécu et ressenti du médecin face au repérage :

- Pouvez-vous nous en expliquer le contexte ? Que s'est-il passé ?

Dans cette situation, qu'est-ce qui vous à inquiété ?
Que suspectiez-vous ?

- Comment avez-vous géré cette consultation ? (de votre point de vue)

- Comment s'est déroulée plus précisément la consultation ?
- Quelles attitudes avez vous adoptées ?
- Comment vous êtes-vous senti pendant cette consultation ?
Et la famille ; Comment avez-vous géré cela avec elle ?

Axe 3 : Vécu et ressenti du médecin face à la prise en charge :
Information préoccupante /signalement :

- **Au terme de cette consultation, quelle(s) décisions avez vous prise(s) ?**

- **Expliquez-moi comment vous vous y êtes pris ?**

A qui avez-vous fait appel ? Comment et pourquoi ?

De quelles ressources disposez-vous en pratique face à cette situation (matérielles, personnelles...) ?

- **Et la famille ; Comment ont –ils réagi à ce moment là ?**

- **Comment avez-vous vécu l'organisation de cette prise en charge ? (difficultés, craintes, appréhensions...)**

Axe 4 : Et après... vécu et ressenti du médecin :

- **Et après... Quelles suites y a t-il eu à cette démarche ?**

Quels rôles avez-vous eu dans les suites de cette démarche ?

Collaboration avec d'autres professionnels ?

Implication en tant que médecin traitant ?

- **Comment se sont déroulées les autres consultations avec la famille ?**

Les avez-vous revus ? Si non : pourquoi à votre avis ?

Selon vous, quelles en ont été les répercussions ? (relation médecin-patient, image de la famille...)

- **Suite à cette (première) expérience, comment vous sentez-vous face à l'enfance en danger ?**

- **Que pourrait-il encore vous manquer pour gérer ces consultations-là ?**

Quels « outils » vous auraient aidé à mieux appréhender cette situation ?

Personnellement avez-vous des suggestions pour vous aider dans votre pratique sur ce sujet là ? (formation, support papier, contacts...)

Sous quelles formes ?

Conclusion : Voilà, c'était ma dernière question. Une synthèse un petit peu de tout ça.

Avons-nous oublié quelque chose ?

(Arrêt de l'enregistrement par dictaphone)

Je vous remercie encore de votre participation à notre étude et ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats si vous le désirez.

ANNEXE 4 : Verbatims

Entretien n°1:

I : Tout d'abord des questions un peu générales pour situer le contexte. Donc vous êtes installé depuis combien de temps ?

M1 : Alors, en 95, donc ça va faire 19ans

I : D'accord donc ici vous exercez en milieu...

M1 : Dans un cabinet, donc urbain, cabinet de groupe, on est 3 médecins, euh...que vous dire d'autre, euh...on fait de la pédiatrie à la gériatrie, j'ai une clientèle plutôt standard

I : La pédiatrie représente quelle proportion de votre clientèle ?

M1 : Alors je..., alors plus on vieillit plus ça baisse un peu (rigole), je sais pas je dirais 20%

I : Et si je vous demandais de définir justement l'enfance en danger, comment la définiriez-vous?

M1 : Euh...(sourit, regard vague), c' est un peu compliqué, euh...,le danger ça serait..., c'est danger immédiat, c'est danger au long court, est ce que..., c'est difficile à bien évaluer on peut avoir des suspicions on peut se poser des questions, après danger je vous dirais plutôt spontanément : immédiat. Maltraitance physique, psychologique, urgence de séparer un peu du milieu, voilà je dirais ça spontanément mais en fait, on peut-être en danger sur le long court, voilà.

I : Ce sont des situations auxquelles vous avez déjà été confronté ?

M1 : Alors..., pas très souvent..., j'ai été souvent confronté à des problèmes d'éducation ou des problèmes familiaux complexes mais ça dépend ce que vous appelez danger, danger à faire un signalement, une seule fois, voilà, si vous appelez danger le fait de rapidement faire un signalement et avoir un avis externe rapide une seule fois en 19 ans ce qui paraît pas énorme je pense que ça dépend, euh..., enfin ça dépend de beaucoup de choses, et voilà, mais j'espère pas m'être trop tromper souvent(rire).

I : Donc si vous le voulez bien, on va revenir sur cette seule fois où vous avez eu à faire un signalement. Est-ce que vous pouvez nous expliquer un petit peu le contexte de cette situation ?

M1 : Alors c'était une famille que je connaissais... enfin c'était un jeune couple en fait. Ils étaient très jeunes...en plus signalement c'est pas tout à fait ça j'ai pris contact avec la PMI, et en fait toute l'équipe de la PMI, la suivait déjà et allait se mettre en place un signalement, c'est pas moi qui ait envoyé un signalement au procureur. C'était un couple très jeune et visiblement..., plus perdu que...,que...,mais en étant perdu ils semblaient ne pas apporter une sécurité à l'enfant, et c'est ça qui était déstabilisant et embêtant pour moi, voilà. Ça c'est passé il y a pas mal de temps j'ai contacté la PMI dans un premier temps comme c'était pas, comment dire, y avait pas une maltraitance évidente, aigüe c'était plus l'accumulation de petites choses, et donc j'ai pris en premier lieu un contact avec la PMI et en fait le couple était connu et suivi par l'équipe et effectivement allait avoir lieu un signalement.

I : Et donc dans cette situation qu'est-ce qui vous a inquiété plus particulièrement ?

M1 : Alors l'enfant était petit c'était..., l'enfant devait avoir 6 ou 7mois c'était plutôt, euh ..., il y avait pas de coup enfin il y avait pas de traumatisme physique, c'était vraiment..., ils étaient totalement perdus et ils ne pouvaient pas apporter grand-chose hormis de l'instabilité à l'enfant. Voilà, donc c'était plus un contexte social qu'une maltraitance physique reconnue, voilà.

I : Et comment s'est passé la consultation avec la famille ?

M1 : Avec la famille..., alors ils étaient au courant comme la PMI les connaissaient ils connaissaient la PMI, donc c'était..., donc ils tombaient pas du ciel, euh..., ça s'est pas si mal passé que ça, ensuite ils ont été, ... ensuite il y a eu ce signalement. Et ensuite ils ont déménagé et donc on a perdu, enfin je pense que la PMI les a pas perdu mais moi j'ai perdu un peu le fil, mais après, ... enfin sur le moment si vous dites l'annonce de dire voilà j'ai téléphoné à la PMI parce que j'étais embêté,, pas si mal que ça (sourit), enfin, ils l'ont pas mal pris je pense qu'ils étaient vraiment totalement perdus, oui.

I : Donc le fait d'appeler la PMI, comment ça s'est passé pour vous ?

M1 : Alors d'appeler la PMI non, c'est pas très, ..., ce qui est compliqué pour nous parce que j'y ai repensé récemment, c'est que..., par exemple on a pas le numéro de téléphone , enfin on peut le trouver, le procureur de la République, mais, euh on a pas une sorte de fiche qui dirait voilà, euh si vous ne passez pas par le biais des urgences et que vous voulez faire un signalement voilà un peu la conduite à tenir et des conseils pratiques, voilà ce qui manque peut-être un tout petit peu c'est: qui j'appelle, sous quelle forme. Est-ce que je fais une déclaration écrite ou est-ce que c'est orale? Voilà c'est ce côté un peu purement pratique qui à mon avis..., aiderait. Alors peut être que ça existe, je sais qu'à chaque fois je... mais bon voilà, à la rigueur ce qui me manquerais c'est plutôt ça.

I : Donc après la famille vous ne les avez jamais revus ?

M1 : Alors si, si, ils n'ont pas déménagé dans la minute, hein ils sont pas perdus, mais 2-3mois après ils ont déménagé. Donc en fait ils ont pas interrompu le suivi que j'avais avec l'enfant, ça c'est vrai. Mais après comment dire, on les a pas pris en traître, je les ai pas envoyé aux urg... (n'a pas fini sa phrase)... enfin vous comprenez ça s'est passé..., c'était pas un cas de maltraitance aigüe je dirais, voilà, c'était plus...ils étaient...voilà, ils avaient du mal à apporter une stabilité à l'enfant quoi, voilà.

I : Et pour vous les consultations après l'appel à la PMI qu'est ce que ça a changé ?

M1 : Alors c'est un peu compliqué, enfin c'est difficile parce que par définition c'est une relation de confiance on va dire, euh, alors j'ai pas l'impression d'avoir trahi leur confiance, mais euh..., je pense que..., ça m'ai pas arrivé mais si je devais faire une déclaration, on se demande toujours si on fait bien, pas bien ,(se reprend immédiatement) enfin on déclare on juge pas, donc voilà on dit moi j'ai un doute sur

cet enfant. Je pense que ça doit laisser des traces. Donc moi j'ai pas fait de déclaration au procureur, mais..., je, je, ça doit laisser des traces qu'on ait eu raison ou tort... dans la relation avec les parents quand même, voilà, donc ça m'ai honnêtement pas arrivé jusqu'à présent.

I : Et maintenant après cette première expérience comment vous vous sentez face à ces situations d'enfants en danger ?

M1 : Je pense que, comment dire, le fait d'avoir un peu d'expérience, enfin le fait d'être installé depuis un certain nombre de temps, de connaître un certain nombre de personnes, de réseaux, fait que je gèrerais plus facilement...que si ça m'arrivait 6 mois après mon installation. Je pense que le..., je serais moins embêté pour essayer d'aborder ce problème avec les parents, il me semble, voilà. Mais bon,...., c'est une hypothèse (sourit).

I : Vous n'avez pas eu à le constater pour d'autres consultations ?

M1 : Et non enfin je, je, ..., enfin après ça veut pas dire qu'il n'y a pas eu des histoires familiales compliquées mais de là à faire un signalement..., j'ai jamais eu l'occasion ou l'idée de le refaire jusqu'à présent, voilà. Et pourtant j'ai travaillé 3 ans dans des crèches donc j'en vois passer des enfants, hein... Mais... pour le moment non, voilà.

I : Comment aborderiez vous ce thème après cette première expérience ?

M1 : Il me semble parce que... Enfin, il me semble ça doit être un peu compliqué quand même. Je pense avec un peu plus d'assurance pour exprimer mes doutes. Mais bon il faudrait le vivre pour le savoir, voilà.

I : Et là, au moment de cette première consultation, ces doutes, justement, comment vous les avez vécu ?

M1 : C'était... Par rapport à..., c'était plus la prise en charge sur le plan alimentaire la courbe de poids qui casse, le, le, ..., l'hygiène, ça m'est arrivé d'aller chez eux une fois c'était le cirque. Enfin c'était plus un problème de prise en charge au sens large qu'une maltraitance directe. Sauf que la conséquence c'était que l'enfant était un peu... presque en danger quoi. Voilà c'était plutôt ça. C'était plus l'accumulation de plusieurs choses que..., un fait aigu, précis, à un moment précis.

I : Et donc sur les outils, donc comment améliorer les pratiques ? Ça serait pour vous, faire une fiche ?

M1 : Ouai une sorte de...petite check liste, peut-être qu'elle existe, à vrai dire je sais pas si l'HAS a fait une référence mais euh..., ça serait quand même, c'est quand on en a besoin que c'est intéressant de...est ce que c'est par oral est ce que c'est par écrit ? Des choses toutes bêtes. Mais euh.... J'aurais du mal à vous répondre avec certitude. Voilà.

I : Très bien merci, donc là c'était la dernière question. Une synthèse un petit peu de tout ça. Est-ce que vous pensez qu'on a oublié quelque chose ? Il y a quelque chose d'autre que vous voudriez aborder sur ce thème ?

M1 : Je crois que c'est toujours compliqué pour un médecin traitant, parce qu'en général on connaît, enfin c'est rare quand un enfant tombe du ciel et sans qu'on connaisse...ça peut arriver si quelqu'un emménage mais... ce qui est compliqué c'est que...je pense que c'est plus facile d'être totalement neutre, c'est à dire d'arriver à un moment précis et de dire y a un risque, pas un risque, de connaître la famille ça c'est,...., je trouve que c'est assez perturbant et même pour prendre une décision ça doit être compliqué, ça ne

m'est pas arrivé vraiment mais ça doit être compliqué de faire un signalement avec quelqu'un qu'on connaît depuis longtemps. Avec l'idée de dire j'ai tort, j'ai raison. Alors je comprends bien qu'on accuse pas et qu'on dit j'ai juste un doute et c'est pas à moi de juger, mais je vous promets que les gens doivent pas le vivre comme ça(rigole) donc je pense que ça doit pas être facile mais bon euh... on s'en voudrait de pas l'avoir fait aussi donc euh...la question se pose pas vraiment, mais pffff, pas fastoche, moi je crois. Compliqué et effectivement l'idée de dire j'envoie aux urgences pour l'hospitaliser et réfléchir un peu au calme, des fois les gens veulent pas aller aux urgences, surtout dans des situations comme ça quoi. Donc la possibilité de se faire aider un peu du milieu hospitalier est pas toujours évidente, ou il peut y avoir des freins. Enfin je pense que vraiment si j'avais un doute je le signalerais, bon....

I : D'accord merci beaucoup

Entretien 2 :

I : Tout d'abord quelques questions pour poser un petit peu la situation. Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre parcours professionnel ?

M2 : Tout à fait. Donc alors j'ai passé mon bac en 90, je suis rentrée en médecine la même année. Donc ensuite j'ai eu mon concours du premier coup, j'ai fait médecine générale, j'ai fait un DU, enfin médecine générale j'ai eu un souci j'avais passé l'internat je l'ai pas eu. Donc après j'ai travaillé dans une clinique psychiatrique en tant que médecin généraliste dans une clinique psychiatrique. J'ai passé un DU d'auxologie, c'était assez intéressant. Et après j'ai voulu rentrer dans le fonctionariat, j'ai fait un remplacement de 6 mois en médecine scolaire et ensuite je suis rentrée au conseil général, en 2002, septembre 2002. Et pour rentrer au conseil général et être titularisé, il faut qu'on passe une maîtrise de santé publique, que j'ai faite en 2ans. Normalement ça peut être en 1 an, moi je l'ai fait en 2 ans pour pouvoir peaufiner mon mémoire. Et j'ai passé par ailleurs un DU de pédopsychiatrie, voilà l'enfant l'adolescent la famille, un peu la psychodynamique parce que dans mon travail je me suis aperçue qu'il manquait un peu ce versant là, un peu psychologique et de comprendre un peu certaines interactions entre les mamans et les bébés.

I : D'accord très bien. Et ici, vous diriez que vous exercez plutôt en milieu rural, semi rural, urbain ?

M2 : En milieu rural, c'est une évidence.

I : Vous avez toujours exercé par ici ?

M2 : Alors non, pas... J'ai fait des remplacements dans le Tarn, j'étais en médecine générale et j'ai travaillé un an avant d'arriver ici sur ce poste quand je suis rentrée au conseil général, 1 an au Mirail, mi temps Mirail, mi-temps Colomiers. J'ai un petit peu cette expérience du milieu un petit peu ZEP et en même temps Colomiers ou c'était un petit peu plutôt du semi rural.

I : D'accord et concernant l'enfance en danger, quelles représentations vous avez de l'enfance en danger justement ?

M2 : Une bonne représentation parce qu'on a quand même des... Et on a une habitude puisqu'on participe systématiquement à toutes les réunions quand on a des informations préoccupantes, les médecins de PMI sont en réunion pluridisciplinaire pour discuter des dossiers. Donc on a un petit peu l'habitude de ça les procédures on les connaît relativement bien. Moi mes représentations, c'est effectivement au niveau de la PMI on est positionné au niveau de la prévention, et on essaye effectivement d'aller

jusqu'au bout de ce qu'on peut proposer au niveau de l'accompagnement et quand ça peut pas fonctionner ou que réellement on sent que là, les enfants ont une problématique soit psychologique, soit de développement, c'est souvent sur le versant développemental, où là effectivement on signale ou on fait la procédure pour que ça aille plus loin.

I : Et comment vous définiriez un enfant en danger ?

M2 : Alors moi y a plusieurs critères. Il y a d'abord le développement, je suis quand même assez axé là-dessus c'est-à-dire son développement psychomoteur selon son âge. Si il y a vraiment un retard qui commence à se creuser malgré toute la stimulation qu'on a pu mettre en place, des parents qui sont pas en capacité, c'est-à-dire qu'on a pu les accompagner et on sent que malgré l'accompagnement et les conseils, l'enfant semble en souffrance. Et après la souffrance psychique, qui est quand même pour moi assez représentative de ce que peut être la maltraitance. Après si effectivement on voit des coups et blessures, il est évident qu'effectivement j'en parle avec les parents. Je suis assez à l'aise maintenant, enfin probablement depuis que je suis en PMI, je l'étais probablement pas autant quand j'ai remplacé ou avant de rentrer au conseil général, là j'avoue que maintenant je suis assez à l'aise avec le fait de discuter avec les parents de la maltraitance. Demander voilà, essayer de questionner autour, de dire attention là, et de mettre vraiment le mot « MALTRAITANCE » sur..., ou NEGLIGENCE sur certains aspects du développement de l'enfant. Ce sont des situations que je rencontre...Pas mal. Assez quand même. Je dirais pas souvent, c'est pas la grande majeure partie de notre activité, mais ça arrive assez souvent.

I : Vous auriez un chiffre à nous donner ?

M2 : De maltraitance par an, ..., allez je dois avoir facilement 5-6 cas. Venant de la PMI je parle.

I : Des négligences ?

M2 : Plus fréquemment des négligences, que de réelles maltraitances et des négligences à type de... l'accès au soin n'est pas forcément donné, il y a pas vraiment une conscience des parents de la problématique de l'enfant, d'amener les parents vers une stimulation, c'est un petit peu dans ce sens là, enfin de l'enfant, stimulation de l'enfant. C'est un petit peu compliqué parfois par rapport à certains parents. Voilà c'est ça que j'appelle moi négligences, après les négligences je dirais alimentaires et au niveau des rythmes de sommeil c'est un petit peu moins fréquent, c'est plus au niveau de l'accès au soin. C'est plus dans ce sens là.

I : Donc lorsque vous êtes confronté à ces situations de quelles ressources vous disposez en pratique ?

M2 : Alors nous on a la chance d'avoir des puéricultrices, l'avantage c'est qu'elles peuvent aller au domicile. Nous les médecins de PMI nous n'allons pas à domicile, par contre les puéricultrices peuvent aller à domicile. On met en place souvent des travailleuses familiales PMI qui elles aussi ont se rôle là, et d'apporter des conseils et entre guillemet je mets bien aussi un rôle de "contrôle", il faut être claire, moi je le présente comme ça à certaines familles, en leur disant vous savez elle va être là pour voir un petit peu comment ça se passe. Donc on a aussi cette vision là. On a parfois aussi des assistantes sociales qui peuvent aussi nous aider sur le versant un petit peu beaucoup plus global sur l'environnement de l'enfant est ce qu'il y a des difficultés financières? Est ce qu'il y a une difficulté d'insertion sociale ? Est-ce qu'il y a d'autres problématiques ? Donc ça effectivement on a cette chance là de pouvoir être aidé, et les psychologues de PMI. On a quand même accès aux

psychologues qui travaillent avec nous et qu'on peut solliciter assez facilement.

I : Très bien je vous propose que vous choisissiez une de ces situations auxquelles vous avez été confronté et qu'on revienne un petit peu plus en détail sur cette situation-là. Donc voilà est ce que vous pouvez nous expliquer le contexte. Qu'est ce qui s'est passé ?

M2 : Alors, il faut la décrire en..., vous voulez que je la décrive en détail ou...

I : Rapidement savoir un peu le contexte, qu'est-ce qui vous a inquiété ?

M2 : Donc là c'est une famille avec, ..., j'en ai plusieurs mais une en particulier parce que c'est en cours. Donc une famille avec à l'époque 2 enfants, moi j'avais connu le premier, la famille avait été très fuyante, la maman était un petit peu déficiente je dirais, elle l'ai toujours, le papa plutôt rustre dans sa façon de voir un peu les choses et l'ouverture d'esprit, il était assez rustre par rapport à ça. Donc une maman très volontaire mais assez limité, donc le plus grand on avait pu le suivre un peu en PMI mais rapidement elle a cessé de venir de façon un petit peu, voilà, détourné sans trop d'excuse, etc. On a retrouvé cet enfant en bilan d'école maternelle où là de nouveau j'ai trouvé des négligences importantes au niveau physique et du développement. Donc on a essayé de raccrocher un petit peu cette maman ce qui a été un peu compliqué. La seule personne ressource qu'on avait trouvée c'était une tante paternelle et la grand-mère paternelle. Donc nous retrouvons cette famille, elle a à nouveau fuit un petit peu, nous retrouvons cette famille quelques temps après avec un nouveau bébé. Nous avons été alerté, nous avons essayé de suivre la grossesse de cette maman qui a été très fuyante. On a été appelé par l'hôpital pour une petite qui a 15 jours a fait une bronchiolite gravissime, elle a été hospitalisée 3 semaines, avec perte de poids de façon assez importante. On a été alerté parce que la maman avait un problème d'hygiène ce qui était déjà constaté sur le premier enfant. Donc là, j'ai dit écoutez on a déjà l'expérience du premier, là on a posé les jalons, là j'ai dit voilà cet enfant ne retourne pas chez lui, chez elle si il n'y a pas effectivement quelque chose de jalonné, donc on a fait appel à la tante. J'ai bien expliqué ça avec l'hôpital on a bien travaillé en lien. J'ai expliqué ça, on a appelé la tante qui était ressource on a vu avec elle comment on pouvait faire, elle a pris les enfants, elle a demandé à être tiers digne de confiance. C'est elle qui prenait les décisions en accord avec les parents. Mais les enfants étaient chez elles, parce qu'il y avait un problème au domicile qui était mais alors important, avec des biberons qui n'était pas lavés, avec les poubelles qui traînaient, les couches par terre, enfin bon on en était un petit peu là. Donc on a suivi cette famille de très près. Donc il y a eu une double, ça a été très important cette..., la façon de suivre la famille, c'est vraiment PMI et psychologue PMI. Donc on suivait les enfants vraiment en tandem, chaque consultation avec la psychologue, ça a été très intéressant. Donc on a suivi cette famille un moment, l'enfant a eu un an, on a été un petit peu alerté par son retard de développement, la famille voulait pas la travailleuse familiale, ils étaient assez réticent pour tout ce qui était un petit peu stimulation, la crèche. On a pas pu mettre en place la crèche il y avait vraiment de trop grosse réticence. Et donc à l'âge de 18 mois on fait un premier Lesing, qui est un test de développement, je sais pas si vous connaissez, qui nous a permis d'objectiver réellement. Nous on était persuadé, on était sûr de ce retard, les parents ils pouvaient pas l'entendre, donc là on l'a objectivé, on a été jusque-là pour objectiver effectivement le retard, en disant là on a 6mois de retard. La famille est partie, elle est partie dans un autre département, dans la famille de madame. Elle revient, 1 an après avec un 3^e bébé. En disant effectivement, j'avais été

appelé par l'autre département en disant vous les connaissez bien, je dis oui (sourit) je les connais très bien. Donc les parents reviennent en disant on voudrait cette fois un suivi avec vous, et vraiment que vous nous accompagniez. Pas de problème. Donc alerté par le premier, deuxième, la troisième, donc là j'ai dit bon... j'ai vraiment jalonné en disant là on va mettre en place une travailleuse familiale, on va mettre en place la crèche. La travailleuse familiale on y est toujours pas arrivé, ça n'a pas été possible, c'est difficile qu'il y ait quelqu'un qui vienne chez eux, c'est assez compliqué. Ils vivent actuellement chez la tante paternelle qui elle-même a des problèmes de santé, donc la dernière a un retard de développement qui paraît à peu près identifier de l'ordre de 6 mois, elle a 19 mois actuellement. Et donc là on avait déjà fait un premier signalement, avant qu'ils partent dans l'autre département, c'est pour ça qu'ils se sont enfui, qui a abouti à une aide éducative par la justice, parce qu'ils n'avaient pas accepté l'aide éducative par le conseil général de façon administrative. Et la justice qui est toujours en cours. Nous l'avons étendu au 3^e enfant et là actuellement on parle aussi, parce qu'on est à un point où les enfants n'évoluent pas, le plus grand a des soucis à l'école et de comportement, et de, voilà, même de soucis même lui de développement psychique, je pense que psychologiquement c'est difficile, donc là on en est où on va faire un autre signalement. Nous notre positionnement c'est dire voilà, on a fait ça, on a fait ça, on a fait ça, maintenant il faut que la justice se saisisse un petit peu et de voir comment on peut réellement protéger les enfants.

I : Donc là justement quand ils sont revenus, là, avec ce 3^e enfant, comment vous vous êtes senti lors de cette consultation ?

M2 : Alors pas du tout mal à l'aise. J'étais très à l'aise parce que j'avais posé les choses le fait d'avoir pu poser un cadre, et de pouvoir dire attention, là je ne dis pas que vous ne pouvez pas, que vous ne faites pas de façon volontaire, c'est que vous ne pouvez pas. J'ai bien expliqué à la maman, je l'ai clairement dit avec le papa aussi, en disant à la maman vous êtes limité dans votre rôle parental et y a des personnes qui doivent prendre le relais. Moi, j'avais été très claire avec ça au moment de faire le signalement je leur avais vraiment posé en tout cas ma façon de voir les choses et surtout d'un point de vue de l'enfant qui était quand même pour moi en risque, pour moi-même en danger, en tout cas en risque clair de danger. Et voilà, donc je pense qu'ils sont revenus aussi parce qu'ils ont dit on veut être suivi à nouveau par le docteur X, donc je pense que j'ai pas dû les effrayer tant que ça. Et là j'ai été claire quand ils sont revenus en disant voilà, on est bien d'accord vous revenez avec un 3^e enfant. Le 3^e enfant est quand même revenu avec une hypoglycémie, il a été hospitalisé, la dernière a été hospitalisée pour hypoglycémie grave. Voilà, alors j'ai reposé un petit peu tout ça, en disant voilà y a des choses quand même qui sont objectives et voilà je peux pas vous laisser comment ça, et c'était très claire que j'étais dans un rôle de prévention et de contrôle, j'ai vraiment mis la double casquette. Et ça c'était très clair, enfin j'ai été on ne peut plus claire.

I : Au tout début, avec leur premier enfant, comment c'est passé la prise en charge ?

M2 : Alors ça a été plus difficile dans le repérage. Moi je dirais que c'était plus, moi j'avais du mal à pouvoir me repérer est ce que c'était réellement des limites des parents, est ce que c'était une volonté ou du droit commun de dire bin moi j'ai pas besoin de la PMI j'ai des ressources à côté, ce qui est possible on est du droit commun quand même les gens ont le droit de refuser notre prise en charge, euh, voilà, j'ai eu du mal à repérer, ça a été plus une histoire de repérage, et après j'ai pu poser les jalons du fait de

l'historique, du fait d'avoir suivi un petit peu cette famille à un moment où là il doit y avoir quelque chose. Donc là effectivement je refais un peu l'histoire des parents, où je me suis posée un petit peu plus avec eux, et effectivement il y a une réelle déficience et un problème de parentalité chez les 2.

I : Et sur la relation avec les parents depuis le début, vous avez vu leur premier enfant et puis ils reviennent avec le dernier, comment à évoluer cette relation ?

M2 : Alors je crois qu'il y a une relation de, ..., de transparence de ma part. Parce que moi j'ai été très claire je leur ai posé les choses mais alors avec des mots très clairs qui sont entendable pour eux, parce que je commence à la connaître, après la mère a su me dire qu'effectivement elle me vivait comme du contrôle. Qu'elle était contente que je puisse l'accompagner parce qu'elle voit aussi ce que ça peut donner sur les enfants, ils ont très vite vu que tout ce qu'on avait mis en place pouvait donner des résultats mais à côté de ça elle a bien été claire en disant je sais que vous êtes là pour me contrôler. Et je m'étais positionné en tant que tel. Je pense qu'elle a bien répercuté ce que j'ai pu lui dire.

I : Au tout début pour poser justement ce diagnostic, qu'est-ce qui vous a fait douter ? De quoi vous auriez eu besoin peut être pour lancer des mesures plus rapidement peut être ?

M2 : Alors je pense que moi effectivement j'aurais peut être aimé rentrer un petit peu plus facilement dans la famille, ça a été difficile pour eux, puisqu'ils voulaient pas, c'était très intrusif, je vous ai dit le travail sur place à toujours pas pu se faire, c'est difficile de rentrer au domicile, et le côté très fuyant des parents. J'aurais peut-être eu besoin effectivement, dans cette situation, et je l'ai pas fait, maintenant je le fais plus facilement, de pouvoir me concerter avec mes collègues, dire dans cette situation qu'est-ce que vous en pensez? Est-ce qu'on aurait dû, euh, voilà peut-être alerter plus tôt la psychologue? Est-ce qu'on aurait pu les amener vers là plus rapidement? Est-ce que, voilà. J'avoue que j'ai peut-être pas, ..., je me suis peut-être pas assez posé sur la situation peut être j'ai pas pris le temps de pouvoir analyser cette situation de façon un peu plus, euh, précise. Je pense que j'ai pas pris ce temps-là, de la réflexion.

I : Cette période de doute, de suspicion comment l'avez-vous vécu ?

M2 : (Soupir) Ça a été difficile dans le sens, de me dire y a quand même quelque chose. Difficile dans le sens ou, euh, bon, je, y avait quand même des personnes ressources derrière, ça c'était clair mais après je me disais est ce qu'il y a réellement un suivi, un œil médical ou paramédical sur cet enfant pour suivre son développement. Et ça j'étais pas sur de ça, et bon il était pas non plus, y avait pas de notion de danger immédiat. Il y avait un risque mais il n'y avait pas de notion de danger. Alors je me suis dit on va voir un petit peu ce qu'il en ait, on avait fait des propositions, parce qu'il a fallu du temps avant que les parents, bin ils viennent pas au premier rendez-vous, on reconvoque, le 2^e, ça prend du temps, on essaye de les relancer, de les rappeler, jusqu'à ce qu'on puisse les revoir en école maternelle. Donc ça a été un peu long aussi parce qu'on s'est donné les moyens aussi d'essayer de les recontacter, sans qu'il y ait de retour. Ça a donné des arguments aussi à un moment pour dire bon bin là maintenant vous avez pas répondu, on a essayé de vous solliciter, maintenant ça serait important qu'on puisse vous voir un peu plus.

I : Donc là quand ils sont revenus avec leur 3^e enfant, au terme de la première consultation, quelle décision vous avez prise concrètement ?

M2 : Moi ce que j'ai signalé c'est que je veux que là, puisqu'il y a avait déjà une mesure sur les 2 plus grands, qu'il y ait la mesure sur la 3^e. Ça me paraissait évident parce que la famille n'avait pas évolué, en tout cas dans leur responsabilité parentale. Si j'avais eu ne serait-ce que me dire cette maman a pu évoluer, je pense qu'effectivement, euh, un accompagnement PMI aurait été possible. Là pour moi, c'était pas possible, aux vues de l'historique et aux vues effectivement du, ..., du retard de développement, parce qu'elle avait très très rapidement, elle a montré des signes de retard de développement, y avait pas la même stimulation. La tante ayant des problèmes de santé y a pas la même stimulation et je crois que la maman n'est pas en capacité de pouvoir apporter un maternage suffisant. Donc effectivement ça a été très rapide pour mettre la mesure judiciaire sur la 3^e et très rapidement j'ai mis les jalons pour la socialisation, suivi PMI rapproché, et la puéricultrice qui va à domicile, et ça se fait toujours la puéricultrice y va régulièrement à domicile.

I : Et techniquement pour le signalement, comment ça se passe comment vous vous y êtes pris ?

M2 : Alors nous en fait, on fait un rapport on a un service, qui s'appelle le service d'enfant en danger, au niveau du conseil général donc on le passe nous en commission, c'est-à-dire qu'on a fait une commission pluridisciplinaire qui se passe chaque semaine dans chaque MDS et en fonction des conclusions qu'on a on renvoie effectivement au niveau de ce service enfance en danger. Donc là, on l'a renvoyé, qui eux ont renvoyé, effectivement ils ont renvoyé à l'organisme en leur disant voilà ce que disent les travailleurs, y a une audience effectivement, enfin les parents n'ont pas eu de problématique à ce que la 3^e soit prise aussi, il y a eu une petite réticence au tout début en disant mais elle va bien, là je leur dis non je suis désolée. Je leur ai bien montré clairement et c'était absolument objectif qu'elle était en retard et quand ils ont été à la crèche effectivement de voir d'autres enfants qui ont pas le même retard de développement, ça leur a fait prendre conscience du retard.

I : D'accord, et maintenant comment se passe le suivi avec la famille ?

M2 : Alors le suivi commence à s'étioler. En fait je crois que c'est une famille, et ça arrive beaucoup dans nos familles, c'est que quand elles sentent que l'étau commence à se resserrer un petit peu et que les jalons disent attention, ça, ça, ça, nous on trouve que là ils sont en danger, ils commencent à avoir un retard de développement, on commence à leur dire voilà ça va pas trop, y a des soucis à l'école pour le plus grand, la 2^e aussi commence à avoir des soucis à l'école de concentration. Là on commence à dire là écoutez on va essayer de voir d'autres solutions que ce qu'on a mis en place à l'heure actuelle. Effectivement là je pense que les parents, ça fait plusieurs rendez-vous manqués, ils commencent comme ça, y a des rendez-vous manqués mais là on va se réunir avec les organismes qui suivent la situation pour faire le point, d'ailleurs ça va se faire la semaine prochaine.

I : Il y a toujours un suivi à domicile par contre

M2 : Oui, oui, la puéricultrice très régulièrement elle y va, et actuellement c'est très difficile de rentrer à la maison, ils veulent pas la laisser entrer, souvent c'est sur le pas de la porte ou vraiment entre 2 chaises, vraiment très compliqué.

I : Et donc là, dans l'hypothèse où vous ne pourriez plus rentrer chez eux et qu'ils ne viennent plus en consultation, comment ça va se passer ?

M2 : Alors il y a un organisme, quand je parle d'aide éducative en milieu ouvert, c'est-à-dire que c'est un organisme qui est, euh, qui a été demandé par la justice, c'est en fait une, une, ..., une aide éducative mais par la justice, donc là il y a quand même un côté de contrôle et de justice, donc là on va demander à ce qu'il y ait réellement une réévaluation de ce qui se passe à la maison, parce que si on peut pas y aller il faut quand même qu'un organisme puisse y rentrer. Là ils n'auront pas le choix. Nous on a pas de mandatement il faut que ce soit la justice qui puisse demander expressément qu'on regarde ce qui se passe un peu à la maison et en fonction de ça, nous on partait quand même à l'heure actuelle sur un placement en particulier du grand qui commence à manifester réellement des difficultés relationnelles importantes et qui malgré ses capacités, bin à l'école a beaucoup de mal, du fait de ce parasitage par rapport à son comportement.

I : Donc dans toutes les démarches après une fois que le coté judiciaire ait été mis en place, quel rôle avez vous eu dans les suites des démarches ?

M2 : Nous on travaille là en très étroite collaboration avec le Conseil Général surtout lorsqu'il y a des tout petits.

I : D'accord

M2 : Puis cette famille j'avoue que je ne la lâcherais pas, j'avoue. Enfin maintenant que j'ai posé les jalons, même si après je connais leur fonctionnement ils savent comment je fonctionne aussi, donc je pense qu'après il faut à un moment pouvoir dire les choses, et dire voilà, là maintenant on est arrivé au bout de ce qu'on a pu vous proposer, là il faut aller vers autre chose. Ça avait déjà été évoqué, c'est pas la première fois, ça va pas sortir du chapeau en disant voilà maintenant on va placer les enfants enfin c'est ce qu'on pense. C'est pas sûr qu'on soit suivi par le juge des enfants. Mais en tout cas nous ça va être la proposition qu'on va faire.

I : Ce sont des choses qui ont été évoqués avec la puéricultrice à domicile ?

M2 : Tout à fait, et même ici en consultation. J'ai été très claire, enfin de ce côté-là.

I : Et la réaction des parents...

M2 : Dès qu'on commence à parler de placement, effectivement ils se conforment à ce qu'on demande, la petite va très régulièrement à la crèche, parce qu'à un moment elle n'y allait pas tout le temps, là elle y va très régulièrement, voilà ils reviennent un petit peu en consultation. Mais après un moment il faut se dire que voilà on arrive à un point où c'est compliqué. Les parents ont du mal à l'entendre, c'est claire que c'est quelque chose qu'ils ont beaucoup, beaucoup de mal à entendre, parce que la mère elle-même a été placée plus jeune, le père non mais la mère a été placée. Donc c'est quelque chose qu'elle a du mal à pouvoir entendre mais à côté de ça je crois qu'à un moment il faut savoir protéger l'enfant.

I : Maintenant avec toutes vos années d'expériences, notamment en PMI, comment vous vous sentez face à ces situations-là ?

M2 : Personnellement je trouve que c'est compliqué certes mais je suis plus à l'aise dans le fait de pouvoir évoquer avec les parents une situation de maltraitance que ce soit

négligence ou maltraitance grave. Je suis quand même plus à l'aise de pouvoir l'évoqué avec eux. Autant avant c'était compliqué de pouvoir y arriver, la réticence des parents, un petit peu la peur de leur réaction il faut être clair, là maintenant je suis beaucoup plus à l'aise, mais c'est toujours très difficile, c'est à dire que ça fait parti des situations qui vous reste en tête même quand vous êtes à la maison, c'est-à-dire que quand vous avez enlevé la blouse ou ce que vous,..., on a passé le pas c'est parfois compliqué.

I : De quoi auriez vous besoin pour gérer ces situations ?

M2 : Oui moi il me faudrait peut-être, moi je dis il faudrait peut-être de la supervision, parfois ça serait intéressant. On l'a demandé à plusieurs reprises d'avoir des moments de supervision pour pouvoir un petit peu évoqué,... peut-être se remettre en question par rapport à nous, nos propres représentations, est ce que c'est euh, voilà. Je pense que ça devrait être de ce domaine là, on l'a demandé, je pense que là c'est ce qui me manque réellement. Et encore, je vais refaire un diplôme universitaire concernant la pédopsychiatrie, parce que voilà je trouve qu'il nous manque un peu ce côté psychologique, afin de pouvoir appréhender certaine situation dans l'interaction dans le développement psychologique de l'enfant, il manque un petit peu tout ça et là j'aimerais continuer un peu tout ça avec tout ce qui est adolescent parce qu'on a quand même pas mal de femmes enceintes adolescentes et on a aussi des problématiques d'approche qui sont particulières.

I : Pour améliorer un petit peu la prise en charge le dépistage de l'enfant en danger...

M2 : C'est ça de pouvoir peut être faire le repérage plus facilement, j'avoue c'est plus dans le repérage, où je me dis parfois il me faut du temps pour me dire une fois, deux fois qu'elle me dit ça, trois fois que je constate ça, voilà, que là peut être du fait d'avoir fait le premier DU, m'aide un petit peu plus à mettre des mots dessus et à pouvoir réellement le dépister peut être plus facilement.

I : Dans la formation médicale, que pourrions nous faire pour améliorer ces pratiques ?

M2 : Je pense qu'il faudrait réellement abordé, moi je pense que la maltraitance devrait réellement être abordé en tant que telle, au niveau des troubles du développement de l'enfant, je sais pas si on insiste vraiment dessus, moi on m'a demandé à voir plusieurs formations. On a la chance d'avoir un membre de l'UHED de Toulouse qui nous a fait pas mal de formations là-dessus et c'est vrai qu'on est un petit peu plus à l'aise pour pouvoir orienter et avoir peut être plusieurs points de vue quand on a un doute sur une famille.

I : Très bien merci. C'était ma dernière question. Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter ? Est-ce que vous pensez qu'on a oublié quelque chose ?

M2 : Alors moi simplement, alors quand je parlais moi dans les études, je reçois moi des internes en médecine générale, et j'essaie justement, d'ailleurs l'interne qui va bientôt finir, de pouvoir donner une certaine sensibilisation vis-à-vis de ça. C'est-à-dire que je pense que c'est important en tant que médecin, on est parfois les premiers recours pour les enfants, d'essayé d'être attentif à un petit quelque chose qui nous tracasse, d'essayer d'y revenir, de reconvoquer la famille, d'avoir un peu cette sensibilité de dire attention il faut pas que je me dise, bon bin non ça va changer, il va grandir ça va aller mieux, je crois qu'il faut pas hésiter quand on a quelque chose qui nous alerte à essayer de pousser un petit peu plus loin soit le questionnement, soit l'interrogatoire soit l'examen de l'enfant peut être. Je pense que dans nos études, enfin les études de médecine générale comme elles

sont faites actuellement, elles sont de très bonne qualité, il y a vraiment quelque chose de très proche de ce qu'on fait dans la pratique, et je trouve que ça serait important de pouvoir aussi sensibiliser, peut être aussi dans nos formations ou je sais pas je crois que vous avez des réunions entre vous, (sourit), ça serait intéressant de pouvoir évoquer ce genre de situation pour que ce soit dédramatisé, qu'on se dise voilà y a des choses à faire. C'est pas de se dire voilà l'enfant va évoluer, ça va aller mieux. Il faut même parfois se dire bin non là il faut essayer de pousser un petit peu plus et d'alerter. Voilà ce que j'avais à dire.

I : Je vous remercie.

Entretien n° 3 :

I : Nous allons commencer par des questions d'ordre général pour poser la situation donc, pouvez vous nous exposer votre parcours professionnel ?

M3 : *Mon parcours professionnel !! Alors, j'ai eu ma thèse en 99 je crois ou 2000. J'ai fait 1 an de remplacements et là je suis installé depuis 11 ans à Pamiers en semi-rural en association avec deux autres médecins...dans un cabinet multidisciplinaire où il y a des kinés et des infirmières. Et après, je suis maître de stage depuis...(réfléchit)...depuis 8ans, j'ai eu un stagiaire premier niveau pendant les premières années puis depuis quatre ans j'ai un saspas et un gynéco- pédi et je travaille avec, dans le cadre du gynéco-pédia, avec un médecin de PMI et un gynéco libéral*

I : Justement les consultations de pédiatrie, vous diriez qu'elles représentent quel pourcentage de l'ensemble de vos consultations?

M3 : *Alors si on prend la pédiatrie large c'est à dire les moins de 16ans, sur mon relevé cela représente 60% de mon activité. Pour les moins de 16ans, après euh...je ne relève pas exactement par...par tranches, mais c'est à peu près ça. I : Concernant la maltraitance et l'enfance en danger, ce qui va nous intéresser particulièrement, est ce que ce sont des situations auxquelles vous avez été confrontés?*

M3 : *Oui, pas de façon régulière mais oui!*

I : Pourriez vous définir ce qu'est l'enfance en danger pour vous?

M3 : *(sourit) Euh...je suis rarement confronté à de la maltraitance physique euh...violente, enfin par des violences euh...on va dire physique, c'est plus...enfin...pour l'instant les cas auxquels j'ai été confronté ça a été plus souvent des violences psychologiques ou des épuisements parentaux qui entraînaient un trouble, surtout, dans le soin, dans...dans la prise en charge de l'enfant dans euh...Après de la violence physique, je pense que j'en ai vu deux ou trois, pour lesquels on est intervenu et euh...(réfléchit) euh...mais après c'était souvent un épuisement parental donc euh...souvent euh...plus de la maltraitance psychologique. Enfin, psychologique euh...plutôt carence de soins, difficultés de soins.*

I : Je vous propose de revenir sur une de ces situations, celle que vous voulez...

M3 : *(sourit puis souffle)...C'est difficile! Euh...j'ai eu aussi le cas d'une dénonciation extérieure, par une crèche où en fait il n'y avait pas de maltraitance mais il y a eu un placement d'urgence des enfants aussi. Où il a fallu aussi, au contraire, accompagner les parents dans les démarches administratives pour démontrer l'absence de maltraitance. Donc il a fallu sortir des certificats, comme quoi ils l'amenaient régulièrement, qu'il était bien à jour des*

vaccinations, qu'on avait rien noté de particulier, etc. Un cas en particulier ? Euh...moi je trouve que pour mon activité, je prendrais plutôt le cas d'un enfant, effectivement, chez des parents qui ont été un peu débordés et euh...voilà.

I : Pouvez vous nous en expliquer le contexte ?

M3: Bein...C'était un couple de jeunes parents. Je pense que la mère devait avoir 22ans et le père, il était plus âgé, il devait avoir une trentaine d'années. Euh...il n'y avait pas de problèmes de couples particuliers. Puis suite à la naissance...de l'enfant, le père a été...qui avait un travail de nuit, s'est retrouvé au chômage. Et donc en fait, il consultait assez régulièrement mais très rapidement il y a eu un épuisement maternel. Elle, elle venait seule aux consultations. Euh...il y a eu un épuisement maternel, euh...assez évident à trouver. Euh...dès la visite du premier mois, en fait euh je l'ai vu parce qu'elle avait voulu l'allaiter, donc je l'ai vu assez rapidement, puis l'allaitement se passait pas bien. Euh...et rapidement, en fait même en passant sous une alimentation artificielle, elle a commencé à éprouver de grandes difficultés, puis elle a commencé à décrire euh...des difficultés à la maison, par rapport à son mari qui ne dormait plus, qui avait plongé dans la toxicomanie. Et euh...finalement en dialoguant avec elle, petit à petit, elle se sentait débordée par cet enfant, par la situation personnelle et euh, de grosses difficultés à s'apaiser pour s'occuper de l'enfant. Ce qui fait que, en accord avec la maman, on a décidé de faire intervenir les services sociaux. Donc on a fait une déclaration de vigilance et euh...les services sociaux sont intervenus, avec des éducateurs qui sont passés à domicile, pour essayer de l'aider un petit peu. Voilà. Ça n'a pas été forcément très bien accepté par le mari mais ça s'est plutôt bien passé, dans l'absolu. Malheureusement, cela a permis de solutionner les choses euh...(réfléchit) pour ce premier enfant, enfin de surveiller les choses pour cet enfant qui n'a finalement pas été placé, par contre elle est retombée enceinte avant la deuxième année du petit et elle est passée, enfin elle a fait le suivi pédiatrique avec mon associé et puis elle est retombée enceinte et donc je l'ai perdu de vue pendant euh (réfléchit) pendant neuf à douze mois et après j'ai été contacté par le CHIVA, par le pédiatre du CHIVA qui m'a demandé si j'acceptais de la prendre en charge pour une sortie précoce au deuxième jour post accouchement. Puisqu'il y avait un protocole avec le CHIVA où on faisait des sorties précoces. Et donc, j'ai refusé en expliquant qu'il y avait déjà eu de gros problèmes au cours du premier. Et finalement il y a eu un nouveau signalement qui a été fait, directement, alors conjointement par le pédiatre et par moi auprès de la PMI. Là, par contre la situation s'est rapidement dégradée et il y a eu un placement des deux enfants. Finalement !! (sourit)

I : C'était une famille que vous suiviez déjà, enfin les parents?

M3: Oui, oui, oui, je suivais déjà les parents. Enfin je suivais beaucoup la mère, le père, très...enfin moins souvent, mais bon c'étaient des patients jeunes, donc c'est pas...oui ils n'avaient pas la nécessité de venir me voir tous les quinze jours. Voilà, oui je les suivais en amont oui. En amont et le début de la grossesse pour la première grossesse.

I : Le fait d'être déjà le médecin des parents, est ce que, pour vous, ça a été quelque chose de plus difficile pour prendre en charge ces enfants?

M3 : Alors, euh...comme je disais, je ne suis pas confronté forcément à des maltraitements physiques qui nécessitent des interventions en urgence. Les rares fois où ça s'est présenté, c'était assez...euh...assez évident. Ça a été sur des dénonciations d'enfants en direct donc, euh...voilà. Moi, je trouve que c'est plus facile quand on suit les parents parce

que, à mon sens, on arrive plus facilement à évoquer cette euh...cette difficulté qu'ils ont à s'occuper de l'enfant et euh...finalement quand on leur propose une aide extérieure, je trouve qu'ils l'acceptent plus facilement parce que justement on a..., enfin, on est dans une relation antérieure. Donc, moi j'ai trouvé que c'était plutôt...enfin, pour les cas, puisque bon, c'est pas le seul, mais pour les cas où justement les parents étaient débordés, j'ai trouvé ça beaucoup plus facile de leur dire : "bon, bein, voilà, on a peut être une solution de faire intervenir quelqu'un d'extérieur!" et quelques fois, c'est arrivé euh... de façon un peu excessive, où ça m'est arrivé de dire : "bein, vous savez, il vaut peut être mieux que vous preniez les choses en charge maintenant, plutôt que ce soit la crèche, le voisin, ou quelqu'un qui va voir que ça se passe mal, qui fait faire une...une...(réfléchit), une dénonciation ou un signalement et où là, par contre, le signalement vous en perdrez un peu les tenants et les aboutissants. C'est à dire que s'il y a un signalement, fait par quelqu'un extérieur, souvent le placement est quand même décidé rapidement." Enfin, c'est façon de parler, parce que ce n'est pas vraiment la vérité... Bon! (souponne)

Donc, ça leur permet de garder une certaine...même s'ils se sentent débordés, ça leur permet de garder une maîtrise, une compréhension de pourquoi on a mis en place quelque chose. Donc je trouve que c'est plus facile de les suivre! Euh...C'est beaucoup plus compliqué, quand on voit...quand on se retrouve dans des situations où on s'aperçoit qu'il y a quand même un problème. Cela m'est arrivé sur une visite à domicile pour un problème tout à fait extérieur où en fait le père avait un syndrome paranoïde évident, et là par contre c'était la deuxième fois que je voyais l'enfant, je...Là, par contre, c'est beaucoup plus compliqué parce qu'on est pas dans une relation de confiance avec les parents et là, par contre, le signalement, il doit être fait de façon rapide. Là, je trouve ça, plus compliqué, parce que justement, nous, on est tenu de le faire et les parents ne comprennent pas trop, enfin ont l'impression qu'on a un jugement. Donc, c'est pas... Moi j'ai trouvé plus facile chez des patients que je connaissais. Même si dans la majorité des cas, euh...suite au signalement, à plus ou moins longue échéance, j'ai euh... j'ai perdu euh...enfin j'ai perdu?, c'est pas moi qui ai continué à faire le suivi à l'issue. Mais souvent, cela a été mes associés, ils n'ont pas forcément quitté le cabinet mais c'est plus moi qui les ai suivis après.

I : Le fait que ce ne soit pas vous qui ayez continué le suivi, pensez vous que cela vient du fait que vous avez entamé ces démarches pour protéger l'enfant, qu'est ce que cela a changé quelque chose dans la relation avec vos patients?

M3: Cela a changé quelque chose parce que cela a donné un aspect un peu...enfin, je pense que ça a changé deux choses. La première, c'est que finalement ils ont avoué une énorme difficulté que psychologiquement ils euh...même si ça leur a fait du bien de l'avouer, derrière ils se sont sentis quand même, à mon sens hein, ça c'est très personnel, je ne veux pas faire de la psychanalyse hein, c'est pas mon style, je ne suis pas du tout psychologue. Mais voilà, j'ai l'impression qu'en fait il y a eu deux choses. La première chose, c'est que quand même, une fois que les difficultés sont passées, ils se sont souvent jugés déficitaires et je crois que ça a été difficile pour eux de revenir, avec ce côté un peu : " On a été déficitaires, comment est ce que maintenant il va juger la suite?". La deuxième chose, c'est qu'on prend quand même un aspect, un peu légal, même si on est pas euh...on va dire le médecin expert qui va fixer le cadre, même si on est pas le médecin de PMI qui va assurer le suivi de l'enfant par rapport à ce signalement, je crois que cela nous donne quand même euh...la PMI va prendre contact avec nous, les éducateurs vont prendre contact avec nous, euh...la levée du suivi va être "avalisé" par nous, et je crois qu'on prend un peu un côté..., un peu légis...législatif et je

crois que ça ils ont plus de difficultés à l'accepter. Je crois qu'après c'est difficile de repasser de ce côté, où on a été "non-signalé" parce que, comme je disais, dans la plupart des cas, j'ai prévenu les parents que j'allais le faire et les parents étaient d'accord. Donc ils savent que je suis à l'origine et euh...ils savent que je deviens le contact pour le médecin de PMI qui va assurer la guidance et ça par contre, je crois qu'après ils ont du mal à repasser sous une relation de soins en dehors de ce côté là. Donc je crois que c'est cela qui a dû jouer! Je pense qu'il y aurait eu un...un rejet complet, ils seraient partis. Je ne les aurai pas revus. Les patients chez qui finalement, euh...dont je parlais tout à l'heure, pour qui les deux enfants ont été placés, ceux là sont partis du cabinet et complètement. Après, ils sont repartis dans leur famille etc... mais bon, il y a eu d'autres soucis mais bon, voilà. Je crois qu'effectivement pour ceux qui sont restés, c'est cet aspect là, qui les a amené à changer. Ce qui n'empêchait pas que je voyais les enfants pour des épisodes aigus, mais je crois que voilà, ce côté un peu...légal a été peut être délétère aussi.

I : Au moment où vous avez détecté ces souffrances, quelles ont été vos difficultés concernant la prise en charge?

M3: Alors! C'est très compliqué (sourit). En fait, c'est euh...extrêmement compliqué parce que, enfin à mon sens, parce qu'on fait...on est quand même tenu de faire un signalement auprès du médecin de la DASS, qu'on arrive plus ou moins à avoir en direct au téléphone, après il faut faxer, après le procureur etc, etc, donc la démarche n'est pas...enfin elle est bien codifiée mais elle n'est pas forcément simple et on a quelque fois l'impression quand les parents acceptent la prise en charge, quoi qu'on fasse finalement il euh...il y a un délai et ce délai peut...peut trainer, parfois plus de trois semaines- un mois et là il y a quand même un délai qui fait que les parents sont venus, ils ont fini par acter la prise en charge et là vous avez trois semaines – un mois où là, rien ne se passe. Là, c'est vrai que c'est un petit peu délétère car vous les revoyez...comme je disais, pour le cas précédent, le père était (réfléchit), plus réticent à cette aide extérieure donc, euh...(réfléchit) là pour eux, ça m'a pris cinq semaines avant qu'ils aient la première visite des éducateurs et là j'ai trouvé ça long! Sachant qu'en fait si on faisait un signalement par euh..., j'ai mon confrère qui en a fait un très récemment, voila. Là, par contre ça a été une dénonciation de la part de la grand mère. Donc, lui est passé directement par le procureur, là ça c'est fait beaucoup plus rapidement. Voila quoi! C'est vrai que quand on essaie de passer dans cette démarche de le...de le conceptualiser, de l'accepter, finalement on a un délai, alors que la situation est quand même aigue. Il y a un délai qui est quand même un petit peu délétère.

I : Concrètement dans ces situations, comment faites vous quand vous êtes face à l'enfant ?

M3 : Alors concrètement, moi je fais quand même un signalement à la...au médecin de la DDAS. Je l'appelle et après en général il me demande à ce que je lui envoie un fax, avec un double au procureur de la République. En général, on fait comme ça! Et après, c'est le procureur de la République ou le médecin de la DDAS qui va contacter le médecin de la PMI et le médecin de PMI va m'appeler pour avoir des renseignements complémentaires. Donc moi, je ne me mets pas...pourtant je la connais hein, le médecin de PMI...mais bon voilà, nous on fonctionne comme ça! Mais c'est pas moi qui me met en contact avec la PMI, je lance la procédure et c'est quand la procédure est actée que ça va redescendre sur le médecin de PMI. Parce que si j'appelle directement le médecin de PMI, il ne peut rien faire, lui, tant qu'il n'est pas "accrédité". C'est à dire que même si je l'appelle en lui disant : "il faudrait que tu envoies", si elle n'est pas accréditée, elle ne peut pas le faire! Ou alors, il faudrait

que j'envoie les patients consulter en PMI. Ce qui en général, n'est pas...Il l'ont dit à quelqu'un, ils ne vont pas le répéter vingt cinq fois...

I : Là, à l'heure actuelle, face à ces enfants là, comment vous sentez vous lorsque vous êtes confronté à une nouvelle situation?

M3 : (soupire)... ça reste quelque chose d'un peu difficile parce qu'on les...euh...on a des éléments indirects, comme je le disais, on est rarement confrontés à de la violence physique. Enfin, à mon sens, je suis rarement confronté, me semble t-il, à de la violence physique ou alors c'est comme pour les femmes battues, je passe à coter régulièrement. Euh...Oui c'est compliqué, parce que euh...(réfléchit). Ça reste compliqué parce que c'est quand même une...une procédure qui reste lourde et c'est pas évident pour les gens de venir expliquer leurs difficultés. Et euh...Oui ça reste compliqué.

I : Quels seraient les outils qui vous manqueraient pour mieux appréhender ces situations?

M3 : Une fois qu'on la fait une fois, la démarche est relativement bien codifiée. En plus, moi je travaille dans un petit département où tout le monde, plus ou moins, se connaît. Donc euh...le tout c'est d'arriver à le faire la première fois. Après, la démarche, elle même, elle est assez bien codifiée, je pense que c'est plus dans les outils, euh...(réfléchit) peut être une évaluation extérieure plus rapide pourrait être intéressante mais euh...(souffle). Est ce que quelque chose me manque? Non. A part le fait de, peut être, en zapper quelque uns, parce que c'est difficile à des moments de faire la part entre la dépression du post partum euh...(réfléchit) et l'état psychologique de la maman etc...ou du papa. Et c'est vrai qu'après dans les familles. Mais là, maintenant, depuis onze ans, les familles quand même, plus ou moins, je les connais, donc là, je vois pas trop. Peut être pour la première fois, si on avait des démarches codifiées, mais si on les cherche, on les trouve en fait. Donc euh...voilà, je sais pas trop.

I : Est ce que le travail de groupe, le fait d'être dans un cabinet avec d'autres confrères à proximité, vous semble t-il important?

M3 :: Alors moi je trouve que c'est important, parce que à chaque fois qu'on a eu à faire à des situations de signalements ou à d'autres situations difficiles, ça permet déjà...enfin sur les trois, il y en a déjà un qui...qui connaît, ça permet aussi de débriefer un peu le cas, de dire ben voilà, moi j'ai observé telle chose. Comme on travaille à plusieurs, quelque fois ils connaissent plus ou moins la famille, ou vont connaître les parents...des choses comme ça. Donc euh...on sait un peu si on a une personne ressource, on aura plus de facilités à la joindre. Et euh...(réfléchit) pour les démarches aussi, pour ne rien oublier parce que quelque fois en phase aigue, on se dit bon "est ce que j'ai bien pensé à tout? etc, "est ce que c'est bien écrit? Est ce que, par rapport à ce qu'on va écrire au Procureur, est ce que j'ai mis les éléments pertinents sans aller trop loin? puisqu'il faut faire attention.

Puis, d'un point de vue psychologique, je pense que c'est important d'avoir quelqu'un avec qui en parler. Comme je disais, mon associé a fait un signalement il y a dix jours, sur une information préoccupante issue de la grand mère. Euh, il travaille à l'ordre des Médecins, il sait très bien comment ça se passe, il sait très bien ce qu'il doit faire...enfin je veux dire, c'est pas dans la démarche mais plus sur le fait de...livrer des choses qui sont quelques fois lourdes à entendre et voilà quoi. Aussi d'un point de vue...sans parler d'un point de vue uniquement administratif, le côté un peu psychologique de pouvoir décharger dans ce genre de

situation, de pouvoir en rediscuter, de voir comment les autres l'aurait appréhendé, je pense que c'est important, enfin je crois que ça aide aussi! Et d'avoir des étudiants aussi (sourit). On est plus vigilant!

I : Avez vous des choses à rajouter?

M3 :: Ouais, par rapport au fait d'avoir des étudiants, c'est vrai que quelques fois, comme on connaît très bien les gens, je disais que c'était plutôt facilitant, c'est plutôt facilitant à partir du moment où on a passé le cap de vouloir faire le signalement. Peut être que, le fait d'avoir un regard extérieur, quelqu'un qui justement est moins impliqué personnellement dans la relation, ça peut aider parce que euh...justement, il va dire " Moi j'aurais pas analysé ça, comme toi!", "Moi j'aurais pas fait tout à fait pareil!", "Moi j'ai l'impression que la façon dont elle ou il s'en est occupé euh...j'ai trouvé que c'était un peu...un peu indifférent, c'était un peu distant!", " La consultation à mon sens s'est passée trop vite, tout semble aller bien, il n'y avait aucune question au départ etc". Le fait aussi d'être..., quelques fois les associés qui vont dire "Tiens! je l'ai vu!" parce que tu n'étais pas là ou pour une raison X ou Y, ou en urgence, ou n'importe, ils vont dire "Bein il y a quelque chose qui m'a paru bizarre dans la relation", je pense que ça aussi ça peut aider. Après, euh...non d'autres choses à rajouter?

J'ai été très surpris la première fois où j'ai proposé à une famille de faire un signalement de (réfléchi)...de la réaction des parents quand on leur a proposé. J'ai été très surpris d'une réaction plutôt positive et où finalement, c'est un peu comme quand on demande aux dépressifs si ils ont des idées suicidaires. La première fois où on se dit "Je vais le faire!", enfin personnellement, je me suis dit "Comment ils vont le prendre?", et finalement, il y avait certaines fois où je ne le faisais pas parce que je me disais "Il vont mal le prendre ou euh..."

Et finalement, j'ai été assez surpris, pareil, pour les parents à qui ont a proposé, j'ai proposé une aide extérieure, de leur réaction. Et finalement, j'ai rarement eu, je n'ai jamais eu de gens qui m'ai dit "Non!", j'ai jamais eu de personnes qui m'ai dit "Non, non, je ne veux pas d'aide extérieure!". Ils ont toujours fini par accepter et je pense que c'est euh...c'est peut être dommage d'attendre que la situation justifie un signalement en urgence sans euh...en franchissant un peu la famille, alors bien sur, dans ces situations là hein! Je ne parle pas de euh...de violences physiques où là, effectivement, j'ai fait un signalement directement sans passer par la case "Est ce que vous êtes d'accord pour que j'explique à des autorités que vous frappez votre gamin?". (Parle à voix basse) C'est plus gênant à expliquer mais bon! Je pense que quand même, les parents quand ils sentent qu'ils sont épuisés, quand ils sentent qu'ils n'y arrivent plus, euh...(réfléchi), on arrive, quand même, à les faire adhérer au projet. Et voilà, moi je pense que ça c'est important, d'essayer de garder un lien, même si après, on arrive plus à les suivre ou n'importe, je pense que c'est important de garder un lien. Ils ont déjà l'impression que beaucoup de choses leur échappent, alors si en plus il y a un signalement derrière, ils s'imaginent, tout de suite, que ça va être euh...le placement etc...Je crois que c'est important d'essayer de leur proposer et de leur dire que ça peut être quelque chose qui va se faire sans euh...(réfléchi)...sans forcément que vous soyez mis à l'index quoi! C'est plus une aide que...(réfléchi)...qu'un retrait ou comme ça. Je crois que...voilà, c'est ça surtout. Moi ce que j'ai essayé, enfin ce que j'ai vu ces dernières années, c'est que finalement le premier, il est difficile à faire, difficile d'expliquer aux parents puis finalement on s'aperçoit qu'ils ne sont pas si opposés que ça et souvent ils ont bien pointés leur difficultés et quand on leur dit "Bein, on peut vous apporter une aide!", bein, quelque fois ça marche. Alors il y a des situations où ça a marché et des situations où ça a été moins évident, comme

la famille qui a eu finalement les enfants placés. Mais euh...au moins, au départ, ils savaient et euh...voilà.

I : Très bien! Merci beaucoup.

Entretien 4 :

I : On va commencer avec des questions d'ordre général pour poser la situation. Est-ce que vous pourriez m'expliquer votre parcours professionnel?

M4 : Alors, mon parcours professionnel, il est assez simple. J'ai un doctorat de médecine générale, donc je ne suis pas pédiatre. Je fais partie de l'ancienne..., enfin en tout cas j'ai passé ma thèse en 2005, donc un petit peu avant l'arrivée de l'examen national classant. J'ai fait mon résidanat à l'époque sur la région Midi Pyrénées, tout mon cursus sur Toulouse à la Fac de Rangueil. J'ai fait quelques années, à peu près je crois 3 ans de remplacement en médecine générale en libérale. Et je suis rentrée au conseil général en avril 2008, sur le, ..., à l'époque ça s'appelait des UTAM pas des maisons des solidarités donc sur Bagatelle, voilà. Je suis arrivée donc sur Rangueil par mutation en aout 2011.

I : Très bien et donc ici vous exercez en milieu urbain.

M4: Tout à fait

I : Vous avez toujours exercé en milieu urbain ?

M4 : Alors en ce qui concerne la PMI oui j'ai toujours exercé en milieu urbain puisque Ba., enfin ça comprenait jusqu'à La. mais c'est P.M., donc une population plutôt défavorisée. Et Ra. c'est beaucoup plus cosmopolite. J'exerce surtout sur les secteurs des quartiers de Te. et de Mo., donc Mo. beaucoup de mixité, Te. des familles un petit peu plus aisées, voilà, mais c'est très varié au niveau du public. Par contre quand j'étais en libéral j'ai fait beaucoup de milieu semi-rural et rural. L'opposé en fait, complètement, voilà.

I : Et qu'elles sont vos représentations de l'enfance en danger, justement ?

M4 : Oula ! C'est une vague question là. Qu'est-ce que vous voulez dire par là ? Représentation... qu'est-ce que ça représente le danger...

I : Comment vous le définiriez?

M4 : C'est multiple, ..., ça peut être, plusieurs points de vue, par c'est souvent sous-évalué, à mon avis. Euh... voilà une maltraitance psychologique, des dénigrement, euh, ..., des insultes, des..., euh, voilà être rabaisé en permanence ou vivre des conflits de couple, être le témoin de conflits au sein de la famille, ça peut être des violences psychologiques qui font de gros dégâts sur les enfants. Euh, il y a bien sur les violences physiques et sexuelles, qui sont des maltraitances qui elles sont, ..., susceptible d'être punies au niveau pénal. Il y a les carences multiples de soins, éducatives, qui sont aussi à risque en tout cas pour l'enfant et qui elles sont multiples et pas accompagnées ou soutenues ou refuse de l'aide et qui peut vraiment être très préjudiciable pour l'enfant. Donc elle est sur de multiple point en fait : sur le plan social, sur le plan éducatif, sur le plan de la famille et sur le plan psychologique et physique.

I : D'accord, très bien. Est-ce que ce sont des situations auxquelles vous avez été souvent confronté?

M4 : Alors, euh..., quand on parle vraiment de signalement c'est à dire de transmission au parquet, peu, très peu. Parce que c'est finalement pas notre pain quotidien, en PMI, on a quand même un volet prévention qui est plus gros que le volet je dirais protection de l'enfance. Je parle de notre place

de médecin. Euh et sur le secteur en effet j'ai moins de problématiques graves que celles que je pouvais avoir sur le secteur de Bagatelle, Mirail Université qui étaient des problématiques familiales beaucoup plus lourdes. Mais par contre ce qu'on a beaucoup c'est des situations de conflit de violence conjugale dont l'enfant est très souvent témoin, de pathologie psychiatrique avec voilà des mamans qui peuvent être maltraitantes involontairement avec des troubles du lien, trouble éducatif et après ce qu'on voit beaucoup c'est tout ce qui est carence éducative et négligence en fait.

I : D'accord alors je vous propose que vous choisissiez une de ces situations auxquelles vous avez été confrontée et qu'on revienne un peu plus précisément sur cette situation là...

M4: Alors il faut que je réfléchisse parce que là (rigole), il n'y en a pas qui me vienne comme ça, euh...(blanc de 10s puis demande à ce qu'on coupe le dictaphone le temps qu'elle réfléchisse)

En libéral j'ai été amenée une fois, en fait, en tout cas à contacter un médecin de PMI. Puisque, à l'époque, en tant que jeune remplaçante je ne connaissais pas les procédures, et puis on ne l'étudiait pas trop à la fac à l'époque, savoir comment on faisait face à une situation d'un enfant en situation de danger. En tout cas en risque de l'être. C'était une grand-mère qui amenait son petit-fils en vacances avec elle, ou elle le gardait, je ne me souviens plus très bien. Ça date déjà de quelques années, qui présentait des marques suspectes sur le corps. Euh qu'elle attribuerait au père de l'enfant. Et l'enfant aurait parlé en disant que c'était son père qui l'avait frappé, qui l'avait...voilà, qui l'avait griffé. Donc voilà elle me l'avait amené pour que je l'examine et que j'établisse un certificat. Donc moi en effet j'ai vu des marques, j'ai recueilli les propos de la grand-mère, voilà ne pouvant pas euh... établir de façon directe un lien avec une éventuelle maltraitance. Mas face à cette situation et aux inquiétudes de la grand-mère j'ai quand même demandé quelle conduite à tenir à l'époque au médecin qui était sur le secteur, je remplaçais sur Au., donc j'ai appelé le médecin de PMI de Bl. et je crois que suite à cet examen il y a eu une enquête sociale. En effet y a pas eu de transmission au procureur parce qu'il n'y a avait pas assez d'élément je pense mais au moins que la situation soit éclaircie avec une enquête auprès de la famille. Parce que moi je me suis juste limitée à recueillir les propos de la grand-mère, la parole de l'enfant et euh... à faire un certificat comme on ferait un certificat au niveau médico-légal, des lésions que je constatais sans préjugé de la, enfin , de qui avait pu le faire et de la nature des lésions en fait.

I : Comment vous vous êtes senti lors de cette consultation?

M4 : Très mal à l'aise parce que c'était la première fois que je gérais ce genre de situation et je ne savais pas par quel bout le prendre. Je savais qu'il fallait que je fasse attention avec les certificats et que je ne témoigne que des faits constatés, euh..., mais, euh..., c'est vrai que je tâtonnais un petit peu et j'étais bien contente d'avoir quelqu'un au bout du fil. Et j'ai eu l'impression qu'il y avait eu des lacunes dans ma formation à ce niveau là. Je me sentais un peu perdu sur les démarches à envisager, en fait.

I : Et la consultation aussi avec la grand-mère, comment ça s'est passé?

M4 : Non parce que finalement, la grand-mère était très bien veillante, était attentive à ce que l'enfant n'entende pas tous ses propos, justement ne soit pas témoin de toutes ces inquiétudes là. Elle s'est montrée très rassurante avec l'enfant. Euh, ..., donc ça c'est plutôt bien passé y a pas eu de réticence de l'enfant à ce que je l'examine, moi j'ai pas essayé de le faire trop parlé non plus parce que j'imaginais

qu'il risquait d'être interrogé derrière donc je lui ai juste demandé comment il s'était fait ces marques là. Je ne me souviens plus je vous avoue de ce qu'il avait pu me dire mais je crois qu'il avait pas trop parlé cet enfant. C'était surtout la grand-mère qui m'a témoigné de l'inquiétude sur le plan éducatif et de violences possible de la part de son gendre, en fait.

I : Et avec l'enfant comment ce sont passés les consultations ensuite?

M4: Non je ne l'ai jamais revu, parce qu'en fait c'était un remplacement, donc je crois que mon remplacement s'est terminé et j'ai pas eu les suites. Je sais juste qu'une enquête allait avoir lieu mais en fait j'ai jamais eu les conclusions. Ce qui fait parti aussi, c'est ce qui nous arrive à nous aussi, c'est qu'on a très rarement, à part si nous nous avons mené l'enquête sur le territoire, mais quand c'est beaucoup plus grave que ça part au parquet, on n'a pas forcément le retour. Ça c'est un peu frustrant quand même. J'ai fait appel directement au médecin de PMI parce qu'en effet j'avais en tête, je me disais PMI (sourit), peut être eux vont m'aider dans ce domaine là. Donc j'ai appelé le médecin du secteur qui m'a donné quelques éléments concernant la marche à suivre, en fait. Et j'ai expliqué à la grand-mère que si elle-même avait ces inquiétudes-là, elle devait appeler le service, donc je sais pas si ça s'appelait le CED à l'époque, mais devait appeler le service et que elle déjà pouvait faire un signalement anonyme auprès d'eux.

I : Quel conseil vous avait donné le médecin de PMI à l'époque?

M4 : (rigole) Je sais qu'elle a pris ma démarche au sérieux que, ..., elle a rappelé la grand-mère et que j'ai conseillé suite à cet appel, qu'elle appelle directement la cellule enfance en danger. Et moi j'ai demandé de conserver le certificat pour que ce soit éventuellement transmis au service en même temps.

I : Et là, maintenant si vous comparé votre expérience en libéral avec maintenant votre exercice en PMI, qu'est ce qui a changé ?

M4: C'est pas tout à fait le même...Oui c'est plus facile parce qu'on a plus de données par rapport au parcours, ..., aux démarches à faire en fait dans le cadre de ces informations préoccupantes et puis aussi souvent ce sont des familles qu'on connaît chez lesquelles on pense à des carences, des familles qu'on peut éventuellement accompagner, essayer d'accompagner, avant d'en arriver à..., c'est rarement nous qui signalons si vous voulez je suis peut-être pas très claire. Mais y a 2 cas soit y a des familles qu'on connaît qu'on suit pour lesquelles on détecte qu'il y a des difficultés, qui peuvent être multiple. Au niveau ou du lien mère enfant, ou éducatif, au niveau psychologique et dans ces cas on va essayer de tout mettre en œuvre pour aider cette famille de différente manière. Ça peut être une dame qui peut intervenir à la maison qu'on appelle une travailleuse familiale, ça peut être si on sent qu'il y a des difficultés types dépressives chez la maman ou des difficultés dans l'établissement du lien on va essayer d'orienter la maman vers un psychologue ou un médecin psychiatre, ou vers des lieux d'accueil parents-enfants pour la soutenir dans la parentalité. On va proposer éventuellement une aide éducative si il y a vraiment une grosse problématique éducative des simples soutiens ou conseils qu'on peut donner qui ne sont pas appliqués, on va réorienter vers le médecin traitant, on va essayer de mettre, ..., on va proposer des modes de garde, on va soutenir l'accueil de l'enfant. Tout ça ça dépend des difficultés qui sont repérées. Euh..., et si en effet ça ne marche pas on va pouvoir être amené, si la famille refuse finalement l'accompagnement, fini

par ne plus vouloir venir à la consultation ou accepter que la puéricultrice se rende au domicile, et que les difficultés repérées sont trop importantes là on va être amené à faire éventuellement de notre place ce qu'on appelle une fiche navette et à prendre contact avec le CED. Très rarement pour ces familles là on transmet au procureur, parce que c'est plus des carences globales, les enfants en risque de danger que des enfants victimes de sévices sexuels ou de coups ça on le voit assez rarement. Celles-là en générales elles passent pas par nous, ou peu.

Il y a un autre cas ou en effet, ce sont des familles qu'on va peut-être pouvoir voir après mais c'est une information préoccupante qui émane d'une autre personne que les services de PMI, un parent, un voisin, un médecin rarement, un anonyme, et donc il va y avoir une enquête sur une famille, et on va être informé par ce que c'est sur notre secteur, et suite aux conclusions on va donc demander éventuellement de proposer un soutien à cette famille.

I : Dans le cadre de situation de négligences une fois que vous en avez parlé avec la famille comment se passe les consultations par la suite? La relation avec les parents?

M4: Là encore c'est extrêmement variable, soit on a des parents qui prennent conscience qu'il y a des difficultés, qui se sentent submergés, mais qui acceptent quand même un minimum de l'aide et la ben dès qu'ils acceptent de l'aide on ne peut pas ne pas tenter j'allais dire et c'est pour ça que des fois de l'extérieur on se dit mais cette famille a été suivi très longuement, mais qu'on-t-il fait? Mais des fois il faut tenter, dès qu'il y a l'accord de la famille pour une aide qu'elle quelle soit, on essaie quand même de soutenir ses parents. On ne va pas placer tous les enfants qu'on voit en consultation ou en suivi ça n'a pas de sens, on essaie quand même de maintenir le lien. On va voilà leur proposer toutes ces aides dont je vous ai parlé, on va essayer de les revoir en consultation et après on a des parents qui biaisent, un coup ils viennent, un coup ils viennent pas, euh mais après ça fait parfois parti de leur problématique de, d'être dans quelque chose de discontinu, donc on les rappelle, si ils reviennent, bon bin voilà, et si l'enfant progresse, on se donne un peu de temps, et puis bin en effet y a des fois ou on leur dit écoutez là les difficultés sont trop grandes on vous propose par exemple une aide éducative. Moi je pense à une famille, comme ça, ou l'ainé un enfant de 2 ans et demi, avait des troubles autistiques et y avait un petit frère qui venait de naître et une maman en très grande difficulté. 2 parents qui avaient des déficiences, en tout cas sur le plan intellectuel des limites cognitives évidentes, et un milieu donc très très très carencé, et avec un bébé qui prenait de nouveau un petit peu le même chemin avec un retard. On a été très inquiète par rapport à cette situation, et ça a fini en placement. Mais ça a fini en placement au fur et à mesure en accord avec la famille. Même si ça a été très violent pour la famille, euh..., au départ, on,....., il y a eu un refus, ce sont des parents qui ont fini par accepter, euh...les aides progressivement, on a commencé par des travailleuses familiales, par leur demandé de venir très régulièrement à la consultation, par des visites de la puéricultrice, ensuite on a proposé du soin en hôpital de jour plus spécialisé dans les troubles que présentait l'enfant puis on 'est rendu compte que tout ça ça suffisait pas, on a proposé une aide éducative. Donc c'est un éducateur qui intervient au domicile du patient en plus. Voilà, tout ça, il y a eu un cheminement, ça n'a pas suffi, au final, parce que ces parents ne progressaient pas, la maman avait des troubles aussi dépressif, et ne se traitait pas et on a fini par juger que pour ces enfants il fallait au moins un placement, quelques jours par semaine, voilà, ils continuent à avoir un lien avec leurs enfants, et que ces parents n'arrivaient pas à les gérer au quotidien. Et au départ ces parents ont dit non, et ils ont fini par accepter, donc pour cette famille là, on a en effet eu un minimum de collaboration et euh, donc les choses se sont

faites au fur et à mesure du temps, on a pas fait un placement systématique. Après il y a des familles qu'on perd de vue et dans ces cas-là, soit c'est on est à la limite et on peut pas faire grand-chose, soit on a quand même suffisamment d'élément et on va finir par en effet signaler la situation. Mais tous les cas sont possible, en effet, ils acceptent tout mais c'est pas souvent le cas et ça prend beaucoup de temps parce qu'il faut voir aussi l'enfant au sein de sa famille, la situation peut évoluer, à des cas ou en effet on a un refus d'emblée mais souvent ces gens là y a jamais eu de suivi très continu.

I : Maintenant avec votre expérience, avec les différentes situations que vous avez pu rencontrer comment vous sentez face à ces situations?

M4 : Euh, bin quand même un peu plus aguerrit, un peu plus à même de donner des conseils, ou en tout cas de savoir quelle aide apportée mais c'est quand même un travail qui faut pas mener seul après l'avantage qu'on a nous par rapport à un médecin libéral c'est de pas se retrouver seul, à son cabinet face à ces situations qui sont quand même lourdes, à mon avis il ne faut pas les gérer seul. Nous on est une équipe, l'avantage c'est qu'il y a une puéricultrice le médecin, qu'on travaille toujours ensemble, que éventuellement si sur ces situations un petit peu compliquées il peut y avoir le soutien de la psychologue, qu'on a des réunions. Quand on a des familles qui nous interrogent on peut se réunir, bien sur la famille est au courant que l'on se réunit, on ne fait pas ça dans leur dos, pour essayer de voir quelles sont les difficultés et les aides qu'on peut apporter avant d'en arriver à des choses un peu plus, ...plus grave. Donc c'est vrai que nous on est quand même aidé je dirais, c'est plus facile pour nous de pouvoir,, débroussailler ces situations là et savoir quelle aide apporter. Le médecin qui est seul dans son cabinet je pense qu'il faut vite prendre son téléphone essayer de proposer, de solliciter les partenaires extérieurs, de beaucoup encourager au niveau des modes de garde, au niveau d'associations par exemple, quand c'est des troubles de la parentalité ou solliciter aussi les services de PMI, services de psychiatrie infanto-juvénile, voilà. D'orienter aussi si c'est une famille qui a des difficultés sociales vers l'assistante sociale, parce que ça aussi ça fait partie des difficultés qui, enfin au sein de la famille qui peuvent en tout cas aggraver la situation, voilà. Il faut vite interpeller les partenaires, et que si on interpelle un peu tous les partenaires, et que la famille est un minimum dans la collaboration, on peut essayer de ne pas en arriver à des situations extrêmes. Mais c'est rarement dans l'urgence du coup. Quand c'est des situations d'urgences en effet, là je dirais c'est plus facile, parce que si on constate vraiment un enfant qui a des marques sur le visage très évocatrices de coup on va pas trop se poser la question. Cet enfant enfin il faudra signaler ou le faire aller à l'unité d'hospitalisation enfance en danger, je sais pas si on vous en a parlé? Euh c'est un service qui existe à Toulouse en tout cas, à l'hôpital des enfants qui est spécialisé dans le, enfin c'est une unité enfance en danger, ils évaluent en effet des situations qui sont suspectes sur le plan médical : ça peut être les bébés secoués, ça peut être des traces de sévices, sévices sexuels, y a des médecins, pédopsychiatres sur place, y a une psychologue, assistante sociale, il font des évaluations auprès de l'enfant et eux peuvent transmettre aussi au parquet en fonction de leur évaluation qu'ils ont fait auprès de l'enfant et de la famille. Si il y a un doute médical par exemple le médecin généraliste peut tout à fait orienter l'enfant via les urgences vers ce service pour faire une évaluation. Ça peut être une aide au médecin qui ne sait pas trop, en fait.

I : D'accord

M4 : Donc je me dis que si les médecins libéraux étaient peut-être un peu plus informé de tout ça ça serait en tout cas un peu plus facile pour eux. Nous, voilà on sait que c'est balisé, si on a un doute on sait qu'on peut aussi les interpeller, on connaît un peu mieux les procédures. C'est un peu plus facile voilà.

I : Et aujourd'hui, même voilà, avec votre place en PMI qu'est ce qui pourrait vous manquez pour mieux dépister ou mieux prendre en charge?

M4: (Soupir) Il manque toujours des choses, parce que, euh....., la maltraitance elle est....., comme je vous ai dit c'est très...varié, c'est pas seulement les situations de, ..., c'est souvent de, ..., c'est souvent de la souffrance psychique, et ça euh, ..., moi je trouve qu'on est un petit peu en difficulté quand c'est des mamans qui présentent des troubles, des mamans ou des papas, je parle des mamans mais qui présentent des troubles psychiatriques qui sont pas forcément diagnostiqués, euh, souvent très délétère pour l'établissement du lien mère enfant et souvent c'est des mamans qui sont dans le déni, enfin voilà . Je vous parle des mamans parce que c'est plus des mamans qu'on voit, et qui sont quand même plus les premiers temps avec leur bébé. C'est des mamans pour lesquelles c'est pas forcément diagnostiqué, ou enfin y a pas de diagnostic établi, en tout cas elles sont pas conscientes de leurs propres difficultés. Et là je trouve qu'on sent que cet enfant, des fois y a des petits clignotants, euh ça va pas très bien, et on a pas forcément assez d'éléments on va pas forcément signaler d'emblée ces situations là. On sent qu'y a des petites choses qui vont pas, on sent que,....le lien est fragile, que c'est potentiellement à risque pour l'avenir de cet enfant on essaie de proposer du soutien on essaie d'amener la maman vers du soin mais si la maman n'a, euh, n'est pas d'accord. Moi je trouve qu'on est encore très démunie par rapport à ces situations là. Voilà c'est souvent qu'en y a des pathologies psychiques qu'on est en difficulté je trouve, voilà.

I : Qu'est ce que vous pourriez proposer pour améliorer ça?

M4 : Sourit

I : C'est compliqué dans ces situations là...

M4: C'est surtout souvent euh là où il faut qu'on fasse encore des progrès c'est qu'on a des liens avec les maternités. Avec toutes les maternités y a quand même des unités aussi des équipes de péri-natalité, qui sont sensibilisées aux vulnérabilités, euh, des mamans, à l'établissement du lien, euh, mais y a encore des choses qui passe à l'as, et je pense qu'au niveau de la communication, y a toujours des choses à améliorer et que y a des situations qui nous ont pas rapportées, euh, et donc des choses qui passent à l'as, euh, peut-être que des fois sur certaines situations on peut plus anticiper on sait déjà que la maman à telle ou telle problématique pendant la grossesse bien sûr on y travaille tous donc c'est de plus en plus fait , on essaie d'anticiper les choses mais voilà y a encore beaucoup d'effort à faire en terme de communication. Et je pense que ça passera par ce biais-là essentiellement de repérer le plus tôt possible les difficultés, même dès la grossesse avant que l'enfant soit né en fait et que le lien puisse se faire. Pas pour stigmatiser la maman, non c'est pas du tout ça, dans ce cas là il faut quand même toujours informer la mère de ce lien là, mais au contraire pour vraiment essayer de la soutenir au maximum, la valoriser en tant que mère, lui proposer un soutien le plus tôt possible

I : Très bien merci, est ce que vous auriez autre chose à rajouter ? Est-ce qu'on aurait oublié quelque chose?

M4 : C'est tellement vaste comme sujet que,, oui, il y aurait sans doute plein d'autres choses à rajouter, mais euh (sourit), ça me vient pas

I : Merci beaucoup.

Entretien 5 :

I : Nous allons commencer par des questions simples, d'ordre générale, avant de rentrer dans le vif du sujet. Quel est votre parcours professionnel?

M5 : Alors , je suis thésé depuis 4ans, j'ai fais mes études de médecine en Roumanie et là, je suis venu m'installer, là en France il y a 3 ans.

I : Vous exercez dans un milieu rural, semi rural ou urbain?

M5 : Rural

I : Concernant votre population d'enfants vus en consultation, quelle proportion cela représente t-il?

M5 : Je ne serai pas vous dire exactement, mais il me semble que je vois, à peu près 50% , peut être d'enfants. C'est vrai que j'en vois pas mal dans mes consultations.

I : Avez vous déjà été confronté à l'enfance en danger?

M5 : Oui! Cela m'est déjà arrivé, malheureusement.

I : Qu'est ce que cela représente pour vous?

M5: Alors c'est assez vaste. D'emblée on pense souvent aux cas les plus graves, de maltraitance notamment physique mais il n'y a pas seulement ces cas là. Il peut y avoir des...des souffrances psychologiques, des problèmes éducatifs au sein de la famille qui peuvent interférer sur la santé de l'enfant donc ça peut être assez vaste comme sujet.

I : Je vous propose, si vous le souhaitez, de revenir sur une des situation auxquelles vous avez été confronté. Quel en été le contexte?

M5: Alors je vais vous parler d'une petite fille, une petite Ma. qui a 3 ans, que je vois depuis que je me suis installé dans la region. Elle est toujours accompagnée de sa maman, et elle a subi des attouchements de la part de son papa. Quand je l'ai rencontré la première fois, c'était il y a à peu près 1an et demi, 2ans, la maman m'a d'emblée parlé de la situation en me disant qu'elle avait des doutes quant au comportement de son ex compagnon, qu'elle avait des éléments qui lui avaient été rapporté par sa fille quand elle était chez lui, qui lui avait un petit peu mis la puce à l'oreille, ce qui fait qu'elle a porté plainte contre lui. Ce qui fait qu'il y a déjà des mesures qui avaient été lancé.

Au début, voilà, les consultations, c'était plus un suivi pour des rhino, pour la maman, aussi la soutenir dans ces démarches là. Et euh, là, récemment, je l'ai revu et la petite avait un comportement assez inhabituel par rapport aux autres consultations. Elle était très agitée, a crié, a jeté les jouets dans la salle d'examen, alors qu'habituellement c'est une enfant qui est plutôt calme, posée. Là, elle était agressive envers sa maman, elle la tape, ce qui n'est pas du tout habituel chez elle. Donc, ce comportement m'interpelle un petit peu, je...j'essaie de savoir un petit peu pourquoi elle est comme ça. Alors la petite, au début, ne voulait pas me parler alors que d'habitude on a quand meme une bonne relation, je l'examine facilement, elle joue facilement avec moi pendant les consultations. Et là, la maman m'explique qu'elle doit partir une semaine en vacances avec son papa et que juridiquement le papa a encore la garde, partagée avec la maman hein, mais il doit la prendre la moitié des vacances scolaires et elle doit partir

une semaine avec lui à la fin de la semaine et que la petite refuse d'y aller et donc elle s'en prend à sa maman parce qu'elle ne comprend pas pourquoi sa maman est obligée de la laisser partir avec le papa. De là, j'essaie de rediscuter un petit peu avec Ma., pour savoir pourquoi elle ne veut pas aller avec son papa, et Ma. me dit que son papa est méchant, que de toutes façons elle sait bien qu'il ne l'aime pas et que elle veut pas y aller parce que quand il lui donne le bain, il lui fait mal à la "mounette". De là, même si je sais qu'il y a déjà des démarches en cours, au vu du comportement de la petite qui est vraiment très habituel et des faits qui...semblent se répétés, je discute avec la maman pour savoir, où elle en est exactement des démarches judiciaires et savoir s'il y a de nouveaux entretiens, s'il y a de nouveaux éléments qui sont apparus. Mais bon, elle est toujours dans l'attente. Donc moi je lui propose de refaire un certificat pour refaire un petit peu le point sur ce qui a été dit aujourd'hui, pour noter tout ce qui a été dit par la petite, son comportement et puis bon, faire un examen médical, bon gynécologique euh...je regarde juste, je ne vais pas examiner plus précisément Ma. de ce côté là. Et, dans l'urgence aussi de la situation, comme elle devait partir 48h plus tard avec le papa, en plus du certificat qu'elle va remettre, elle, directement à son avocat, du fait que les démarches judiciaires sont en cours, je lui propose faxer immédiatement le certificat au Procureur et a son substitut qui est en charge du dossier. De là, la maman m'avoue qu'elle a l'intention d'aller aux urgences à la sortie de la consultation pour tenter de faire hospitaliser sa fille et éviter de la laisser à son papa. Elle avait déjà bénéficié d'une OPP en agissant ainsi il y a quelques temps donc, ..., elle espère que ça sera encore le cas. Donc finalement voilà, je lui fais ce certificat et j'appelle les urgences pour les prévenir de l'arrivée de Ma. Et sa maman. Donc de là, la petite finalement après être passé aux urgences, il y a effectivement eu une mesure d'OPP, elle est resté hospitalisé 3 jours et elle n'est pas partie tout de suite avec le papa, mais malgré tout, le juge n'a pas...n'a pas statué en faveur de la maman et elle a dû, quand même partir avec le papa, pour finir la semaine. Après ces quelques jours de vacances passée chez son papa, qui ont été un peu écourté du fait que la petite aussi maintenant a 3 ans, qu'elle a un fort caractère, ce qui maintenant aussi l'amène à se confronter à son papa et à avoir des gestes violents aussi envers lui et ce qui parfois, oblige le papa à rendre la petite un peu plus tôt à la maman, parce que maintenant, elle est un peu plus grande et qu'elle ne se laisse plus faire. Donc, il y a vraiment voilà! Euh...même s'il y a des démarches qui sont déjà en cours, il y a toujours cette situation, cette maltraitance qui est encore actuelle, du fait de la lenteur un petit peu de l'administration et des services judiciaires. Donc, c'est des consultations qui sont en général relativement longues. En général quand je les vois, même si elles viennent pour...simplement un rhume ou des certificats pour le sport, c'est toujours des consultations qui sont longues parce que on dévite toujours sur ce sujet là, aussi bien pour essayer de soutenir l'enfant mais aussi la maman qui se bat depuis 2 ans pour essayer de protéger sa fille et qui a tout ce poids sur les épaules donc c'est vrai que c'est des consultations qui sont longues et éprouvantes aussi bien pour elle que pour moi finalement. Mais...c'est vraiment intéressant de voir comme...comme la relation s'est mise en place assez rapidement et la confiance que m'a accordé cette maman. Donc, on continue de suivre les choses et on espère que ça va avancer rapidement.

I: Vous dites que cela a été éprouvant pour vous. Finalement, quels ont été vos sentiments à ce moment là lors des consultations?

M5: Alors au tout début, les premières consultations, même si la maman m'avait parlé des soucis actuels, euh...du fait

qu'elle avait déjà commencé à porter plainte, du fait qu'il y avait déjà un juge qui avait été saisi, bon...j'étais plutôt rassuré, du fait que les choses soient déjà en place, que je n'ai pas à...à moi faire le signalement, appeler le procureur ou des choses comme ça. Parce que bon, dans la théorie, on sait que ça se passe comme ça, mais bon, je vous avoue que le Procureur, je ne l'avais jamais appelé, je ne savais pas trop si je peux le joindre facilement. Donc, bon les premières fois se sont passées assez facilement, et là quand je l'ai vu dans cet état là, j'avoue que je ne savais pas si...euh, justement comme il y avait déjà des démarches en cours, est ce qu'il fallait quand même refaire un signalement? est ce qu'il fallait que je rappelle le Procureur directement? Est qu'il fallait faire une mesure comme quand on le découvre? J'avoue que euh... je ne savais pas trop comment faire. Après voilà, j'ai quand même tenu à faire ce certificat pour que elle, dans son dossier aussi, elle ait ces certificats, ..., Ma., pour que elle aussi, on puisse essayer de la calmer, de l'apaiser, de la rassurer et d'éviter qu'elle parte chez son papa. Après, est ce qu'il fallait vraiment réagir comme ça? Je ne sais pas...

I: Comment avez vous vécu l'organisation de cette prise en charge?

M5: Finalement, assez bien, car j'ai eu la chance de tomber sur un médecin très compréhensif, l'urgentiste a bien compris la situation et nous a conforté dans l'idée de l'envoyer de l'adresser, pour qu'elle reste en pédiatrie quelques jours pour régler la situation. Donc, au final, non, ça a été assez facile, une fois que j'ai eu le médecin au téléphone et qu'il conforté aussi finalement notre décision. C'est vrai aussi que le fait que la maman connaisse bien ces procédures et ce qu'il est possible de faire ça m'a beaucoup aidé, j'avoue...

I: D'un point de vue de la famille, en l'occurrence ici la maman, comment a t-elle réagit face à cette prise en charge?

M5: Alors, très bien parce que malheureusement pour elle, cela n'était pas la première fois. Elle a déjà eu, elle, même sans passer via le médecin généraliste, à s'adresser directement aux urgences sur le conseil soit de son avocat, soit de la gendarmerie, donc bon maintenant, comme cela fait 2 ans que ces procédures euh...trainent, elle est malheureusement un peu habituée à ce que des fois il y ait des situations plus complexes et à ce que sa fille passé par les urgences. Donc, elle l'a très bien pris, elle était plutôt rassurée de cette prise en charge.

I: Après, comment se sont déroulées les autres consultations, si vous avez revu la petite Ma.?

M5: Alors, là je l'ai revu euh...la semaine dernière, donc les vacances sont finies donc elle sait que son papa, elle le verra moins, elle le voit un week end sur deux. Donc, bon, là maintenant, elle a repris l'école, elle est la plupart du temps maintenant avec sa maman donc elle repris son comportement habituel. Après donc, quand arrive le fameux week end où elle doit partir chez son papa, bon bien le vendredi est toujours plus difficile pour elle et sa maman, parce qu'elle n'a pas toujours très envie d'aller chez son papa donc c'est toujours la problématique le vendredi soir. Mais après, depuis les dernières vacances, il n'y a pas eu de gros soucis avec Ma.

I: Selon vous, quelles ont été les repercussions de cette consultation ou vous l'avez adressé aux urgences, de votre point de vue à vous et peut être de celui de la maman?

M5: Je pense que cela a...peut être... encore plus renforcé ce lien euh...médecin-patient qu'on avait jusqu'à présent,

dans le sens ou jusque là si j'étais plus dans l'écoute, plus dans une aide psychologique, je dirais "passive", euh...alors que là voilà, il y a (réfléchit)...elle a vu que devant la situation, je suis intervenu, j'ai essayé de protéger au mieux sa fille donc je pense que ça a d'autant plus renforcé cette relation qui existait déjà auparavant.

I : Quel(s) role(s) avez vous eu dans les suites de cette démarche?

M5: Alors dans les suites...après je sais pas...enfin, on continue le suivi habituel, je ne pense pas qu'il y ait de gros changements. Après je n'ai pas d'actions directes dans la prise en charge après, euh...de la petite. Je la suis par rapport au suivi normal de l'enfant, mais après, je ne participe pas je dirais, activement, dans la prise en charge de cette maltraitance. Il y a des suivis avec une pédopsychiatre, il y a une aide éducative, il y a plusieurs choses qui sont en place, que je connais via la maman mais moi je n'ai pas de retours sur ces prises en charge là.

I : Face à cette expérience, comment vous sentez vous face à l'enfance en danger?

M5: Je pense que ça restera toujours des situations compliquées mais le fait d'avoir une première expérience de ce type, après on connaît un peu mieux les services, on connaît mieux aussi...ça permet de rentrer en contact avec les pédiatres notamment de l'hôpital, et de créer un peu des liens entre nous tous, pour permettre voilà, si la situation doit se reproduire avec un autre enfant, de réagir rapidement et dans de bonnes conditions. Ça facilite un petit peu la prise en charge, on est un peu moins inquiet de ce qui va se passer parce qu'on sait que, voilà, on aura quelqu'un à qui demander conseil, peut être déjà dans un premier temps, pas forcément pour tout de suite une hospitalisation, ça peut être déjà, dans un premier temps de demander un avis mais...Je pense que ça...(réfléchit) ça rassure un peu pour les prises en charge à venir.

I : Quels outils vous avez aidé peut être à mieux appréhender ces situations? Que vous manque t-il?

M5: Me Manquer des choses...euh...c'est vrai que je pense que je ne connais peut être pas assez vers qui je peux me tourner dans ces situations là. Donc maintenant voilà, j'ai contacté, j'ai ...j'ai eu l'occasion de contacter certains pédiatres ou médecins de PMI donc, euh, maintenant c'est un peu plus facile mais c'est vrai que à la base quand je me suis installé, je ne me suis peut être pas assez...euh... renseigné sur...sur les confrères que j'avais autour de moi pour savoir voilà, qui interpeller dans ces situations là. C'est vrai que, heureusement, c'est pas des situations auxquelles on pense tous les jours, donc quand on s'installe c'est pas la première chose à laquelle on pense.

I : Très bien, c'était ma dernière question à ce sujet. Avez vous des choses à rajouter?

M5: A rajouter? Je pense que, voilà, dans ces situations là, c'est l'expérience qui je pense joue beaucoup. Si on a déjà été confronté, je pense qu'on assume mieux ces situations après, par la suite. Mais après, ça sera toujours des situations très difficiles dans tous les cas. Voilà!

Entretien 6:

I : Nous allons commencer par des questions d'ordre général pour poser un petit peu la situation, donc est ce que vous pouvez m'expliquer votre parcours professionnel?

M6 : Heu... (soupir) tout ce qui est de plus classique heu..., faculté de Toulouse, médecine générale, heu (soupir) après

heu, avec une orientation pompiers, je suis médecin des pompiers, voilà et heu...(tousse), je fais beaucoup de régulation, régulation libérale au SAMU et heu... bon, maître de stage. Je m'occupe du pôle Pédiatrie au DUMG et, (réfléchit), qu'est ce que je fais encore? Et je suis élue aux URML.

I : Est ce que vous avez des formations ou qualifications particulières?

M6 : Heu...J'ai fait un DIU d'anglais médical, le DU de maître de stage et le DU d'initiation à la recherche à la fac. Voilà.

I : Vous êtes installée ici depuis combien de temps?

M6 : Heu...20ans.

I : Donc ici vous diriez que vous exercez en milieu rural, semi rural, urbain?

M6 : Non, semi rural.

I : Quelle proportion représente la pédiatrie dans votre patientèle?

M6 : (soupir)Alors, heu... à peu près, je dirais 30%.

I : Alors concernant l'enfance en danger qui est le thème qu'on va aborder plus particulièrement ici, qu'est ce que cela représente pour vous?

M6 : Par rapport à ma pratique ou par rapport à une idée générale?

I : Par rapport à une idée générale...

M6 : Une idée générale heu (...) (réfléchit), beaucoup de médiatisation des enfants en danger, heu..., faire attention à l'excès et, trouver le juste milieu entre ce qui est vraiment l'enfance en danger et ce qui est vraiment le "qu'en dira t-on", ce n'est pas toujours évident...

I : Ce sont des situations auxquelles vous avez été confronté dans votre pratique?

M6 : Oui, quand même, oui oui il y en a quelques unes et la position du médecin n'est pas toujours très facile surtout quand on soigne toute la famille. Quand la maltraitance se fait par des gens qu'on soigne, c'est pas toujours évident.

I : Alors je vous propose qu'on revienne plus particulièrement sur une de ces situations, celle que vous voulez...

M6 : Une assez récente?

I : Comme vous voulez...

M6: Avec abus sexuels ou... autre chose, peu importe...

I : Celle qui vous a peut être le plus marqué...

M6: Le plus marqué et qui est en cours d'ailleurs actuellement, enfin le plus marqué, non mais qui est en cours.(tousse)

I : Vous pouvez nous expliquer la situation?

M6 : Alors une petite fille qui a 3ans, (regarde son ordinateur), je vais revenir sur le dossier (...), voilà, alors une petite L. qui a 4ans, heu..., sa mère est venue me rapporter les propos de la petite. Heu... elle disait que sa fille lui disait que "Papa il fait mal au pipi!", c'était ses mots hein.

"Papa il fait mal au pipi!" donc c'était quelque chose qui s'était passé l'été dernier, heu...; quand heu..., bon c'est un couple divorcé hein...voilà, un couple divorcé et la petite était donc en vacances chez le papa. Donc quand la maman a récupéré la petite, heu... qu'elle lui a raconté ça, la maman n'a pas fait gaffe, la gamine...pendant, elle était aussi en vacances avec sa mère, elle l'a répété deux ou trois fois et la maman heu... a... essayé de creuser un peu, la petite elle commençait à dire "Oui papa heu...il me fait mal au pipi" (tousse) et heu, ..., "comment il fait?", et la petite, elle lui montrait avec la main ce qu'il faisait, lui ,avec sa main. Donc la maman était dans le déni, pendant...(réfléchit) pratiquement 6mois. Elle était pas capable d'intégrer cette notion heu..., elle en a parlé à sa propre mère, sa propre mère, bien sur, lui a conseillé de consulter et d'aller creuser un peu plus loin mais, la maman était complètement bloquée, elle disait: "je n'arrive pas à le croire, pour moi, c'est trop difficile" et surtout elle avait peur d'accuser son ex pour rien.

Et (tousse) pour les vacances d'après, c'est à dire les vacances de la Toussaint, ça recommence la même histoire et là, la petite elle lui a expliqué d'autres choses en lui disant que "Papa, il froissait son zizi sur heu... sur le pipi" , parce qu'elle appelle ça, la gamine, le pipi. Le pipi de la petite.

Là, quand même, la maman a commencé à vraiment, à se poser des questions parce que la gamine, quand même, à 4ans, c'est heu, 4ans et 1mois hein elle a actuellement donc à l'époque elle en avait 3. Elle s'est dit quand même, il y a un problème...

Donc, elle est venue consulter, en me rapportant tous ces propos. Elle était terrorisée par rapport en fait à...à tout ce qu'il l'attendait, parce qu'elle savait très bien..., c'était un milieu universitaire hein, heu... la maman est d'un milieu universitaire, elle savait très bien qu'il allait y avoir des démarches et des démarches. Mais c'est ça qui la bloquer parce qu'elle se dit "Mon dieu, quelle porte je vais ouvrir?".

Donc, heu..., elle m'a amené la petite et il y avait l'interne, donc c'était intéressant aussi pour l'interne, cet examen, et heu (...)(réfléchit),on a discuté avec la petite, on a laissé parler la petite qui a rapporté mots pour mots les phrases que m'avez rapporté sa mère et puis après on est allé à coté et donc, heu...j'ai demandé à la petite de me montrer comment...papa faisait. Alors, elle m'a montré, on avait pris une poupée et elle me montrait comment il faisait. Donc, heu...bon bein j'ai dit à ce moment là, il va falloir aller un peu plus loin.

Moi, j'avais examiné la gamine, j'avais rien vu de particulier, heu... je lui ai dit qu'il va falloir qu'elle s'adresse à des gens..., je dirais, qui sont vachement plus compétents que moi, notamment au niveau de ces démarches administratives, donc heu... la gamine elle devait aller chez le papa le week end, j'ai dit, quand même, on va pas...on va pas..., ça va pas le faire. Donc nous avons heu..., on est très..., on travaille énormément aussi avec la PMI, ici, hein, on travaille beaucoup avec la PMI depuis d'ailleurs qu'il y a les stages d'internes.

Donc j'ai téléphoné au médecin de la PMI, et le médecin de la PMI donc, m'a dit qu'elle allait recevoir la petite et c'est elle qui s'occupait du signalement.

Pourquoi? Parce que moi, j'étais quand même médecin traitant de l'ex, médecin traitant de la maman et de la petite. J'ai dit ok, je te la confie.

Donc, voilà le parcours c'était comme ça, on est passé par la PMI, la PMI qui a adressé la petite après, à l'hôpital PURPAN chez Pr CHEIX, où il y a eu après toutes les démarches administratives, les entretiens avec les psychologues, heu... avec le médecin légiste, etc, etc. Voilà, l'histoire.

I : Comment s'est passé plus précisément la consultation au moment où la maman vous amène la petite justement ,pour que ces démarches soit entamées?

M6 : Alors, la consultation en elle même, elle était heu...(réfléchit), je..., elle était pas si compliquée que ça, parce qu'en fait la maman, je la connaissais très bien, elle me faisait énormément confiance et la petite aussi. Il y avait un climat de confiance qui était déjà instauré comme il faut et heu...(réfléchit) donc moi quand elle m'a ra...ra...raconté ça, connaissant le papa, on peut pas porter de jugement, après tout il y a des choses qui se font..., donc, après moi ce qui m'avait alerté c'était quand même l'âge de la petite, je dis à 4ans quand même, je sais pas trop si on peut inventer des histoires aussi farfelues à 4ans. Et heu..., la petite vient régulièrement tous les 1mois, 1mois et demi, en consultation parce qu'elle a plein de problèmes ORL donc, elle est montée sur la table d'examen sans aucun problème. Pour heu..., l'examen j'ai fait comme si je faisais un examen de routine ORL, hein heu... ORL, les poumons, les machins, j'ai fait pareil.

Et puis après , j'ai dit "on va regarder le...le pipi, comme tu l'appelles, en bas, pour voir", donc heu...en sachant qu'elle a déjà eu des vulvites cette enfant, donc je l'avais déjà examiné, elle..., sur ce plan là et donc ça ne lui a pas posé de problèmes à la petite de se déshabiller et de regarder, d'écarter les jambes et de regarder un petit peu comment ça se passait.

Heu..., après heu..., (réfléchit) j'ai posé des questions à l'enfant, l'enfant répétait les mêmes mots qu'elle avait dit à sa maman: "Papa, il a pris son zizi et il l'a mis sur mon pipi!" "Papa, il met les doigts dans mon pipi" heu...et...il... et "papa il fait mal?" "oui ça fait mal, je lui ai dis que ça fait mal mais lui, il continue".

Heu...après je lui ai dis : "Montres moi, donc avec la poupée...", elle a pris la poupée et a montré, bon, voilà. Hum...donc, heu... après c'est tout quoi, je n'ai rien fait de particulier, au niveau de l'examen clinique, je n'ai pas fait de prélèvements, je n'ai pas fais de... que l'inspection, j'ai regardé, je voyais qu'il n'y avait pas de lésions visibles à l'oeil nu et je suis pas allé fouiller plus loin.

I : De votre point de vue, cette consultation, comment vous vous êtes senti?

M6 : (...)Alors maintenant, avec 20ans d'expérience,je me suis sentie très bien, ce n'était pas un problème pour moi,mais la même consultation, je pense, au début de mon installation, je pense que j'aurais été pas bien. Heu..., pas à l'aise parce que j'aurais eu peur d'avoir été maladroite ou d'induire des...réponses guidées, je ne sais pas si je me fais comprendre. De poser la question et d'induire un peu la réponse et de ne pas être neutre dans la manière dont je pose les questions, voilà.

Là, non, je n'ai pas ressenti heu, de gênes particulières, heu, d'autant plus que le parcours qu'allait avoir cette petite, j'étais sécurisée, c'est à dire que je savais très bien comment il fallait faire après, à qui j'allais l'adresser et comment on allait faire, voilà,j'avais tout un schéma déjà, en tête de comment j'allais m'y prendre. Et de toutes façons, même si la gamine m'avait dit exactement le contraire de ce qu'elle avait prétendu à sa mère, le cheminement dans ma tête était le même.

Ma décision, c'était que de toute façon, même si elle revenait ,la petite, sur ce qu'elle a dit, c'était quand même de l'adresser et de continuer l'enquête. Voilà.

I : Et par rapport justement, au contexte de médecin traitant des parents, de la petite, quelles ont été vos craintes, et vos appréhensions par rapport à ça?

M6 : Alors (sourir), parce qu'il y a eu une suite encore dans cette histoire. Heu, l'appréhension heu..., ça a été la fragilité de la maman. La maman, je l'ai déjà traité pour dépression, j'ai dit "mon dieu, cette histoire, ca ne va pas arranger la dépression de la mère", heu... Donc ça a été un peu difficile,par rapport à la maman, pour lui expliquer comment il

faut faire, qu'il faut aller jusqu'au bout, qu'il faut pas s'arrêter là, parce que la maman était terrorisée par rapport à toutes les démarches à faire, donc je lui ai dit que j'étais là et que j'allais l'accompagner dans les démarches. Hein, petit à petit qu'on allait les faire. Et que surtout de toute façon, que si elle ne les faisait pas d'elle même, c'est moi qui allait les faire, puisque je suis plus tenue au secret médical, c'est une mineure donc, j'étais...

La maman, intelligente, quand même, elle m'a dit: "non, non, je vais suivre ce que vous allez me dire". Et la.... Hum, après c'était le rapport qu'avait la maman avec son ex, donc là, je lui ai dit qu'il faut pas que la petite aille à la...heu... chez le papa pour le week end.

"Et comment je vais faire, docteur, parce que ça sera une non présentation d'enfant, et je vais me mettre en fait, en porte à faux vis à vis de la loi" donc je lui ai conseillé d'aller voir la gendarmerie et d'expliquer la situation pour pas emmener l'enfant.

Après, heu, hum... la position, je me dis, par rapport au papa, je me dis "aie, aie, aie, ce papa qui va débouler peut être dans ma consultation un jour, quelle va être mon attitude à moi vis à vis de lui?"

Heu je pense qu'il ne faut pas être dans le jugement donc je me suis dis, on verra, moi je l'appelle pas le père, je fais rien de particulier, je m'occupe de la mère, c'est elle qui est venue ici donc voilà. Je... j'attends voir. Heu..., j'ai fait bien sur un certificat initial hein, à la petite, puisque la maman me l'a demandé, dans lequel en fait je voyais rien, je décrivais, je voyais rien, point, et que je rapportais les dires, tout simplement.

(...)Donc ça c'était l'épisode, l'épisode s'est compliqué après parce que bon, il y a eu toutes ces démarches et un jour c'est la gendarmerie qui m'appelle en me disant: "Docteur, c'est pour une garde à vue", "Ah, une garde à vue, et c'est qui?", et c'est le papa de la gamine.

Donc moi, les gardes à vue, ils m'amènent les détenus ici, hein, moi j'y vais plus, donc en plus c'était tard le soir, donc j'avais le papa que j'ai pas vu depuis belle lurette. Heu, entre temps, j'ai appris, donc par son ex, qu'il est allé se faire soigner par un autre médecin parce qu'il n'osait pas venir me voir. Il a pris un autre médecin dans le village d'à côté, il est sous antidépresseur, il allait pas bien etc, etc.

Donc, me voilà dans..., je leur ai dis, vous savez, c'est un peu embêtant, je suis le médecin traitant, enfin l'ex médecin traitant, je traite la maman enfin bon.

"Ecoutez docteur, vous êtes", en plus c'était tard le soir, "on a pas d'autre médecin sous la main, il n'y a que vous qui allez, qui...pouvez nous faire le... certificat de...de non contre indication pour aller en géole". Donc ils me l'ont amené. J'appréhendais cette consultation, oui celle là, je l'appréhendais, parce que le mec, il était menotté ici, dans mon cabinet et je me dis "mon dieu, comment ça va se passer?"

Et en fait ça c'est super bien passé, j'avais en face de moi, un papa complètement dépressif qui...heu...; qui ne m'a pas posé de questions du tout par rapport, si j'avais vu la petite, alors qu'il est au courant, quand même, par sa mère hein, que voilà... que les certificats initiaux c'était... c'était parti de moi. Et il a été exemplaire ce monsieur, dans le sens où il n'a parlé que de lui et de son problème actuel qu'il avait, pour savoir s'il allait en geole ou pas, etc, etc, et, heu..., je ne me suis pas du tout senti dans le jugement vis à vis de lui. Heu, moi, j'avais peur qu'il soit agressif, puis en fait pas du tout, il était pas du tout agressif, il était tellement abattu, que agressif heu...non, non.

Donc heu..., je n'ai pas fait le certificat pour la geole, par contre j'ai dis aux gendarmes que je refusais qu'il aille en geole parce qu'il était trop dépressif et que s'il se pendait ou faisait quoi que ce soit dans la truc, dans la...cellule, je ne voulais pas en être responsable donc, je lui ai fait un papier au contraire, comme quoi il fallait qu'il soit hospitalisé et qu'il aille en fait à l'hôpital.

Après c'est vrai, j'ai réfléchi, je me suis dit, est ce que j'ai fait ça parce que j'étais son médecin traitant, est ce qu'il y a eu du parti pris... et puis non. Moi je pense que vraiment j'ai bien fait de l'envoyer là bas parce qu'il n'était vraiment pas bien ce monsieur, voilà.

Donc c'était un peu la suite de l'histoire.

I : Comment se passe le suivi de la petite depuis?

M6 : Oui, je revois régulièrement la petite avec la...la maman. La petite, elle fait une psychothérapie. Heu, la maman fait une psychothérapie.

Hum...donc là, maintenant, l'affaire est aux mains de la justice. Heu, c'est la maman qui a la garde entière, pour l'instant, de l'enfant. Et heu... on en a plus reparlé avec la petite, on en a plus reparlé, ça n'a plus été un problème. Elle est venue à un instant T, elle s'est faite examiner pour ça, elle m'a raconté ça et après..., c'était fini, et elle venait pour des problèmes ORL, je finissais de l'examiner comme d'habitude quoi hein.

I : Au terme de la première consultation, une fois que vous avez pris votre décision pour la marche à suivre, quelles difficultés avez vous rencontrées à ce moment là?

M6 : Heu..., ça a été assez facile parce que j'ai très rapidement passé la main à la médecin de la PMI qui a fait toutes les démarches. Ça a été facile, non, non, ça a été vraiment facile, vraiment, ça n'a pas été difficile pour moi, non, non, non. Non.

Après j'ai reçu quelques coups de fil que j'ai dû gérer, des différents intervenants, heu, parce qu'évidemment ils vous demandent votre avis, de comment s'est passé la consultation..., voilà, donc j'ai re-raconté trente six mille fois ma version, ici, comment elle s'est passé.

Non, je n'ai pas rencontré de difficultés particulières. Le seul truc qui peut nous choquer après une consultation pareille, c'est de se dire "Mon dieu, c'est la partie émergée de l'iceberg, (téléphone sonne), combien il y en a de petites filles ou de petits garçons qui, peut être, subissent la même chose sans pour cela, que s'ils n'en parlent pas, qu'on soit alerté". La quand même, ça fait... parce que nous même, on est maman (grimace), c'est un petit peu délicat. Voilà, c'est... D'autant plus que jamais j'aurai cru que dans ce couple, il pourrait y avoir...un problème de cet ordre là. Jamais, je n'aurai pensé que le papa aurait pu faire un truc pareil.

Mon avis, perso, je pense, que..., parce qu'évidemment le papa nie, il nie absolument tout. Il dit que la petite est fabulatrice, etc, etc, moi comme je leur dis, je ne suis pas experte. Hein, moi je fais que, mon devoir de médecin traitant de rapporter ce qu'elle m'a dit, la petite et puis de faire un examen clinique et de dire voilà ce que j'ai vu, ce que je n'ai pas vu. Après, je laisse..., les autres faire leur boulot. C'est pas..., c'est pas le mien.

I : Le fait de faire ces démarches, ça a été quelque chose d'assez facile pour vous, de quoi cela vient t-il?

M6 : Je pense que c'est énormément l'expérience qui fait ça. Parce que j'ai eu d'autres cas plus jeune, où ça a été pour moi difficile, psychologiquement difficile.

C'était l'histoire d'un petit garçon, qui en partant sur le pas de la porte, heu, il est venu pour un problème quelconque, un problème ORL ou digestif, il me dit "sperme". Je le regarde, un petit garçon qui a, je sais pas, 7ans 8ans par là, mais je lui ai dis "tu sais ce que c'est toi?", il me dit: "oui! J'en ai vu." Donc on revient à la consultation, j'ai dis "ok, on repart pas." Et la maman était là. (Téléphone sonne)

Et là, bien sur, le questionnement, etc, etc. Le questionnement a été que..., c'était le coach sportif voilà. Donc, là..., là ça a été un peu difficile parce que je savais pas quoi faire. Il était très tard le soir et je savais pas quoi

faire de ce garçon avec sa maman. Et donc là, j'étais là, j'ai dis "Mon dieu, mais à qui je dois m'adresser?"

Donc, mon réflexe c'était..., mon seul interlocuteur à cette heure là, c'était pour moi les gendarmes. Et donc, les gendarmes m'ont demandé de téléphoner au procureur, machin, bon bref. Mais là, c'était un problème de connaissances. Je ne savais pas, la démarche à suivre, je ne savais pas qu'est ce qu'il fallait faire et à qui m'adresser.

Et heu...et peut être, c'était aussi la première fois où j'étais confronté moi même à ce cas. Parce qu'avant on y est confronté aux urgences (téléphone sonne), aux machins, au patin couffin, mais il y a 36 000 séniors qui passent par là, donc ce qui fait qu'on ne ressent pas du tout l'utilité de ...enfin, c'est pas du tout ressenti pareil. Voilà.

Non, je pense que c'est l'expérience qui fait qu'on vit mieux la situation.

I : Et sur le cas de ce petit garçon, le fait que la maman ne s'en doutait pas du tout, comment avez vous géré ça?

M6 : La maman est tombée des nues. Son mari était décédé, à cette femme, hein, et en fait le coach sportif était un second père pour le petit. C'était un coach sportif de foot, le gars était prof de foot, et là, la mère ça a été difficile à gérer parce qu'elle pleurait toutes les larmes de son corps en se disant "mais, qu'est ce qu'il me tombe dessus!, Je viens parce que le gamin a mal au ventre, je me retrouve avec une histoire pas possible derrière"

Heu..., je pense que j'ai eu de la chance d'avoir entendu le mot, parce qu'il était pas évident que je l'entende. C'était sur le pas de la porte, je sais pas pourquoi, le gamin, il me l'a sorti comme ça! Hein, heu..., j'avoue que jusqu'à maintenant, ça a été une énigme pour moi, je sais pas pourquoi il me l'a sorti comme ça. Peut être qu'il voulait en parler et que c'était le seul moyen qu'il a trouvé d'en parler. Il ne pouvait pas en parler à sa maman, mais quand même, il l'a fait devant sa mère. Et heu..., après c'est une amitié particulière qui s'est liée entre moi et cette femme, et le gamin aussi, parce que maintenant le gamin, il a, je sais pas, il doit avoir 25 ans ou 26ans. Bon, il a eu un suivi psychologique important parce que ça l'a énormément perturbé, heu..., la maman elle a eu un tas de malheurs après à...à...à comment dirai je, à gérer et elle est morte récemment d'un cancer donc. Et il y a eu une certaine..., je pense que après tout le reste du parcours qu'on a eu ensemble (téléphone sonne), elle en a été très reconnaissante de ce qu'il s'est passé en fait. Et pour elle, c'était un moment important, parce que j'ai continué à suivre toute cette famille, et heu, (...), et en fait, le fait que le gamin peut être fasse confiance au médecin, me fasse confiance, ça l'a beaucoup touché, et ça a tissé un lien particulier entre nous, entre cette famille là, ouais, ouais, c'est...c'est particulier.

Mais psychologiquement pour moi, heu, à cette époque là, ça m'a fait souffrir quand même de voir ce gamin...la souffrance de ce gamin qu'il a dû endurer pendant tout ce temps jusqu'à ce qu'il arrive à en parler.(téléphone sonne)

Que maintenant, je n'ai pas ce ressenti là, j'ai plus de recul, je ne souffre plus à la place de mon patient ou en même temps que mon patient, c'est fini. C'est non.

I : Qu'est ce qui pourrait encore vous manquer?

M6 : Heu (s'interroge), est ce qu'il y a des choses qui peuvent me manquer?

Moi, je pense que maintenant j'en suis au point où on se dit, ce qu'il nous manque surtout c'est le temps. Le temps d'accorder le temps suffisant à ce genre de consultation. Parce qu'après, la connaissance, une fois qu'on l'a, qu'on sait le trajet à suivre etc, etc, qu'on s'est blindé avec les années d'exercice, ça roule tout seul. Mais maintenant il faut trouver le temps de gérer la chose, voyez, entre 2 consultations, entre une pneumopathie et une bronchite, machin, c'est pas toujours évident. C'est très chronophage

ce genre de consultation, on en a pour facile ¾ h 1h, et heu...et dans un planning d'une journée des fois c'est pas évident. Et là, il ne faut pas se planter justement, ce jour là, il ne faut pas aller vite avec ce genre de personne.

I : Une fois les démarches lancées, quelles ont été les retours vis à vis de cette prise en charge?(téléphone sonne)

M6 : Oui, en général, je demande toujours aux parents, quand même, de me tenir informer, mais bon, je suis à leur disposition, ils viennent me consulter si ils ont besoin, il n'y a pas de soucis. Heu..., par exemple, pour l'histoire du petit garçon, heu, j'ai été entendu par les gendarmes. J'ai été convoqué par la gendarmerie donc là, branlement de combat, à l'époque, je ne savais pas qu'est ce qu'il fallait que je fasse. Je téléphone à l'Ordre "Au secours!, aidez moi, les gendarmes veulent m'entendre, qu'est ce que je peux dire, qu'est ce que je peux pas dire". Maintenant, c'est bon, bein j'ai compris que quand il y a un mineur, il ne faut pas se prendre la tête. Et heu...,et heu...je ne me rappelle plus de quoi je parlais,(...)oui, donc c'était la...la démarche par rapport à...non maintenant il y a a...je...je...je crois que le fait d'avoir, parce qu'il y en a eu d'autres entre temps hein, il y en a quand même, hein, dans la campagne, il s'en passe des choses (rigole) des fois. Hein, heu...mais après il y a eu beaucoup de faux signalements. C'est toujours dans ces disputes de couples, et c'est pourquo, je dis qu'il faut être très attentive. Les gens, qui viennent me dire, vous pouvez le peser, le mesurer et constater un certificat comme quoi il a cette égratignure qui est là, il a perdu 200g, il a fait ceci, il a fait cela, parce qu'il est allé passer le week end ou est allé passer deux ou trois semaines chez le papa ou l'inverse chez la maman, elle s'en occupe pas bien, "Vous pouvez faire le certificat, il a une angine depuis 2 ou 3jours, la maman ne l'a pas amené consulter" etc, etc. Donc ça il faut faire gaffe, car on est énormément sollicité pour faire ce genre de chose et bien sur, souvent c'est du bluff, c'est du blabla et ils veulent monter des dossiers pour pouvoir se soutirer l'enfant, chaque fois c'est "l'enfant il est à moi, non non, c'est pas comme ci" voilà.

Donc c'est pour cela, que je disais au début, ce qui est important c'est, pour moi, de faire attention où on va et de faire attention à tous ces certificats qu'on est en train de nous demander à droite, à gauche, de savoir quand on les fait, quand on les fait pas. Et heu... d'avoir une attitude neutre. Oui, une attitude neutre, pour moi, c'est important.

I : Très bien, merci beaucoup, avez vous quelque chose à rajouter?

M6: Heu..., je pense que, tant qu'on a pas vécu, personnellement, dans son cabinet, une histoire pareille, c'est...difficile au départ. Moi je pense à vous, qui êtes jeune, et... et j'étais hyper contente qu'il y ai mon interne pour voir un peu comment ça se passe, parce que je pense que c'est important. C'est important, qu'on ai une formation là dessus, qu'on nous explique le chemin à faire, qu'on nous dise surtout qu'on est pas tout seul hein, et heu...,que vous n'ayez pas à subir une angoisse comme moi j'ai subi quand je me suis installée au départ, quand j'ai eu ce genre de chose. Ca, ça passe par l'amélioration de la formation initiale et surtout que ça soit bien traité dans les bons chapitres et qu'on s'en souvienne quelque part. Voilà.

I : Merci beaucoup.

Entretien 7:

I : Nous allons commencer par des questions d'ordre générale avant de rentrer dans le vif du sujet, donc pour commencer, quel est votre parcours professionnel?

M7 : Je suis pédiatre de formation, j'ai fait 15ans de ... de remplacement de pédiatre et je suis en PMI depuis euh... bientôt 14ans.

I : Avez vous des qualifications particulières?des DU? Ou autres?

M7 : Non je vais m'inscrire au DU de prise en charge des enfants vulnérables là,à partir de septembre. Pas d'autres DU.

I : Vous exercez depuis combien de temps?

M7 : Moi j'ai passé mon CES de pédiatrie en 1988. Donc euh, (soupir), j'ai fait des remplacements avant même 88, dès 85.

I : Plutôt en libéral?

M7 : D'abord en libéral, médecins généralistes plutôt à orientation pédiatrique, ils avaient pas mal d'enfants, de population pédiatrique et à partir de (réfléchit) 86, je dirais, plus que de la pédiatrie. Parce qu'on avait le droit de remplacer à partir de la 3eme année, et j'entamais ma 4eme année, donc voilà. Le concours... d'admission.

I : Ici , vous diriez que vous êtes en milieu rural, urbain?

M7 : Urbain, urbain ZEP, euh, ZUS on dit maintenant d'ailleurs.

I : Que représente pour vous l'enfance en danger?

M7 : Qu'est ce que ca représente l'enfance en danger? Euh...qu'est ce que ca représente? Bein ca représente les enfants, euh... qui subissent des maltraitements d'ordre physique mais aussi psychologique également, parce que ca on en a aussi beaucoup. Et c'est les plus difficiles à diagnostiquer en tout cas et à prendre en charge. Et... c'est ca.

Bah, les petits en PMI, y'a des abus sexuels hein, mais ici ca fait 1an et demi que je suis sur Toulouse, avant j'étais dans l'aisne,euh, j'ai pas été confronté dans ce quartier tellement à des abus sexuels, plus à de la maltraitance physique ou psychologique., privation de soins , enfin... Et négligences lourdes.

I : Donc, on va revenir si vous le désirez sur une des situations auxquelles vous avez été confronté, celle que vous désirez.

Parlez nous en un petit peu, reposez nous le contexte ...

M7 : Oui, donc, une situation d'une maman avec 3 enfants, dont j'ai été interpellé à l'école en arrivant ici, je suis arrivée en septembre 2012,très rapidement par l'école. Lors d'une équipe éducative, donc nous y sommes allées avec la puéricultrice et l'assistante sociale qui s'occupait de la famille. Et parce que le 2eme enfant qui avait alors 3ans, 3ans et demi, avait dit à l'école, qu'il avait reçu un coup de pied par sa mère sur le visage... (soupir), et donc euh, bah on a pris en charge la famille et c'est...on en est venu à une aide éducative et à proposer également un placement, qui n'a pas été suivi, voilà... (...), mais on est toujours très inquiets, elle a eu un 4eme enfant, et on est toujours très très inquiets pour cette famille, très... vigilants.

I : Donc ce qui vous avez inquiété dans cette situation là, c'était...

M7 : Alors au début c'était la violence physique, ce qui nous avait, après ce qui nous a plus inquiété c'est la rigidité de la mère, avec des violences psychologiques.

C'est à dire, coucher ses enfants à 19h, fermer la porte avec un balai pour ne pas qu'ils sortent, avoir des exigences avec des enfants de 4ans, qu'on ne peut pas avoir.

C'est des enfants que j'ai retrouvé, moi par hasard à l'école, en faisant des visites, de bilan de santé en école maternelle, un enfant qui fouillait, que j'ai retrouvé dans la cuisine en train de fouiller parce que visiblement, ils avaient pas mangé suffisamment chez eux, quoi. Sans avoir des problèmes de poids, vraiment, mais en tout cas, des gros problèmes de comportement à l'école. Des enfants très, très agités, bein pour cause. Avec un papa, lui au contraire, très permissif et donc, on a beaucoup de mal à travailler avec cette famille. Donc au vu du placement, ils ont acceptés l'aide éducative, parce qu'ils ont senti que... mais c'était pas suffisant, c'est pas suffisant. C'est des enfants qu'on a envoyé au CMP, le CMP nous a pas suivi, non plus bon. Et on est toujours très inquiets... (tousse)

I : Lors de la première consultation, de votre point de vue, quand vous avez entendu les propos vis à vis de l'enfant qui avait reçu le coup de pied de la maman, comment s'est déroulé plus particulièrement cette première consultation avec l'enfant et la famille?

M7: Alors moi, c'est une famille que je ne suivais pas du tout, car elle ne voulait pas être suivi en PMI. Euh, par contre suite à cette équipe éducative à l'école, j'ai proposé à la mère, de voir les enfants. Elle est venue avec ses enfants, on a mis pas mal de choses en place, il y avait des suivis médicaux à faire et puis des conseils mais, bon on voit bien que les conseils...les conseils ne sont pas suivis. Elle a accepté quand meme, aussi une travailleuse, une TISF, une travailleuse d'intervention sociale et familiale, mais bon, c'est très compliqué de travailler avec cette maman, tout le monde le dit.

Voilà, ça a amené quand meme Monsieur à s'intéresser plus à ses enfants, ce monsieur ne travaille pas, il a pas mal de problèmes médicaux, ce qui fait qu'il ne peut travailler, mais en tout cas, s'intéresser plus à ses enfants.

C'était très rigide à la maison, hein, un le ménage, l'autre le repas, puis les enfants, bein finalement assez... soit enfermés dans la chambre , soit attachés sur la chaise quoi en gros. Donc, il a fait des efforts quand meme Monsieur.

I : Comment vous êtes vous senti au cours de cette consultation, avec cette mère qui n'est pas receptive à ce que vous pouvez lui dire?

Quel a été votre ressenti à ce moment là?

M7: Alors, mon ressenti, c'était que, j'avais beau être à l'écoute, bon essayer de donner des conseils sans être trop, euh, j'estime qu'une consultation de PMI c'est recevoir, puis après d'orienter en fonction de ce que les gens disent, c'est pas à moi de leur dire exactement ce qu'il faut faire, parce que ça braque tout de suite, et c'est pas le lieu, mais... bon je voyais bien que cette maman il y avait beaucoup de rigidité, qu'elle avait des antécédents qui faisaient qu'elle avait certainement besoin d'un suivi psychologique, qu'elle en avait eu un, qu'elle avait arrêté, qu'elle ne voulait plus faire mais... dommage, dommage.

Ils ont pu exprimer quand meme, tous les deux, pourquoi, elle était rigide, parce qu'elle avait une mère qui était très très laxiste au contraire et qui lui faisait tout faire, et lui était très très souple, parce que il avait au contraire des parents qui étaient des gens très très rigide à la maison. Ils ont contrebalancé mais dans un sens qui était à l'excès pour l'un et pour l'autre.

Donc on a essayé de discuter un peu de ça, et puis ce qui s'est passé aussi, c'est que avec Monsieur, ça s'est très mal passé, pas à ma première consultation mais quand il est arrivé puisque c'était une information préoccupante, je leur ai demandé comment ils avaient ressenti l'équipe éducative, comment ils s'étaient senti dans cette équipe éducative et

Monsieur d'emblée, m'a parlé tout de suite, d'autres enfants. Lui, travaillait dans une école comme ... au CLAE et donc lui a parlé tout de suite d'un autre enfant, pour lequel il était inquiet, il avait entendu qu'il avait été battu par sa soeur, qu'il avait des bleus et je lui ai demandé: "vous n'avez rien dit à la directrice du CLAE?", donc je l'ai informé d'emblée, il n'a pas voulu me donner le nom bien sûr, que j'allais d'emblée téléphoner à l'école pour en savoir un peu plus, que je ne pouvais pas garder ça pour moi.

Et par la suite, ce monsieur là, a eu des ennuis avec l'école et donc on l'a mis dans une école beaucoup plus loin, pour laquelle c'était très compliqué pour lui d'y aller, enfin, j'ai su par les puéricultrices et la TISF que moi, j'étais maudite et qu'il ne voulait plus me voir.

Donc quand madame a ramené ses enfants, une fois avec la TISF et l'éducatrice qui s'occupe de l'AED, bein, monsieur n'était pas là, et comme ça dure longtemps, ces consultations je les vois en dehors des consultations du tout venant, je veux prendre du temps, c'est souvent des consultations qui durent 1H- 1H30, on a du temps, et monsieur est revenu chercher madame en lui demandant pourquoi elle avait mis autant de temps et il était furieux contre moi quoi.

Et j'ai compris après, parce que je ne savais pas pourquoi, mais j'ai compris après que c'était parce que j'étais la cause de sa misère au travail. Mais il a été prévenu, il ne pouvait pas garder ça.

Je pense que quand même, bein vous verrez après hein, mais je pense que pour faire ce travail là, faut pas être trop jeune, bein faut vraiment avoir envie quoi. Ouais, parce que ce n'est pas toujours facile, là, j'ai une interne, elle ne dort pas tous les soirs (rigole), des cauchemars (soupir), surtout quand elle a fait des écoles seule, et avec des problèmes et bein, j'étais pas là, c'est difficile, enfin elle a le numéro de tel d'une collègue au cas où, mais ça n'en été pas à appeler la collègue, mais en tout cas elle a été interpellé.

I : Au terme de cette consultation, comment avez vous pris votre décision?

M7 : Non, de toute façon, la décision, elle se prend toujours de façon collégiale au cours d'une commission d'évaluation. Donc je ne la prends jamais seule.

I : Pouvez vous nous expliquer un peu le cheminement pour prendre cette décision?

M7 : Euh, dans cette situation?

I : Oui.

M7: Euh, bein dans cette situation, l'évaluation de l'information préoccupante est faite une AS de secteur, enfin une AS nommée plus une puer. Donc elles y sont allées à deux et au terme de leur évaluation, le dossier est passé en commission d'évaluation, donc dans les 3mois, l'évaluation doit être rendue au siège, avec une proposition.

Donc la première proposition a été une aide éducative à domicile, mais le dossier est repassé en commission au vu des inquiétudes qu'il y avait aussi à la maison et des "verrous" je dirais de la famille, ils arrivaient pas trop à... en tout cas de madame, et des inquiétudes et du comportement des deux aînés à l'école qui sont tous les deux dans la même école maternelle, et donc une demande de placement a été faite pour le premier en tout cas, et ça n'a pas été suivi.(...)Ca n'a pas été suivi, non plus par le CMP. Le CMP n'a pas voulu pour cette situation, et euh (réfléchit) euh (réfléchit), euh je ne sais plus ce qui s'est passé pour cette situation, bon je sais plus. Je suis entrain de me tromper dans les deux situations là. Enfin, les enfants n'ont pas été placés. Ils sont toujours à domicile.

I : Comment se passe le suivi avec les enfants?

M7 : Ah moi, euh, elle a eu son 4eme enfant, elle vient le faire peser une fois, après on ne le voit plus. Et elle devait me rappeler car je devais la revoir dans les 6mois, les 6mois c'était au mois de mars, je lui ai proposé un RDV, elle n'est pas venue. Elle a toujours un prétexte médical. Voilà, son mari qui va pas bien, c'est vrai, il a été hospitalisé, il a été ré-opéré enfin bon, donc pour elle c'est un peu compliqué mais... euh, bon.

Et elle nous noie nous toujours dans des trucs médicaux, ça elle aime bien, ça les médecins, etc mais par contre pour venir ici c'est toujours compliqué. Donc elle a pas repris RDV, on devait se rappeler, elle n'a pas repris RDV, à la sortie de monsieur, elle a pas repris RDV. Ca va se faire...(soupir)

Le petit, il est suivi en ville. Ah si si, il est suivi en cabinet, si si. Elle les fait suivre quand même mais bien sûr, elle voit un pédiatre à l'autre bout de la ville donc comme ça on connaît pas trop (baisse la voix, toussé). Et elle donne au change, parce que c'est une dame qui est plutôt, euh, enfin qui s'habille correctement qui est plutôt mignonne et qui connaît bien ses enfants, qui est assez fine et puis qui connaît bien les travailleurs sociaux hein.

Elle connaît bien le système, puisqu'elle en a eu, elle a eu affaire aux travailleurs sociaux dans sa jeunesse. (...)(soupir).

I : En pratique, en règle générale, à quelle(s) ressource(s) avez vous a faire quand vous êtes face à une situation d'enfance en danger?

M7 : Au début de mon exercice, bein je ne travaillais pas avec la PMI, quelle horreur! J'ai trouvé ça vraiment très dommage quand j'ai travaillé en PMI.

Voilà, il y avait des enfants que je voyais en remplacement qui été suivi par la PMI, mais en fait je connaissais pas du tout le travail de la PMI. Et je trouve ça dommage, que pendant leur formation, les pédiatres ne passent ne serait ce qu'un mois en PMI. C'est pas forcément beaucoup, mais ne serait ce que comment ça marche, ce qu'on y fait, parce que c'est un travail de collaboration qui peut être très, très bien. Sur Toulouse, avec les collègues, moi j'ai une collègue pédiatre avec qui on travaille, qui m'appelle si y'a des soucis et vice versa si y'a besoin de TISF, de passage de puer à domicile. Il n'y a pas de soucis là dessus.

Donc, les ressources qu'on a, bein, il y a beaucoup de ressources en local, nous c'est : les TISF, les puéricultrices, les éduc, moi j'ai beaucoup travaillé avec l'ASE, aussi, assistants sociaux aussi mais finalement, en PMI, moi je trouve qu'on travaille beaucoup avec l'ASE, ça c'est clair. On est très en lien, puis on connaît bien les familles quoi. Après, les assistants sociaux, c'est un peu compliqué ici, parce que je trouve que (soupir), bah, il y en a beaucoup et savoir qui suit qui, la famille, enfin moi je suis pas très..., enfin je demande à ma secrétaire qui suit la famille c'est pas si clair quoi. Tandis que... (euh), puis les familles suivies par l'ASE c'est quand même souvent un peu plus important.

(baisse la voix), il y a un suivi plus proche.

Après, les CMP, on travaille bien avec les CMP, euh, les unités de Périnat dans les maternités, à Paule de Viguier euh, (réfléchit), et les écoles. Beaucoup, beaucoup, beaucoup, on se connaît bien avec les écoles! (sourit)

I : Pour revenir un peu à la situation que vous nous avez exposé au début, comment cette famille a réagi à l'annonce de la mesure éducative qui leur a été proposée?

M7: Ah, pas très bien, pas bien, mais ils se sont sentis coincés, donc en plus cette dame avait été place, elle ne voulait pas d'un placement pour ses enfants, donc elle a accepté l'AED parce qu'elle savait que sinon c'était le placement. Donc elle a été obligé d'accepter cet AED,

d'emblée, la première fois et puis, bein à chaque fois que le couperet va tomber bein, elle fait des efforts, pour essayer de passer outré, enfin pour essayer de passer outré, je comprend hein, mais euh, je pense euh, que le comportement de son ainé ne s'améliore pas quand je le vois à l'école donc, euh. Et elle est très exigeante avec lui, beaucoup plus qu'avec les autres. Elle lui demande des choses qu'on a pas demandé d'un enfant de cet âge la.(...)

I : De quel ordre par exemple?

M7: Euh..., d'être calme, d'être complètement autonome, de s'occuper des petits euh. Il n'a pas le droit de jouer presque, enfin il n'aurait pas le droit parce qu'il est grand, pas faire de bruit, pas faire...rien. Pas de tendresse, non plus, on ne peut pas dire qu'il y a de la tendresse.(...)

I : Quelles ont été vos difficultés, vos craintes, vos appréhensions, dans la prise en charge de cette famille?

M7 : Euh..., des craintes dans cette famille, euhhhh, bein des craintes sur le développement des enfants oui, plus qu'une, ça c'est sur, des conséquences de cette rigidité de madame, oui, et puis de ce monsieur, enfin qui s'implique quand même un peu plus heureusement, mais euh, c'est elle qui tient les cordes de toute la famille, donc c'est elle, c'est elle qui, qui ... gère et qui donne... la ligne. C'est elle, qui est plutôt rigide, très très rigide. Ouais, j'ai des craintes! Mais euh, c'est pas là où...,c'est pas des craintes de décès, c'est pas des craintes d'infanticide en tout cas. C'est déjà une bonne chose...(rigole), c'est pas la même chose que dans d'autres familles.

I : Et donc, après, quelles ont été les suites?

M7 : Le dossier est sous vigilance extrême, il y a une... pas une équipe éducative mais une synthèse bientôt, ouais, il y a un suivi, malheureusement je ne serai pas là, mais il y a un suivi, on va peut être changer la date (soupir). Non, hein, il y a un suivi de près hein, ça ne va pas s'arrêter comme ça!

I : Quels ont été vos rôles dans les suites de ces démarches?

M7 : Et bein, j'ai eu un rôle, puisque j'ai quand même suivi les enfants en consultations, puis j'ai vu les enfants en école, les deux premiers en école. Un l'an dernier et un cette année. Donc, oui, un rôle avec les écoles, et puis avec la psychologie scolaire, la TISF et la puer.

I : Comment se sont déroulées les autres consultations avec les autres enfants une fois ces mesures prises?

M7: Il y a eu, euh, après la mesure, je ne les ai vu qu'une fois, enfin une fois euh, oui, parce que une fois c'était au niveau de l'information préoccupante et je crois qu'il n'y avait pas encore la mesure, c'était pas encore passé devant le juge. Mais là, depuis la mesure, oui une fois je dirais. Ah oui elle va venir (soupir). Je l'ai vu une fois avec la TISF et l'éducatrice et madame euh, parle beaucoup, très volubile, mais n'écoute pas beaucoup quoi. Elle n'est pas avide de conseils, voilà, pas du tout.

I : Quelle(s) repercussion(s) pensez vous qu'il y a eu dans le suivi qu'on aurait pu avoir avec cette famille?

M7 : Quelles repercussions, pour la famille? Est ce que ça a été bénéfique pour la famille? Bein si il n'y avait pas eu de mesure, je pense que les enfants auraient été peut être en hôpital de jour, pour l'ainé en tout cas, et puis le deuxième, il prend le chemin, euh, et le troisième il a un retard déjà, psychomoteur, puisqu'il ne marchait pas à 18mois., parce qu'elle le laissait beaucoup en poussette.

Là, elle a eu une fille après trois garçons, donc on verra, mais je ne sais pas si je la reverrai elle. Mais euh, mais quelles repercussions, bein je pense des repercussions psychologiques, de comportement, c'est surtout ça.

C'est grave parce que c'est euh..., c'est grave parce que c'est euh, c'est euh, ça pourrait ne pas arriver, si elle entendait quelque chose, si elle voulait faire quelque chose, ça pourrait. Et elle a les capacités, c'est ça qui est d'autant plus grave. Elle laisse ses enfants, là. (soupir).

Pas forcément pour la séparation, je ne suis pas forcément pour la séparation avec les parents d'emblée mais au contraire, pour travailler, puisque ce que l'on peut dire aux parents lors des premières visites comme ça, c'est qu'on ne leur reprochera jamais d'avoir des difficultés, par contre ce qu'on peut leur reprocher c'est de ne pas en parler. Voilà, et de ne pas se faire aider.

Donc, elle l'a entendu plusieurs fois, mais c'est très compliqué. Donc même après 6mois ou 1an d'AED, enfin presque 1an d'AED, elle mettait encore un balai pour fermer la porte de son fils, qui a euh, même pas 5ans. Et à 7h du soir, voilà, jusqu'au lendemain 7h, donc le deuxième qui fait encore la sieste 3h, bein forcément il ne s'endort qu'à 11h ou 10h30 parce qu'il fait la sieste et c'est un âge intermédiaire, hein, 3-4ans, pour faire la sieste et dormir le soir. Mais s'il ne s'endort pas avant 10H, c'est pas grave, il est à 7H30 dans sa chambre fermée et puis il s'endort à 22h. Je ne vois pas l'intérêt! (...). Et on a beau lui expliqué, c'est compliqué!

I : C'est une dame qui est jeune?

M7 : Oui, elle a 22-23ans, et le monsieur est assez jeune aussi. C'est le père de tous les enfants par contre.

I : Face à cette expérience, et je suppose qu'il y en a eu d'autres, comment vous sentez vous face à l'enfance en danger?

M7 : Euh, comment je me sens par rapport à ça euh..., Je ne me sens pas mal à l'aise parce que ça fait 12ans que je suis en PMI, donc j'ai vu quand même quelques... quelques cas. Par contre j'ai besoin de l'appui des collègues, parce que à vivre ça tout seul c'est trop compliqué, beaucoup trop, trop compliqué à gérer, trop compliqué à absorber. J'ai besoin d'en discuter pour pouvoir avancer, pour pouvoir se remettre en cause, pour trouver de meilleures solutions ou... imaginer d'autres solutions aussi pour les familles que... que les premières des fois qui ne marchent pas. Faut travailler en équipe, obligatoirement! C'est trop lourd, beaucoup trop lourd sinon!

I : Des choses vous aurez manqué pour gérer encore mieux ces consultations difficiles? Des outils vous auraient il manqués?

M7: Bein, nous ce qu'il nous manque cruellement, et encore on travaille assez bien avec les psychologues de l'ASE, mais il manque du "temps psychologue", c'est clair. Pas pour aider les familles, mais euh, en PMI on a besoin de psychologue. On la sollicite mais bon, ils sont très très prisés par l'ASE. Les psychologues, c'est tout. Parce qu'on a des puers, des travailleuses familiales. Moi j'ai de la chance ici en consultation, d'avoir une association qui vient faire l'animation en salle d'attente, qui nous aide beaucoup. Parce qu'après il y a des commissions, il y a des temps où on peut en discuter et plein de temps informels aussi autour des repas où forcément, bein on se donne des infos et puis après il y a les temps d'institutions, institutionnels... Oui c'est ça. Alors ce que j'ai pas, qu'on a pas fait ici, c'est un temps PMI avec les AS pour parler un peu plus de tout ça mais bon, on court après le temps tout le temps! Du temps...

I : Dans votre pratique, , qu'est ce qui pourrait être améliorées pour vous aider encore plus dans ces situations?

M7: Des formations, bein des formations c'est toujours bien d' avoir des formations sur... sur la Maltraitance en elle meme, non, après euh, enfin maltraitance de l'enfant avec les signes ça, pas forcément, après par contre c'est toujours interessant d'avoir des formations sur les parents qui ont des problèmes psychologiques, sur la violence intrafamiliale. On a eu une formation, si, sur les violences institutionnelles, l'an dernier en équipe, ça c'était très bien. Ca a un peu soudé l'équipe, bein en partie hein, celle qui en font. Bref, ca c'était interessant! Après, euh, j'en ai fait quand meme des formations, un peu déjà donc euh...,voilà (sourit)je suis plus orientée vers d'autres ... après la prise en charge de l'enfant vulnérable, voilà, ça m'interesse beaucoup plus, toutes ces formations là.

I : Très bien, c'était ma dernière question, pensez vous que nous avons oublié quelquechose, un detail qui vous viendrez à l'esprit?

M7 : Un détail, c'est d'être très vigilant, qu'on soit très vigilant. En meme temps, à l'écoute, en meme temps en alerte tout le temps.

I : Quel conseil donneriez pour l'exercice en Médecine générale?

M7 : Bein, dès qu'il y a un doute, ou dès qu'il y a une maman en difficulté, ou dépressive ou des parents... enfin, qu'il y a un doute, appeler la PMI. Meme si eux, ils n'ont pas tout de suite le médecin, ou c'est compliqué, bein on rappelle. En plus maintenant, il y a les portables, moi je donne mon portable facilement, si il y a besoin pour pouvoir se rappeler parce que sinon on est en école, on est à droite, on est à gauche, et c'est compliqué de nous avoir au telephone, c'est pas toujours simple. Mais ce que...Oui, c'est connaître la PMI et savoir coment ça fonctionne. Parce qu'on a beaucoup de mamans qui sont..., en plus avec les..., en ville, enfin moi j'ai travaillé en region parisienne donc à Meaux et euh, ce qui se passait c'est qu'il y avait beaucoup de couples qui s'excentraient de Paris parce que les loyers étaient chers et se mettaient dans ces villas avec euh..., bein souvent ils venaient travailler à Paris mais étaient de Bordeaux, de Marseille, de...voilà, complètement seuls, pas de famille du tout et une mère qui accouche après, bein c'est très isolé, c'est très difficile et plus d'amis où tout le monde travaillaient, le mari qui travaillait et partait toute la journée. Il y avait pas mal de couple un peu dépressifs! De savoir aussi qu'à la PMI, bein on oriente aussi vers des associations, vers des lieux d'accueils, vers des choses où elles peuvent se rencontrer aussi. Et ça...avoir des conseils aussi, et puis connaître la PMI quoi, travailler. Dès qu'on a une inquiétude, travailler!

Nous, ça nous arrive aussi ,d'appeller le médecin traitant et dire "Attention si vous voyez la famille, pensez à examiner...". Moi ça m'est arrivé pour certaines familles "Pensez à examiner au niveau du sexe à chaque fois et de l'anus et dès qu'il y a une anomalie ou une suspicion, vous nous appelez! Soyez très vigilant! Voilà... il y a de fortes suspicions! On est inquiet" Voilà.

C'est travailler en partenariat, mais encore faut-il qu'on se connaisse... (sourit)C'est le problème!(sourit)

J'avoue, j'ai pas fait le tour des médecins généralistes du quartier...(sourit)

I : Je vous remercie.

ANNEXE 5 : Tableau d'analyse

CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	SOUS SOUS CATEGORIES	SOUS SOUS SOUS CATEGORIES	VERBATIM
Motivation du refus de participer à l'étude	N'ont jamais été confronté			
	Ont été confronté mais ne se souviennent plus du dossier			"c'était il y a très longtemps, je n'avais pas encore le dossier informatiser" "je ne pense pas pouvoir bien me souvenir de l'histoire."
	Absence de réponse			
Perception de l'enfance en danger	Danger immédiat	Maltraitance physique		E3 "Après de la violence physique, je pense que j'en ai vu deux ou trois" E4 "qui présentait des marques suspectes sur le corps. Euh qu'elle attribuerait au père de l'enfant. Et l'enfant aurait parlé en disant que c'était son père qui l'aurait frappé, qui l'avait...voilà, qui l'avait griffé." E5 "cas les plus graves, de maltraitance notamment physique" E7 "il avait reçu un coup de pied par sa mère sur le visage..."
		Abus sexuel		E5 "elle a subi des attouchements de la part de son papa" E6 "Papa il fait mal au pipi!" E6 "Papa, il a pris son zizi et il l'a mis sur mon pipi!" "Papa, il met les doigts dans mon pipi" heu...et...il... et "papa il fait mal?" "oui ça fait mal, je lui ai dis que ça fait mal mais lui, il continue". E6 "C'était l'histoire d'un petit garçon, (...) il me dit "sperme" (...) je lui ai dis "tu sais ce que c'est toi?", il me dit: "oui! J'en ai vu.""
		Défaut de soin engageant le pronostic vital		E2 "On a été appelé par l'hôpital pour une petite qui a 15 jours a fait une bronchiolite gravissime, elle a été hospitalisée 3 semaines" E2 "Le 3 ^e enfant est quand même revenu avec une hypoglycémie, il a été hospitalisé"
	Danger au long court	Maltraitance		E3 "j'ai été confronté ça a été plus souvent des violences psychologiques"

	psychologique	<p>E4 "des dénigrement, euh, ..., des insultes, des..., euh, voilà être rabaissé en permanence ou vivre des conflits de couple, être le témoin de conflits au sein de la famille"</p> <p>E5 "Il peut y avoir des...des souffrances psychologiques"</p> <p>E7 "C'est à dire, coucher ses enfants à 19h, fermer la porte avec un balai pour ne pas qu'ils sortent, avoir des exigences avec des enfants de 4ans, qu'on ne peut pas avoir."</p> <p>E7 "Elle lui demande des choses qu'on a pas a demandé d'un enfant de cet age la(...) d'être calme, d'être complètement autonome, de s'occuper des petits euh. Il n'a pas le droit de jouer presque"</p> <p>E7 "c'est la rigidité de la mère, avec des violences psychologiques."</p>
	Négligence	<p>Carence de soin lié au nomadisme médical</p> <p>E1 "ils n'ont pas déménagé dans la minute, hein ils sont pas perdus, mais 2-3mois après ils ont déménagé"</p> <p>E2 "La famille est partie, elle est partie dans un autre département, dans la famille de madame."</p> <p>E2 "bin ils viennent pas au premier rendez-vous, on reconvoque, le 2^e, ça prend du temps, on essaye de les relancer, de les rappeler"</p> <p>E2 "on avait pu le suivre un peu en PMI mais rapidement elle a cessé de venir de façon un petit peu, voila, détourné sans trop d'excuse"</p> <p>E3 "des épuisements parentaux qui entraînaient un trouble, surtout, dans le soin, dans...dans la prise en charge de l'enfant (...) carence de soins, difficultés de soins."</p> <p>E7 "elle vient le faire peser une fois, après on ne le voit plus. Et elle devait me rappeler car je devais la revoir dans les 6mois, les 6mois c'était au mois de mars, je lui ai proposé un RDV, elle n'est pas venue."</p> <p>E7 "elle voit un pédiatre à l'autre bout de la ville donc comme ça on connait pas trop"</p> <p>E7 "c'est une famille que je ne suivais pas du tout, car elle ne voulait pas être suivi en PMI"</p>
		<p>Carence de soin lié au défaut d'hygiène</p> <p>E2 "la maman avait un problème d'hygiène ce qui était déjà constaté sur le premier enfant"</p> <p>E2 "des biberons qui n'était pas lavés, avec les poubelles qui traînaient, les couches par terre"</p>
		<p>Carence éducative</p> <p>E1 "ils avaient du mal à apporter une stabilité à l'enfant quoi"</p> <p>E1 "ça m'est arrivé d'aller chez eux une fois c'était le cirque."</p> <p>E2 "pour objectiver effectivement le retard, en disant là on a 6mois de retard"</p> <p>E5 "des problèmes éducatifs au sein de la famille qui peuvent interférer sur la santé de l'enfant"</p> <p>E7 "coucher ses enfants à 19h, fermer la porte avec un balai pour ne pas qu'ils sortent, avoir des exigences avec des enfants de 4ans, qu'on ne peut pas avoir"</p>
		<p>Carence alimentaire</p> <p>E1 "la prise en charge sur le plan alimentaire la courbe de poids qui casse"</p>

			E7 "un enfant qui fouillait, que j'ai retrouvé dans la cuisine en train de fouiller parce que visiblement, ils avaient pas mangé suffisamment chez eux"
Enfants à risque	Antécédents familial de maltraitance		E2 "le plus grand on avait pu le suivre un peu en PMI (...) On a retrouvé cet enfant en bilan d'école maternelle où là de nouveau j'ai trouvé des négligences importantes au niveau physique et du développement" E2 "problème d'hygiène ce qui était déjà constaté sur le premier enfant" E2 "on avait déjà fait un premier signalement, avant qu'ils partent" E2 "je veux que là, puisqu'il y a avait déjà une mesure sur les 2 plus grands, qu'il y ait la mesure sur la 3 ^e " E3 "beaucoup c'est des situations de conflit de violence conjugale dont l'enfant est très souvent témoin" E3 "j'ai refusé en expliquant que il y avait déjà eu de gros problèmes au cours du premier" E7 "demande de placement a été faite pour le premier" E7 "Elle connaît bien le système, puisqu'elle en a eu, elle a eu affaire aux travailleurs sociaux dans sa jeunesse"
	Trouble psychiatrique parentaux		E2 "la maman était un petit peu déficiente je dirais, elle l'ai toujours, le papa plutôt rustre" E2 "en disant à la maman vous êtes limité dans votre rôle parental" E2 "je crois que la maman n'est pas en capacité de pouvoir apporter un maternage suffisant" E2 "la mère elle-même a été placée plus jeune" E3 "épuisement maternel, euh...assez évident à trouver (...) finalement en dialoguant avec elle, petit à petit, elle se sentait débordée par cet enfant, par la situation personnelle et euh, de grosses difficultés à s'apaiser pour s'occuper de l'enfant." E3 "son mari qui ne dormait plus, qui avait replongé dans la toxicomanie" E3 "le père avait un syndrome paranoïde" E4 "2 parents qui avaient des déficiences, en tout cas sur le plan intellectuel des limites cognitives évidentes, et un milieu donc très très très carencé" E4 "la maman avait des troubles aussi dépressif, et ne se traitait pas " E7 "elle était rigide, parce qu'elle avait une mère qui était très très laxiste au contraire et qui lui faisait tout faire, et lui était très très souple, parce que il avait au contraire des parents qui étaient des gens très très rigide à la maison." E7 "qu'elle avait certainement besoin d'un suivi psychologique, qu'elle en avait eu un, qu'elle avait arrêté, qu'elle ne voulait plus faire "
	Situation sociale défavorable	Age	E1 "c'était un jeune couple en fait. Ils étaient très jeunes"

			<p>E3 "C'était un couple de jeunes parents. Je pense que la mère devait avoir 22ans et le père, il était plus âgé, il devait avoir une trentaine d'années"</p> <p>E7 "elle a 22-23ans, et le monsieur est assez jeune aussi"</p>
			<p>Divorce</p> <p>E6 "un couple divorcé"</p> <p>des doutes quant au comportement de son ex compagnon</p>
			<p>Chômage</p> <p>E3 "le père a été...qui avait un travail de nuit, s'est retrouvé au chômage"</p> <p>E7 "ce monsieur ne travaille pas, il a pas mal de problèmes médicaux, ce qui fait qu'il ne peut travailler"</p> <p>E7 "j'étais la cause de sa misère au travail"</p>
Réactions des médecins face à l'enfance en danger	Le médecin est déterminé	Lorsqu'il est sur de son diagnostic il lance la procédure	<p>E2 "je suis plus à l'aise dans le fait de pouvoir évoquer avec les parents"</p> <p>E2 "Alors pas du tout mal à l'aise. J'étais très à l'aise parce que j'avais posé les choses"</p> <p>E2 "Je leur ai bien montré clairement et c'était absolument objectif qu'elle était en retard"</p> <p>E2 "Puis cette famille j'avoue que je ne la lâcherais pas, j'avoue"</p> <p>E3 "j'ai refusé en expliquant que il y avait déjà eu de gros problèmes au cours du premier"</p> <p>E3 "je ne suis pas confronté forcément à des maltraitements physiques qui nécessitent des interventions en urgence. Les rares fois où ça s'est présenté, c'était assez...euh...assez évident. Ca a été sur des dénonciations d'enfants en direct"</p> <p>E4 "c'est plus facile, parce que si on constate vraiment un enfant qui a des marques sur le visage très évocatrices de coup on va pas trop se poser la question"</p> <p>E5 "Et, dans l'urgence aussi de la situation, comme elle devait partir 48h plus tard avec le papa, en plus du certificat qu'elle va remettre, elle, directement à son avocat, du fait que les démarches judiciaires sont en cours, je lui propose faxer immédiatement le certificat au Procureur et à son substitut qui est en charge du dossier"</p> <p>E6 "avec 20ans d'expérience, je me suis sentie très bien, ce n'était pas un problème pour moi"</p> <p>E6 "je n'ai pas ressenti heu, de gênes particulières (...) j'étais sécurisée, c'est à dire que je savais très bien comment il fallait faire après, à qui j'allais l'adresser et comment on allait faire, voilà, j'avais tout un schéma déjà, en tête de comment j'allais m'y prendre. Et de toutes façons, même si la gamine m'aurait dit exactement le contraire de ce qu'elle avait prétendu à sa mère, le cheminement dans ma tête était le même."</p> <p>E6 "quand même de l'adresser et de continuer l'enquête."</p> <p>E6 "si elle ne les faisait pas d'elle même, c'est moi qui allais les faire, puisque je suis plus tenue au secret médical, c'est une mineure"</p> <p>E6 "la connaissance, une fois qu'on l'a, qu'on sait le trajet à suivre etc, etc, qu'on s'est blindé"</p>

			avec les années d'exercice, ça roule tout seul."
	Le médecin sait qu'il doit agir mais ne connaît pas bien la procédure		<p>E5 "Parce que bon, dans la théorie, on sait que ça se passe comme ça, mais bon, je vous avoue que le Procureur, je ne l'avais jamais appelé, je ne savais pas trop si je peux le joindre facilement. Donc, bon les premières fois se sont passées assez facilement, et là quand je l'ai vu dans cet état là, j'avoue que je ne savais pas si...euh, justement comme il y avait déjà des démarches en cours, est-ce qu'il fallait quand même refaire un signalement? est-ce qu'il fallait que je rappelle le Procureur directement? Est-ce qu'il fallait faire une mesure comme quand on le découvre? J'avoue que euh... je ne savais pas trop comment faire."</p> <p>E6 "là ça a été un peu difficile parce que je savais pas quoi faire. Il était très tard le soir et je savais pas quoi faire de ce garçon avec sa maman. Et donc là, j'étais là, j'ai dit "Mon dieu, mais à qui je dois m'adresser?"</p> <p>E6 "je ne savais pas qu'est-ce qu'il fallait faire et à qui m'adresser."</p>
	Il pose le cadre		<p>E2 "Ca a donné des arguments aussi à un moment pour dire bon bin là maintenant vous avez pas répondu, on a essayé de vous solliciter, maintenant ça serait important qu'on puisse vous voir un peu plus. "</p> <p>E2 "j'ai vraiment jalonné en disant là on va mettre en place une travailleuse familiale, on va mettre en place la crèche."</p> <p>E2 "j'avais été très claire avec ça au moment de faire le signalement je leur avais vraiment posé en tout cas ma façon de voir les choses"</p> <p>E3 "bon, bein, voilà, on a peut-être une solution de faire intervenir quelqu'un d'extérieur!" et quelque fois, c'est arrivé euh... de façon un peu excessive, où ça m'est arrivé de dire : "bein, vous savez, il vaut peut-être mieux que vous preniez les choses en charge maintenant, plutôt que ce soit la crèche, le voisin, ou quelqu'un qui va voir que ça se passe mal, qui fait faire une...une...(réfléchit), une dénonciation ou un signalement et où là, par contre, le signalement vous en perdrez un peu les tenants et les aboutissants."</p> <p>E6 "j'avais tout un schéma déjà, en tête de comment j'allais m'y prendre"</p> <p>E6 "par rapport à la maman, pour lui expliquer comment il faut faire, qu'il faut aller jusqu'au bout"</p>
Le médecin se sent destabilisé	Il se remet en question		<p>E1 "on se demande toujours si on fait bien, pas bien"</p> <p>E2 "Est-ce qu'on aurait dû, euh, voilà peut-être alerter plus tôt la psychologue ? Est-ce qu'on aurait pu les amener vers là plus rapidement ?"</p> <p>E3 "c'est difficile à des moments de faire la part entre la dépression du post partum euh...(réfléchit) et l'état psychologique de la maman etc...ou du papa"</p> <p>E3 "pour les démarches aussi, pour ne rien oublier parce que quelque fois en phase aigüe, on se dit bon "est-ce que j'ai bien pensé à tout? etc, "est-ce que c'est bien écrit? Est-ce que, par rapport à ce qu'on va écrire au Procureur, est-ce que j'ai mis les éléments pertinents sans aller trop loin? puisqu'il faut faire attention."</p> <p>E4 "cette famille a été suivie très longtemps, mais qu'on-t-il fait ?"</p>

			<p>E5 "je me dis, par rapport au papa, je me dis" aie, aie, aie, ce papa qui va débouler peut être dans ma consultation un jour, quelle va être mon attitude à moi vis à vis de lui?"</p> <p>E5 "justement comme il y avait déjà des démarches en cours, est ce qu'il fallait quand meme refaire un signalement?est ce qu'il fallait que je rappelle le Procureur directement? Est qu'il fallait faire une mesure comme quand on le découvre? J'avoue que euh... je ne savais pas trop comment faire"</p> <p>E5 "Après, est ce qu'il fallait vraiment réagir comme ça? Je ne sais pas..."</p> <p>E6 "j'ai réfléchis, je me suis dis, est ce que j'ai fais ça parce que j'étais son médecin traitant, est ce qu'il y a eu du parti pris"</p> <p>E6 "je pense que j'ai eu de la chance d'avoir entendu le mot, parce qu'il était pas évident que je l'entende. C'était sur le pas de la porte, je sais pas pourquoi, le gamin, il me l'a sorti comme ça"</p>
	<p>Il perd ses illusions</p>		<p>E2 "Et la justice qui est toujours en cours. Nous l'avons étendu au 3^e enfant (...) maintenant il faut que la justice se saisisse"</p> <p>E2 "C'est pas sûr qu'on soit suivi par le juge des enfants"</p> <p>E3 "s'il y a un signalement, fait par quelqu'un extérieur, souvent le placement est quand meme décidé rapidement." Enfin, c'est façon de parler, parce que ce n'est pas vraiment la vérité... Bon! (soupire)"</p> <p>E3 "comme je disais, pour le cas précédent, le père était (réfléchit), plus réticent à cette aide extérieure donc, euh...(réfléchit) là pour eux, ça m'a pris cinq semaines avant qu'ils aient la première visite des éducateurs et là j'ai trouvé ça long!"</p> <p>E3 "C'est vrai que quand on essaie de passer dans cette démarche de le...de le conceptualiser, de l'accepter, finalement on a un délai, alors que la situation est quand même aigue. Il y a un délai qui est quand même un petit peu délétère."</p> <p>E5 "elle n'est pas partie tout de suite avec le papa, mais malgré tout, le juge n'a pas...n'a pas statué en faveur de la maman et elle a dû, quand meme partir avec le papa, pour finir la semaine."</p> <p>E5 "meme s'il y a des démarches qui sont déjà en cours, il y a toujours cette situation, cette maltraitance qui est encore actuelle, du fait de la lenteur un petit peu de l'administration et des services judiciaires"</p> <p>E5 "bon maintenant, comme cela fait 2 ans que ces procédures euh..trainent, elle est malheureusement un peu habituée à ce que des fois il y ait des situations plus complexes et à ce que sa fille passé par les urgences. "</p> <p>E6 "D'autant plus que jamais j'aurai cru que dans ce couple , il pourrait y avoir...un problème de cet ordre là. Jamais, je n'aurai pensé que le papa aurait pu faire un truc pareil"</p> <p>E7 "à proposer également un placement, qui n'a pas été suivi, voilà..."</p> <p>E7 "C'est des enfants qu'on a envoyé au CMP, le CMP nous a pas suivi, non plus bon"</p> <p>E7 "il y avait des suivis médicaux à faire et puis des conseils mais, bon on voit bien que les conseils...les conseils ne sont pas suivi"</p> <p>E7 "bein à chaque fois que le couperet va tomber bein, elle fait des efforts, pour essayer de passer outré, enfin pour essayer de passer outré, je comprend hein, mais euh, je pense euh, que le comportement de son aîné ne s'améliore pas"</p>

		<p>E7 "Ah oui elle va venir (soupir). Je l'ai vu une fois avec la TISF et l'éducatrice et madame euh, parle beaucoup, très volubile, mais n'écoute pas beaucoup quoi. Elle n'est pas avide de conseils, voilà, pas du tout."</p> <p>E7 "c'est grave parce que c'est euh, c'est euh, ça pourrait ne pas arriver, si elle entendait quelque chose, si elle voulait faire quelque chose, ça pourrait. Et elle a les capacités, c'est ça qui est d'autant plus grave. Elle laisse ses enfants, là. (soupir)."</p> <p>E7 "Donc même après 6 mois ou 1 an d'AED, enfin presque 1 an d'AED, elle mettait encore un balai pour fermer la porte de son fils, qui a euh, même pas 5 ans."</p>
	Il doute, il est mal à l'aise	<p>E1 "je les ai pas envoyé aux urg... (n'a pas fini sa phrase)... enfin vous comprenez ça s'est passé, ..., c'était pas un cas de maltraitance aigüe je dirais, voilà, c'était plus... ils étaient... voilà, ils avaient du mal à apporter une stabilité à l'enfant quoi, voilà."</p> <p>E1 "ils semblaient ne pas apporter une sécurité à l'enfant, et c'est ça qui était déstabilisant et embêtant pour moi"</p> <p>E3 "Est ce que vous êtes d'accord pour que j'explique à des autorités que vous frappez votre gamin?". (Parle à voix basse) C'est plus gênant à expliquer mais bon"</p> <p>E4 "Alors il faut que je réfléchisse parce que là (rigole), il n'y en a pas qui me vienne comme ça, euh... (blanc de 10s puis demande à ce qu'on coupe le dictaphone le temps qu'elle réfléchisse)"</p> <p>E4 "Très mal à l'aise parce que c'était la première fois que je gérais ce genre de situation (...) je tâtonnais (...) Je me sentais un peu perdu"</p> <p>E4 "je me disais PMI (sourit), peut être eux vont m'aider dans ce domaine"</p> <p>E6 "Heu..., pas à l'aise parce que j'aurais eu peur d'avoir été maladroite ou d'induire des... réponses guidées, je ne sais pas si je me fais comprendre."</p>
Le médecin se déculpabilise		<p>E1 "c'est pas moi qui est envoyé un signalement au procureur"</p> <p>E2 "Nous notre positionnement c'est dire voilà, on a fait ça, (...), maintenant il faut que la justice se saisisse un petit peu et de voir comment on peut réellement protéger les enfants."</p> <p>E4 "moi j'ai pas essayé de le faire trop parlé non plus parce que j'imaginai qu'il risquait d'être interrogé derrière"</p> <p>E4 "c'est rarement nous qui signalons"</p> <p>E4 "on ne fait pas ça dans leur dos"</p> <p>E5 "j'étais plutôt rassuré, du fait que les choses soient déjà en place, que je n'ai pas à... à moi faire le signalement, appeler le procureur ou des choses comme ça"</p> <p>E5 "C'est vrai aussi que le fait que la maman connaisse bien ces procédures et ce qu'il est possible de faire ça m'a beaucoup aidé, j'avoue..."</p> <p>E6 "j'ai téléphoné au médecin de la PMI, et le médecin de la PMI donc, m'a dit qu'elle allait recevoir la petite et c'est elle qui s'occupait du signalement (...) J'ai dit ok, je te la confie"</p> <p>E6 "connaissant le papa, on peut pas porter de jugement, après tout il y a des choses qui se font"</p> <p>E6 "je pense qu'il ne faut pas être dans le jugement donc je me suis dit, on verra, moi je l'appelle pas le père, je fais rien de particulier, je m'occupe de la mère, c'est elle qui est venue ici"</p>

				<p>E6 "je n'ai pas fait le certificat pour la geole, par contre j'ai dis aux gendarmes que je refusais qu'il aille en geole parce qu'il était trop dépressif et que s'il se pendait ou faisait quoi que ce soit dans la truc, dans la...cellule, je ne voulais pas en être responsable" E6 "maintenant, l'affaire est aux mains de la justice"</p> <p>E6 "comme je leur dis, je ne suis pas experte. Hein, moi je fais que, mon devoir de médecin traitant de rapporter ce qu'elle m'a dit, la petite et puis de faire un examen clinique et de dire voilà ce que j'ai vu, ce que je n'ai pas vu. Après, je laisse..., les autres faire leur boulot. C'est pas..., c'est pas le mien." E7 "c'est pas des craintes de décès, c'est pas des craintes d'infanticide en tout cas. C'est déjà une bonne chose...(rigole)"</p>
Pratique de prise en charge	Cas des medecins libéraux	Déroulement de la consultation	L'écoute	<p>E4 "j'ai pas essayé de le faire trop parlé non plus parce que j'imaginai qu'il risquait d'être interrogé derrière" E4 "C'était surtout la grand-mère qui m'a témoigné de l'inquiétude sur le plan éducatif et de violences possible de la part de son gendre" E5 "et la petite avait un comportement assez inhabituel par rapport aux autres consultations. Elle était très agitée, a crié, a jeté les jouets dans la salle d'examen, alors qu'habituellement c'est une enfant qui est plutôt calme, posée. Là, elle était agressive envers sa maman, elle la tape, ce qui n'est pas du tout habituel chez elle. Donc, ce comportement m'interpelle un petit peu, je...j'essaie de savoir un petit peu pourquoi elle est comme ça" E5 "j'essaie de rediscuter un petit peu avec Ma., pour savoir pourquoi elle ne veut pas aller avec son papa, et Ma. me dit que son papa est méchant, que de toutes façons elle sait bien qu'il ne l'aime pas et que elle veut pas y aller parce que quand il lui donne le bain, il lui fait mal à la "mounette"." E5 "je discute avec la maman pour savoir, où elle en est exactement des démarches judiciaires et savoir s'il y a de nouveaux entretiens, s'il y a de nouveaux éléments qui sont apparus" E7 "on a discuté avec la petite, on a laissé parler la petite qui a rapporté mots pour mots les phrases que m'avez rapporté sa mère" E7 "demandé à la petite de me montrer comment...papa faisait. Alors, elle m'a montré, on avait pris une poupée et elle me montrait comment il faisait." E7 "un petit garçon, qui en partant sur le pas de la porte, heu, il est venu pour un problème quelconque, un problème ORL ou digestif, il me dit "sperme". Je le regarde, un petit garçon qui a, je sais pas, 7ans 8ans par là, mais je lui ai dis "tu sais ce que c'est toi?", il me dit: "oui! J'en ai vu." Donc on revient à la consultation, j'ai dis "ok, on repart pas.""</p>
			Le soutien aux familles	<p>E5 "En general quand je les vois, meme si elles viennent pour...simplement un rhume ou des certificats pour le sport, c'est toujours des consultations qui sont longues parce que on dévît toujours sur ce sujet là, aussi bien pour essayer de soutenir l'enfant mais aussi la maman" E5 "c'était plus un suivi pour des rhino, pour la maman, aussi la soutenir dans ces démarches là." E7 "ça a été un peu difficile, par rapport à la maman, pour lui expliquer comment il faut faire, qu'il faut aller jusqu'au bout, qu'il faut pas s'arrêter là, parce que la maman était terrorisée par rapport à toutes les démarches à faire, donc je lui ai dis que j'étais là et que j'allais l'accompagner dans les démarches."</p>

		L'examen	<p>E5 "faire un examen medical, bon gynécologique euh...je regarde juste, je ne vais pas examine plus précisément"</p> <p>E6 "ça c'est plutôt bien passé y a pas eu de réticence de l'enfant à ce que je l'examine"</p> <p>E6 "j'avais examiné la gamine, j'avais rien vu de particulier"</p> <p>E6 "elle est montée sur la table d'examen sans aucun problème(...)'examen j'ai fais comme si je faisais un examen de routine ORL, hein heu... ORL, les poumons, les machins, j'ai fais pareil."</p> <p>E6 "j'ai dis "on va regarder le...le pipi, comme tu l'appelles, en bas, pour voir", donc heu...en sachant qu'elle a déjà eu des vulvites cette enfant, donc je l'avais déjà examiné, elle..., sur ce plan là et donc ça ne lui a pas posé de problèmes à la petite de se déshabiller et de regarder, d'écartier les jambes "</p> <p>E6 "je n'ai rien fais de particulier, au niveau de l'examen clinique, je n'ai pas fais de prélèvements, je n'ai pas fais de... que l'inspection, j'ai regardé, je voyais qu'il n'y avait pas de lésions visibles à l'oeil nu et je suis pas allé fouiller plus loin."</p>
		Le certificat	<p>E4 "je me suis juste limitée à recueillir les propos de la grand-mère, la parole de l'enfant et euh... à faire un certificat comme on ferait un certificat au niveau médico-légal, des lésions que je constatais sans préjugé de la , enfin , de qui avait pu le faire et de la nature des lésions en fait."</p> <p>E5 "refaire un certificat pour refaire un petit peu le point sur ce qui a été dit aujourd'hui, pour renoter tout ce qui a été dit par la petite, son comportement et puis bon,faire un examen medical"</p> <p>E6 "j'ai fais bien sur un certificat initial hein, à la petite, puisque la maman me l'a demandé, dans lequel en fait je voyais rien, je décrivais, je voyais rien, point, et que je rapportais les dires, tout simplement."</p>
	Contact de la PMI		<p>E1 "j'ai pris en premier lieu un contact avec la PMI"</p> <p>E4 "donc j'ai appelé le médecin de PMI de Blagnac "</p> <p>E4 "qu'en effet j'avais en tête, je me disais PMI (sourit), peut être eux vont m'aider dans ce domaine là."</p> <p>E6 "j'ai téléphoné au médecin de la PMI (...) la PMI qui a adressé la petite après, à l'hôpital PURPAN chez Pr CHEIX"</p> <p>E6 "ça a été assez facile parce que j'ai très rapidement passé la main à la médecin de la PMI qui a fait toutes les démarches"</p>
	Contact de la gendarmerie		<p>E6 "je lui ai conseillé d'aller voir la gendarmerie"</p> <p>E5 "mon seul interlocuteur à cette heure là, c'était pour moi les gendarmes"</p>

	Contact du procureur de la République		<p>E3 "finalement il y a eu un nouveau signalement qui a été fait, directement, alors conjointement par le pédiatre et par moi auprès de la PMI. Là, par contre la situation s'est rapidement dégradée et il y a eu un placement des deux enfants"</p> <p>E3 "médecin de la DDAS. Je l'appelle et après en general il me demande à ce que je lui envoie un fax, avec un double au procureur de la République"</p> <p>E5 "je lui propose faxer immédiatement le certificat au Procureur et a son substitut qui est en charge du dossier."</p> <p>E5 "il y a effectivement eu une mesure d'OPP, elle est resté hospitalisé 3 jours"</p> <p>E6 "les gendarmes m'ont demandé de téléphoner au procureur"</p>
	Contact au Conseil Général		<p>E3 "on a fait une déclaration de vigilance et euh...les services sociaux sont intervenus ,avec des éducateurs qui sont passés à domicile"</p> <p>E3 "moi je fais quand même un signalement à la...au médecin de la DDAS"</p>
	Contact avec médecins hospitaliers		<p>E3 "il y avait un protocole avec le CHIVA où on faisait des sorties précoces"</p> <p>E5 "j'appel les urgences pour les prévenir de l'arrivée de Ma. Et sa maman"</p> <p>E5 "j'ai eu la chance de tomber sur un médecin très compréhensif, l'urgentiste a bien compris la situation"</p>
Cas des medecins de PMI	Suivi en réseau	Suivi médical	<p>E2 "J'ai bien expliqué ça avec l'hôpital on a bien travaillé en lien. J'ai expliqué ça , on a appelé la tante qui était ressource"</p> <p>E2 "Donc on suivait les enfants vraiment en tandem, chaque consultation avec la psychologue, ça a été très intéressant"</p> <p>E4 "si on sent qu'il y a des difficultés types dépressives chez la maman ou des difficultés dans l'établissement du lien on va essayer d'orienter la maman vers un psychologue ou un médecin psychiatre, ou vers des lieux d'accueil parents-enfant pour la soutenir dans la parentalité"</p> <p>E4 "on a commencé par des travailleuses familiales, par leur demandé de venir très régulièrement à la consultation, par des visites de la puéricultrice, ensuite on a proposé du soin en hôpital de jour plus spécialisé dans les troubles que présentait l'enfant"</p> <p>E4 "Nous on est une équipe, l'avantage c'est qu'il y a une puéricultrice le médecin, qu'on travaille toujours ensemble, que éventuellement si sur ces situations un petit peu compliquées il peut y avoir le soutien de la psychologue, qu'on a des réunions"</p>
		Suivi social	<p>E2 "la famille voulait pas la travailleuse familiale"</p> <p>E2 "La travailleuse familiale on y est toujours pas arrivé, ça n'a pas été possible, c'est difficile qu'il y ait quelqu'un qui vienne chez eux"</p> <p>E2 "abouti à une aide éducative par la justice, parce qu'ils n'avaient pas accepté l'aide éducative par le conseil général de façon administrative."</p> <p>E4 "proposer éventuellement une aide éducative"</p> <p>E4 "Ça peut être une dame qui peut intervenir à la maison qu'on appelle une travailleuse"</p>

			familiale"
		Lien avec le Procureur de la République pour signalement	E2 "on avait déjà fait un premier signalement" E2 "Moi ce que j'ai signalé c'est que je veux que là, puisqu'il y a avait déjà une mesure sur les 2 plus grands, qu'il y ait la mesure sur la 3 ^e ." E2 "effectivement ça a été très rapide pour mettre la mesure judiciaire sur la 3 ^e et très rapidement j'ai mis les jalons pour la socialisation, suivi PMI rapproché, et la puéricultrice qui va à domicile, et ça se fait toujours la puéricultrice y va régulièrement à domicile" E4 "on a fini par juger que pour ces enfants il fallait au moins un placement, quelques jours par semaines"
		Lien avec la cellule du Conseil Général	E2 "on fait un rapport on a un service, qui s'appelle le service d'enfant en danger, au niveau du conseil général donc on le passe nous en commission" E2 "Nous on travaille là en très étroite collaboration avec le Conseil Général surtout lorsqu'il y a des tout petits." E4 "si la famille refuse finalement l'accompagnement, fini par ne plus vouloir venir à la consultation ou accepter que la puéricultrice se rende au domicile (...) on va être amené à faire éventuellement de notre place ce qu'on appelle une fiche navette et à prendre contact avec le CED."
Limites	Parcours codifié mais difficile	Numéro de téléphone non connu du praticien	E1 "ce qui est compliqué pour nous parce que j'y ai repensé récemment, c'est que,..., par exemple on a pas le numéro de téléphone , enfin on peut le trouver, le procureur de la République" E5 " je vous avoue que le Procureur , je ne l'avais jamais appelé, je ne savais pas trop si je peux le joindre facilement."
		Intervenant peu disponible	E3 "signalement auprès du médecin de la DASS, qu'on arrive plus ou moins à avoir en direct au téléphone (...) donc la démarche n'est pas...enfin elle est bien codifiée mais elle n'est pas forcément simple" E7 "appeler la PMI. Meme si eux, ils n'ont pas tout de suite le médecin, ou c'est compliqué, bein on rappelle."
	Long délai de prise en charge		E3 "C'est à dire que s'il y a un signalement, fait par quelqu'un extérieur, souvent le placement est quand meme décidé rapidement." Enfin, c'est façon de parler, parce que ce n'est pas vraiment la vérité... Bon! (soupire)" E3 "on a quelque fois l'impression quand les parents acceptent la prise en charge, quoi qu'on fasse finalement il euh...il y a un délai et ce délai peut...peut trainer, parfois plus de trois semaines- un mois et là il y a quand même un délai qui fait que les parents sont venus, ils ont fini par acter la prise en charge et là vous avez trois semaines – un mois où là, rien ne se passe. Là, c'est vrai que c'est un petit peu délétère" E3 "là pour eux, ça m'a pris cinq semaines avant qu'ils aient la première visite des éducateurs et là j'ai trouvé ça long!"

		<p>E5 "je discute avec la maman pour savoir, où elle en est exactement des démarches judiciaires et savoir s'il y a de nouveaux entretiens, s'il y a de nouveaux éléments qui sont apparus. Mais bon, elle est toujours dans l'attente"</p> <p>E5 "meme s'il y a des démarches qui sont déjà en cours, il y a toujours cette situation, cette maltraitance qui est encore actuelle, du fait de la lenteur un petit peu de l'administration et des services judiciaires"</p> <p>E5 "bon maintenant, comme cela fait 2 ans que ces procédures euh..trainent, elle est malheureusement un peu habituée à ce que des fois il y ait des situations plus complexes et à ce que sa fille passé par les urgences."</p>
Manque de formation des médecins		<p>E4 "Et j'ai eu l'impression qu'il y avait eu des lacunes dans ma formation à ce niveau là. Je me sentais un peu perdu sur les démarches à envisager, en fait."</p> <p>E4 "on ne l'étudiait pas trop à la fac à l'époque, savoir comment on faisait face à une situation d'un enfant en situation de danger"</p> <p>E5 "je lui ai dit qu'il va falloir qu'elle s'adresse à des gens...je dirais, qui sont vachement plus compétents que moi, notamment au niveau de ces démarches administratives"</p> <p>E6 "c'était un problème de connaissances. Je ne savais pas , la démarche à suivre, je ne savais pas qu'est ce qu'il fallait faire et à qui m'adresser"</p>
Manque de coopération des familles		<p>E2 "rapidement elle a cessé de venir de façon un petit peu, voila, détourné sans trop d'excuse"</p> <p>E2 "la famille voulait pas la travailleuse familiale, ils étaient assez réticent pour tout ce qui était un petit peu stimulation, la crèche"</p> <p>E2 "La travailleuse familiale on y est toujours pas arrivé, ça n'a pas été possible, c'est difficile qu'il y ait quelqu'un qui vienne chez eux, c'est assez compliqué."</p> <p>E2 "premier signalement, avant qu'ils partent dans l'autre département, c'est pour ça qu'ils se sont enfui, qui a abouti à une aide éducative par la justice, parce qu'ils n'avaient pas accepté l'aide éducative par le conseil général de façon administrative"</p> <p>E2 "les parents, bin ils viennent pas au premier rendez-vous, on reconvoque, le 2e , ça prend du temps, on essaye de les relancer, de les rappeler, jusqu'à ce qu'on puisse les revoir en école maternelle"</p> <p>E2 "actuellement c'est très difficile de rentrer à la maison, ils veulent pas la laisser entrer, souvent c'est sur le pas de la porte ou vraiment entre 2 chaises, vraiment très compliqué"</p> <p>E4 "après on a des parents qui biaise, un coup ils viennent, un coup ils viennent pas"</p> <p>E7 "on a beaucoup de mal à travailler avec cette famille"</p> <p>E7 "puis des conseils mais, bon on voit bien que les conseils...les conseils ne sont pas suivi. Elle a accepté quand meme, aussi une travailleuse, une TISF, une travailleuse d'intervention sociale et familiale, mais bon, c'est très compliqué de travailler avec cette maman, tout le monde le dit."</p> <p>E7 "Et elle devait me rappeler car je devais la revoir dans les 6mois, les 6mois c'était au mois de mars, je lui ai proposé un RDV, elle n'est pas venue"</p> <p>E7 "elle l'a entendu plusieurs fois, mais c'est très compliqué. Donc meme après 6mois ou 1an d'AED, enfin presque 1an d'AED, elle mettait encore un balai pour fermer la porte de son fils,</p>

			qui a euh, meme pas 5ans"
		Le médecin traitant est trop impliqué au sein de la famille pour intervenir seul	<p>E1 "c'est difficile parce que par définition c'est une relation de confiance on va dire, euh, alors j'ai pas l'impression d'avoir trahi leur confiance, mais euh...,(...)Je pense que ça doit laisser des traces"</p> <p>E1 "de connaître la famille ça c'est,...., je trouve que c'est assez perturbant"</p> <p>E6 "la PMI donc, m'a dit qu'elle allait recevoir la petite et c'est elle qui s'occupait du signalement. Pourquoi? Parce que moi, j'étais quand même médecin traitant de l'ex, médecin traitant de la maman et de la petite. J'ai dis ok, je te la confie."</p> <p>E6 "la position du médecin n'est pas toujours très facile surtout quand on soigne toute la famille. Quand la maltraitance se fait par des gens qu'on soigne, c'est pas toujours évident."</p> <p>E6 "la position, je me dis, par rapport au papa, je me dis" aie, aie, aie, ce papa qui va débouler peut être dans ma consultation un jour, quelle va être mon attitude à moi vis à vis de lui?"</p> <p>E6 "je leur ai dis, vous savez, c'est un peu embêtant, je suis le médecin traitant, enfin l'ex médecin traitant, je traite la maman enfin bon"</p>
		Absence de retour sur la PEC	<p>E4 "mais quand c'est beaucoup plus grave que ça part au parquet, on n'a pas forcément le retour. Ça c'est un peu frustrant quand même."</p> <p>E5 "il y a plusieurs choses qui sont en place, que je connais via la maman mais moi je n'ai pas de retours sur ces prises en charge là."</p>
Répercussions	Relation Médecin-Patient	Renforcement du lien	<p>E2 "les parents reviennent en disant on voudrait cette fois un suivi avec vous, et vraiment que vous nous accompagniez"</p> <p>E2 "Puis cette famille j'avoue que je ne la lâcherais pas, j'avoue"</p> <p>E5 "la relation s'est mise en place assez rapidement et la confiance que m'a accordé cette maman."</p> <p>E5 "encore plus renforcé ce lien euh..médecin-patient qu'on avait jusqu'à présent"</p> <p>E5 "elle a vu que devant la situation, je suis intervenu, j'ai essayé de protéger au mieux sa fille donc je pense que ça a d'autant plus renforcé cette relation qui existait déjà auparavant."</p> <p>E6 "après c'est une amitié particulière qui s'est liée entre moi et cette femme, et le gamin "</p> <p>E6 "j'ai continué à suivre toute cette famille, et heu, (...), et en fait, le fait que le gamin peut être fasse confiance au médecin, me fasse confiance, ça l'a beaucoup touché, et ça a tissé un lien particulier entre nous, entre cette famille là, ouais, ouais, c'est...c'est particulier."</p>
		Rupture du lien	<p>E3 "enfin elle a fait le suivi pédiatrique avec mon associé et puis elle est retombé enceinte et donc je l'ai perdu de vue pendant euh (réfléchit) pendant neuf à douze mois"</p> <p>E3 "dans la majorité des cas, euh...suite au signalement, à plus ou moins longue échéance, j'ai euh... j'ai perdu euh...enfin j'ai perdu?, c'est pas moi qui ai continué à faire le suivi à l'issue"</p>

		<p>E3 "je crois qu'après ils ont du mal à repasser sous une relation de soins en dehors de ce côté là (...) Je pense qu'il y aurait eu un...un rejet complet, ils seraient partis. Je ne les aurai pas revus. Les patients chez qui finalement, euh...dont je parlais tout à l'heure, pour qui les deux enfants ont été placés, ceux là sont partis du cabinet et complètement. Après, ils sont repartis dans leur famille"</p> <p>E3 "ce côté un peu...légal a été peut être délétaire aussi."</p> <p>E4 "Après il y a des familles qu'on perd de vue"</p> <p>E6 "j'ai appris, donc par son ex, qu'il est allé se faire soigner par un autre médecin parce qu'il n'osait pas venir me voir."</p>
Transfert: forte charge émotionnelle pour le médecin		<p>E2 "c'est toujours très difficile, c'est à dire que ça fait parti des situations qui vous reste en tête même quand vous êtes à la maison, c'est-à-dire que quand vous avez enlevé la blouse ou ce que vous,...,on a passé le pas c'est parfois compliqué."</p> <p>E3 "Puis, d'un point de vue psychologique, je pense que c'est important d'avoir quelqu'un avec qui en parler (...) enfin je veux dire, c'est pas dans la démarche mais plus sur le fait de...livrer des choses qui sont quelque fois lourdes à entendre et voilà quoi. "</p> <p>E5 "consultations qui sont longues et éprouvantes aussi bien pour elle que pour moi finalement"</p> <p>E6 "Mon dieu, c'est la partie émergée de l'iceberg, (téléphone sonne), combien il y en a de petites filles ou de petits garçons qui, peut être, subissent la même chose sans pour cela, que s'ils n'en parlent pas, qu'on soit alerté". La quand même, ça fait... parce que nous même, on est maman (grimace), c'est un petit peu délicat"</p> <p>E5 "après c'est une amitié particulière qui s'est liée entre moi et cette femme, et le gamin aussi, parce que maintenant le gamin"</p> <p>E6 "ça a tissé un lien particulier entre nous, entre cette famille"</p> <p>E6 "Mais psychologiquement pour moi,heu, à cette époque là, ça m'a fait souffrir quand même de voir ce gamin...la souffrance de ce gamin qu'il a dû endurer pendant tout ce temps jusqu'à ce qu'il arrive à en parler"</p> <p>E7 "j'ai une interne , elle ne dort pas tous les soirs (rigole), des cauchemars (soupir), surtout quand elle a fait des écoles seule, et avec des problèmes et bein, j'étais pas là, c'est difficile"</p>
le médecin devient "prend la place du juge" vis à vis la famille		<p>E1 "Alors je comprends bien qu'on accuse pas et qu'on dit j'ai juste un doute et c'est pas à moi de juger, mais je vous promets que les gens doivent pas le vivre comme ça(rigole)"</p> <p>E3 "on est tenu de le faire et les parents ne comprennent pas trop, enfin ont l'impression qu'on a un jugement."</p> <p>E3 "une fois que les difficultés sont passées, ils se sont souvent jugés déficitaires et je crois que ça a été difficile pour eux de revenir, avec ce côté un peu : " On a été déficitaires, comment est ce que maintenant il va juger la suite?". La deuxième chose, c'est qu'on prend quand même un aspect, un peu légal"</p>

Amélioration des pratiques	Outils	Travail de groupe permettant au praticien de discuter du cas	<p>E2 "J'aurais peut-être eu besoin effectivement, dans cette situation, et je l'ai pas fait, maintenant je le fait plus facilement, de pouvoir me concerter avec mes collègues, dire dans cette situation qu'est-ce que vous en pensez ?"</p> <p>E2 "y a des rendez-vous manqués mais là on va se réunir avec les organismes qui suivent la situation pour faire le point"</p> <p>E2 "je dis il faudrait peut-être de la supervision"</p> <p>E2 "dans nos formations ou je sais pas je crois que vous avez des réunions entre vous, (sourit), ça serait intéressant de pouvoir évoquer ce genre de situation pour que ce soit dédramatisé, qu'on se dise voilà y a des choses à faire"</p> <p>E3 "moi je trouve que c'est important, parce que à chaque fois qu'on a eu affaire à des situations de signalements ou à d'autres situations difficiles, ça permet déjà...enfin sur les trois, il y en a déjà un qui...qui connaît, ça permet aussi de débriefer un peu le cas, de dire ben voilà, moi j'ai observé telle chose"</p> <p>E3 "d'un point de vue psychologique, je pense que c'est important d'avoir quelqu'un avec qui en parler"</p> <p>E3 "Aussi d'un point de vue...sans parler d'un point de vue uniquement administratif, le coté un peu psychologique de pouvoir décharger dans ce genre de situation, de pouvoir en rediscuter, de voir comment les autres l'aurait appréhendé, je pense que c'est important, enfin je crois que ça aide aussi!"</p> <p>E4 "c'est quand même un travail qui faut pas mener seul après l'avantage qu'on a (...) Nous on est une équipe, l'avantage c'est qu'il y a une puéricultrice le médecin, qu'on travaille toujours ensemble, que éventuellement si sur ces situations un petit peu compliquées il peut y avoir le soutien de la psychologue, qu'on a des réunions"</p> <p>E4 "Le médecin qui est seul dans son cabinet je pense qu'il faut vite prendre son téléphone essayer de proposer, de solliciter les partenaires extérieurs"</p> <p>E5 "parce qu'on sait que, voilà, on aura quelqu'un à qui demander conseil, peut être déjà dans un premier temps, pas forcément pour tout de suite une hospitalisation, ça peut être déjà, dans un premier temps de demander un avis mais...Je pense que ça...(réfléchit) ça rassure un peu pour les prises en charge à venir."</p> <p>E7 "Par contre j'ai besoin de l'appui des collègues, parce que à vivre ca tout seul c'est trop compliqué, beaucoup trop, trop compliqué à gérer, trop compliqué à absorber. J'ai besoin d'en discuter pour pouvoir avancer, pour pouvoir se remettre en cause, pour trouver de meilleures solutions"</p>
		Fiche détaillant la procédure	<p>E1 "on a pas une sorte de fiche qui dirait voilà, euh si vous ne passez pas par le biais des urgences et que vous voulez faire un signalement voilà un peu la conduite à tenir et des conseils pratiques, voilà ce qui manque peut-être un tout petit peu c'est: qui j'appelle, sous quelle forme. Est-ce que je fais une déclaration écrite ou est-ce que c'est orale?"</p> <p>E1 "une sorte de....petite check liste, peut-être qu'elle existe, à vrai dire je sais pas si l'HAS a fait une référence mais euh..., ça serait quand même, c'est quand on en a besoin que c'est intéressant"</p>
		Intérêt du regard extérieur,	<p>E1 "je pense que c'est plus facile d'être totalement neutre"</p>

	notamment avec un étudiant	<p>E3 "peut être une évaluation extérieure plus rapide pourrait être intéressante"</p> <p>E3 "Et d'avoir des étudiants aussi (sourit). On est plus vigilants! (...) Peut être que, le fait d'avoir un regard extérieur, quelqu'un qui justement est moins impliqué personnellement dans la relation, ça peut aider parce que euh...justement, il va dire " Moi j'aurai pas analysé ça, comme toi!", "Moi j'aurai pas fait tout à fait pareil!", "Moi j'ai l'impression que la façon dont elle ou il s'en est occupé euh...j'ai trouvé que c'était un peu...un peu indifférent, c'était un peu distant!"</p> <p>E6 "on travaille beaucoup avec la PMI depuis d'ailleurs qu'il y a les stages d'internes"</p>
	Amélioration de la formation médicale	<p>E2 "je vais refaire un diplôme universitaire concernant la pédopsychiatrie, parce que voilà je trouve qu'il nous manque un peu ce côté psychologique, afin de pouvoir appréhender certaine situation dans l'interaction dans le développement psychologique de l'enfant"</p> <p>E2 "Je pense qu'il faudrait réellement abordé, moi je pense que la maltraitance devrait réellement être abordé en tant que telle, au niveau des troubles du développement de l'enfant, je sais pas si on insiste vraiment dessus, moi on m'a demandé à voir plusieurs formations"</p> <p>E4 "si les médecins libéraux étaient peut-être un peu plus informé de tout ça ça serait en tout cas un peu plus facile pour eux."</p> <p>E6 "C'est important, qu'on ai une formation là dessus, qu'on nous explique le chemin à faire, qu'on nous dise surtout qu'on est pas tout seul (...) ça passe par l'amélioration de la formation initiale et surtout que ça soit bien traité dans les bons chapitres et qu'on s'en souvienn quelque part. "</p> <p>E7 "je trouve ça dommage, que pendant leur formation, les pédiatres ne passent ne serait ce qu'un mois en PMI."</p> <p>E7 "c'est toujours intéressant d'avoir des formations sur les parents qui ont des problèmes psychologiques, sur la violence intrafamiliale"</p> <p>E7 "Oui, c'est connaitre la PMI et savoir comment ça fonctionne"</p>
Conseils	Ne pas hésiter à parler de ses doutes aux familles	<p>E1 "je serais moins embêté pour essayer d'aborder ce problème avec les parents"</p> <p>E3 "quand on suit les parents parce que, à mon sens, on arrive plus facilement à évoquer cette euh...cette difficulté qu'ils ont à s'occuper de l'enfant et euh... finalement quand on leur propose une aide extérieure, je trouve qu'ils l'acceptent plus facilement parce que justement on a..., enfin, on est dans une relation antérieure"</p> <p>E3 "ça leur permet de garder une maîtrise, une compréhension de pourquoi on a mis en place quelque chose."</p> <p>E3 "dans la plupart des cas, j'ai prévenu les parents que j'allais le faire et les parents étaient d'accord"</p> <p>E3 "J'ai été très surpris la première fois où j'ai proposé à une famille de faire un signalement de (réfléchi)...de la réaction des parents quand on leur a proposé. J'ai été très surpris d'une réaction plutôt positive"</p>

		<p>E3 "Et finalement, j'ai été assez surpris, pareil, pour les parents à qui ont a proposé, j'ai proposé une aide extérieure, de leur réaction. Et finalement, j'ai rarement eu, je n'ai jamais eu de gens qui m'ai dis "Non!", j'ai jamais eu de personnes qui m'ai dis "Non, non, je ne veux pas d'aide extérieure!". Ils ont toujours fini par accepter et je pense que c'est euh...c'est peut être dommage d'attendre que la situation justifie un signalement en urgence"</p> <p>E4 "bien sur la famille est au courant que l'on se réunit, on ne fait pas ça dans leur dos"</p> <p>E6 "on peut dire au parents lors des premières visites comme ca , c'est qu'on ne leur reprochera jamais d'avoir des difficultés, par contre ce qu'on peut leur reprocher c'est de ne pas en parler. Voila, et de ne pas se faire aider."</p>
Donner des explications claires aux familles sur la prise en charge		<p>E2 "Donc là, j'ai dit écouté on a déjà l'expérience du premier, là on a posé les jalons, là j'ai dit voilà cet enfant ne retourne pas chez lui, chez elle si il n'y a pas effectivement quelque chose de jalonné"</p> <p>E2 "les parents ils pouvaient pas l'entendre, donc là on l'a objectivé, on a été jusque-là pour objectiver effectivement le retard, en disant là on a 6mois de retard"</p> <p>E2 "J'étais très à l'aise parce que j'avais posé les choses le fait d'avoir pu poser un cadre, et de pouvoir dire attention, là je ne dis pas que vous ne pouvez pas, que vous ne faites pas de façon volontaire, c'est que vous ne pouvez pas. J'ai bien expliqué à la maman, je l'ai clairement dit avec le papa aussi"</p> <p>E2 "Moi, j'avais été très claire avec ça au moment de faire le signalement je leur avais vraiment posé en tout cas ma façon de voir les choses et surtout d'un point de vue de l'enfant (...)donc je pense qu'ils sont revenus aussi parce qu'ils ont dit on veut être suivi à nouveau par le docteur X, donc je pense que j'ai pas dû les effrayer tant que ça."</p> <p>E2 "donc je pense qu'ils sont revenus aussi parce qu'ils ont dit on veut être suivi à nouveau par le docteur X, donc je pense que j'ai pas dû les effrayer tant que ça."</p> <p>E2 "Alors je crois qu'il y a une relation de, ..., de transparence de ma part. Parce que moi j'ai été très claire je leur ai posé les choses mais alors avec des mots très clairs qui sont entendable pour eux"</p> <p>E3 "Ce qui fait que, en accord avec la maman, on a décidé de faire intervenir les services sociaux"</p> <p>E6 "la maman était terrorisée par rapport à toutes les démarches à faire, donc je lui ai dis que j'étais là et que j'allais l'accompagner dans les démarches. Hein, petit à petit qu'on allait les faire. Et que surtout de toutes façons, que si elle ne les faisait pas d'elle même, c'est moi qui allait les faire, puisque je suis plus tenue au secret médical, c'est une mineure"</p> <p>E6 "je lui ai conseillé d'aller voir la gendarmerie et d'expliquer la situation pour pas emmener l'enfant."</p>
Se renseigner sur le réseau existant		<p>E1 "le fait d'être installé depuis un certain nombre de temps, de connaître un certain nombre de personne, de réseaux, fait que je gèrerais plus facilement"</p> <p>E5 "quand je me suis installé, je ne me suis peut être pas assez...euh... renseigné sur...sur les confrères que j'avais autour de moi pour savoir voilà, qui interpeller dans ces situations là."</p>

	prendre le temps nécessaire lors de la consultation	pour écouter le patient	<p>E2 "je refais un peu l'histoire des parents, où je me suis posée un petit peu plus avec eux"</p> <p>E5 "En general quand je les vois, meme si elles viennent pour...simplement un rhume ou des certificats pour le sport, c'est toujours des consultations qui sont longues parce que on dévit toujours sur ce sujet là, aussi bien pour essayer de soutenir l'enfant mais aussi la maman"</p> <p>E6 "C'est très chronophage ce genre de consultation, on en a pour facile ¾ h 1h, et heu...et dans un planning d'une journée des fois c'est pas évident. Et là, il ne faut pas se planter justement, ce jour là, il ne faut pas aller vite avec ce genre de personne."</p> <p>E7 "comme ça dure longtemps ,ces consultations je les voit en dehors des consultations du tout venant, je veux prendre du temps, c'est souvent des consultations qui durent 1H- 1H30"</p>
		pour revoir le patient et arriver au diagnostic	<p>E2 "je me suis peut-être pas assez posé sur la situation peut être j'ai pas pris le temps de pouvoir analyser cette situation de façon un peu plus, euh, précise"</p> <p>E2 "je me dis parfois il me faut du temps pour me dire une fois, deux fois qu'elle me dit ça, trois fois que je constate ça"</p> <p>E2 "c'est important en tant que médecin, on est parfois les premiers recours pour les enfants, d'essayé d'être attentif à un petit quelque chose qui nous tracasse, d'essayer d'y revenir, de reconvoquer la famille"</p> <p>E7 "on court après le temps tout le temps"</p>
	Essayer de garder le lien avec la famille		<p>E2 "on a essayé de raccrocher un petit peu cette maman"</p> <p>E3 "moi je pense que ça c'est important, d'essayer de garder un lien, même si après, on arrive plus à les suivre ou n'importe, je pense que c'est important de garder un lien"</p> <p>E4 "ça a fini en placement au fur et à mesure en accord avec la famille. Même si ça a été très violent pour la famille, euh....., au départ, on,....., il y a eu un refus, ce sont des parents qui ont fini par accepter, euh...les aides progressivement"</p>
Besoin d'expérience pour mieux appréhender ces situations			<p>E1 "le fait d'avoir un peu d'expérience, enfin le fait d'être installé depuis un certain nombre de temps, de connaitre un certain nombre de personne, de réseaux, fait que je gèrerais plus facilement...que si ça m'arrivait 6 mois après mon installation."</p> <p>E3 "Une fois qu'on la fait une fois, la démarche est relativement bien codifiée"</p> <p>E3 "Est ce que quelque chose me manque? Non. (...) maintenant, depuis onze ans, les familles quand même, plus ou moins, je les connais, donc là, je vois pas trop"</p> <p>E3 "Moi ce que j'ai essayé, enfin ce que j'ai vu ces dernières années, c'est que finalement le premier, il est difficile à faire, difficile d'expliquer aux parents puis finalement on s'aperçoit qu'ils ne sont pas si opposés que ça et souvent ils ont bien pointés leur difficultés et quand on leur dit "Bein, on peut vous apporter une aide!", bein, quelque fois ça marche"</p> <p>E4 "quand même un peu plus aguerrit, un peu plus à même de donner des conseils, ou en tout cas de savoir quelle aide apportée"</p>

			<p>E5 "le fait d'avoir une première expérience de ce type, après on connaît un peu mieux les services, on connaît mieux aussi... ça permet de rentrer en contact avec les pédiatres notamment de l'hôpital, et de créer un peu des liens entre nous tous, pour permettre voilà, si la situation doit se reproduire avec un autre enfant, de réagir rapidement et dans de bonnes conditions."</p> <p>E5 "c'est l'expérience qui je pense joue beaucoup. Si on a déjà été confronté, je pense qu'on assume mieux ces situations après, par la suite."</p> <p>E6 "Alors maintenant, avec 20ans d'expérience, je me suis sentie très bien, ce n'était pas un problème pour moi, mais la même consultation, je pense, au début de mon installation, je pense que j'aurais été pas bien."</p> <p>E6 "Je pense que c'est énormément l'expérience qui fait ça. Parce que j'ai eu d'autres cas plus jeune, où ça a été pour moi difficile, psychologiquement difficile."</p> <p>E6 "Que maintenant, je n'ai pas ce ressenti là, j'ai plus de recul, je ne souffre plus à la place de mon patient ou en même temps que mon patient, c'est fini. C'est non."</p> <p>E6 "après, la connaissance, une fois qu'on l'a, qu'on sait le trajet à suivre etc, etc, qu'on s'est blindé avec les années d'exercice, ça roule tout seul"</p> <p>E7 "Je pense que quand même, bien vous verrez après hein, mais je pense que pour faire ce travail là, faut pas être trop jeune"</p> <p>E7 "Je ne me sens pas mal à l'aise parce que ça fait 12ans que je suis en PMI, donc j'ai vu quand même quelques... quelques cas."</p>
--	--	--	---

ANNEXE 6 : Tableau sociologique

<i>Entretiens</i>	<i>Genre</i>	<i>Date de thèse</i>	<i>Lieu d'exercice</i>	<i>Mode d'exercice</i>	<i>% de pédiatrie</i>	<i>DUMG</i>
E1	M	1995	Urbain	Libéral	20 %	Oui
E2	F	vers 1995	Rural	PMI	100 %	Non
E3	M	1999	Semi-rural	Libéral	60 %	Oui
E4	F	2005	Urbain	PMI	100 %	Non
E5	M	2010	Rural	Libéral	50 %	Non
E6	F	1995	Semi-rural	Libéral	30 %	Oui
E7	F	vers 1985	Urbain	PMI	100 %	Non

ANNEXE 7 : Fiche de transmission IP de l'Académie des Alpes Maritimes



FICHE DE TRANSMISSION D'UNE INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Date :

À adresser, dans tous les cas, par télécopie à l'ADRET BP 3007 - 06201 NICE CEDEX 3 - téléphone : 04 89 04 29 02 - télécopie : 04 89 04 29 01 - protectiondelenfance@cg06.fr Renseigner la fiche statistique anonyme sur le site de l'IA : <https://bv.ac-nice.fr/ia06/>

Établissement concerné :
Commune :
Auteur de l'information - Nom : - qualité :
Téléphone :

Identification de l'enfant concerné - NOM :
Prénom : - date de naissance : classe :
adresse :
NOM, prénom, adresse, tel du père:
NOM, prénom, adresse, tel de la mère :

NB : LES DEUX CADRES SUIVANTS SONT EXCLUSIFS

L'enfant est en danger ou en risque de danger

Nature du risque ou du danger encouru par l'enfant :

éducation sécurité
entretien santé physique
moralité santé psychologique

Le(s) parent(s) sont-ils, conformément à la loi et sauf intérêt contraire de l'enfant, informés de la transmission d'une information préoccupante ?

Oui Non

Si non, pour quelle raison ?
.....
.....

L'enfant est en péril avec nécessité de protection immédiate

Nature du péril :

négligence lourde
violence physique
violence psychologique
violence sexuelle

Dans ce cas, la fiche est à adresser au parquet compétent et à l'ADRET :

Est du Var : TGI de Nice - Place du Palais 06300 NICE - télécopie : 04 92 17 70 71 (heures ouvrables) et 04 93 62 03 60 (WE et soir) - Service permanence mineurs : tel. : 04 92 17 70 70 (le jour) et 04 93 62 42 00 (week-end et soir)

Ouest du Var : TGI de Grasse - Avenue Pierre Sépard - 06133 GRASSE - télécopie : 04 92 60 72 39 - Service permanence mineurs : tel. : 04 92 60 72 19 ou 04 92 60 72 36 (le jour) et 06 21 38 60 73 (nuit et week-end)

TITRE : VECU DES MEDECINS GENERALISTES DE MIDI-PYRENEES FACE A L'ENFANCE EN DANGER : Etude qualitative auprès de 7 médecins.

RESUME :

En France en 2006, on estimait à 98000 les enfants en danger (maltraités et ceux en situation de risque). Ce sont souvent des drames au sein même de la famille que le médecin généraliste côtoie régulièrement. Toutefois, à peine 2% de ces situations sont identifiées par des médecins généralistes.

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 7 médecins de Midi-Pyrénées. L'objectif principal est d'analyser la perception et les pratiques des médecins libéraux et de PMI face à l'enfance en danger.

Les médecins connaissent bien les différentes facettes de l'enfance en danger en distinguant les dangers immédiats de ceux au long court, ainsi que les situations dites "à risque de danger". Ils savent également que certains facteurs de risque existent. Leur prise en charge n'est pas très codifiée à la différence de la PMI.

Une meilleure sensibilisation des familles par le médecin lors du suivi de l'enfant assurerait une meilleure prévention. La recherche systématique de facteurs de risque de l'enfance en danger dès les premiers examens obligatoires de l'enfant pourrait permettre un dépistage précoce. L'expérience personnelle de chaque médecin, pouvant être enrichie par le passage en stage systématique durant l'internat à la CRIP, ainsi que le travail en collaboration étroite avec des confrères, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou de PMI, et travailleurs sociaux semblent être la clé d'une bonne prise en charge. Enfin, une fiche avec les coordonnées des correspondants ou pour la transmission des Informations Préoccupantes pourrait être utile.

TITLE : GENERAL PRACTITIONER AND CHILDHOOD IN DANGER : Qualitative study with 7 GPs.

ABSTRACT :

In France there were in 2006 about 98000 children in danger (child abuses and risks of abuses). Child abuses often occur in the family. GPs detect less than 2 % of these risk situations.

We have conducted a qualitative study, by semi-structured interviews with 7 GPs in Midi-Pyrénées. Our primary objective was to understand the perceptions and practices of GPs' and Maternal and Childhood Protection's practitioners, in front of child abuses.

GPs identify immediate dangers, long term dangers, risk of danger. They know the risk factors. Their practices are less codified.

GPs should improve preventive measures : family's education, risks factors' screening during children follow-up. A short internship with CRIP's practitioner, working with trained practitioner (GPs, pediatricians, MCPs' practitioners...), for very student, could improve their individual experience. It could be helpful to share a special form for child abuse with GPs.

DISCIPLINE : SPECIALITE EN MEDECINE GENERALE

MOTS CLES : Médecine Générale, maltraitance des enfants, signalement, information préoccupante, médecins de soins premiers
Child abuses, childhood in danger, primary care

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –
FACULTÉ DE MEDECINE
133 route de Narbonne, 31400 TOULOUSE