

Année 2019

2019 TOU3 1024
2019 TOU3 1025

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Laura CASSAGNES et Marine DELABARRE

Le 11 Avril 2019

**MALTRAITANCE INFANTILE :
LES LIENS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES AUTRES ACTEURS DE LA
PROTECTION DE L'ENFANCE EN ARIEGE**

-
Etude recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège

Directeur de thèse : Dr Brigitte ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Monsieur le Docteur Samuel DURLIAT

Madame le Docteur Bénédicte FERTE

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAYOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUMEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Professeur des Universités de Médecine Générale,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et nous vous en sommes très reconnaissantes. Nous sommes sensibles à votre engagement dans l'enseignement et notamment dans votre investissement pour dispenser des cours portant sur les violences faites aux femmes et aux enfants. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, Professeur Associé de Médecine Générale,

Nous tenons à vous remercier pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse et nous tenons à vous assurer de notre plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Samuel DURLIAT, Maître de stage des Universités,

Ton attitude dans le soutien psychologique auprès des patients est un exemple. Nous te remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

A Madame le Docteur Bénédicte FERTE, Médecin de PMI dans les centres locaux de Pamiers et Tarascon/Luzenac,

Nous te remercions de l'intérêt que tu portes à ce travail en acceptant de participer à notre jury. Merci pour ton implication auprès des enfants et notamment de ceux confiés à l'ASE.

A notre directrice de thèse, le Docteur Brigitte ESCOURROU, Maître de Conférences des Universités de médecine Générale,

Nous tenons à te remercier d'avoir accepté de diriger notre thèse. Tout au long de ce travail, tes conseils pertinents, ta bienveillance et ta disponibilité permanente ont été précieux. Nous t'en sommes très reconnaissantes.

A l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance en Ariège ayant participé à cette étude.
A toutes les personnes qui y ont participé de près ou de loin

A Dorian Catala, merci pour ta gentillesse et ton aide pour nos graphiques

A Martine, pour ta précieuse relecture

Remerciements Laura

A ma famille,

A mes parents, Merci pour votre amour inconditionnel depuis toujours et votre soutien. Merci de m'avoir donné envie de prendre soins des autres. Vous êtes deux beaux exemples de réussite

A mon grand frère qui veille sur moi depuis mes premiers cris. Je suis fière de toi

A mon mari, à notre belle histoire. Merci pour ton soutien, ta patience et ton sourire au quotidien

A ma fille, ma Waliya d'amour. La vie est tellement belle avec toi. Je t'aime.
A notre petit bout que nous attendons avec impatience

A mes grands-parents, j'aurai tellement aimé que vous soyez là

A mon parrain, A ma marraine, A mes oncles et tantes présents aujourd'hui, merci pour votre bienveillance depuis toujours

A mes cousins et cousines dont je suis si fière

A ma belle-famille, merci pour votre générosité et votre gentillesse

A mes amis,

A Claire, tellement heureuse de t'avoir rencontré, d'avoir partagé cette P1 avec toi, ce cap !

A mes partenaires de fac et anciennes toulousaines, Mathilde, Margot, Chloé, Virginie, Marie-Charlotte, Emilande, Hélène, Samia, Mouna, votre présence a été précieuse toutes ces années

A Marie-Ingrid, mon amie depuis 30 ans et Bérengère, qui est toujours présente. Merci pour votre soutien à toute épreuve

Aux aveyronnais, Camille, Charlotte, Damien et Marie, Hind, Popy, Zahia. Merci pour votre soutien, pour tous les souvenirs, et d'être encore présents aujourd'hui

A mes collègues,

A Carole. Merci de m'avoir transmis ta vocation pour la médecine générale

A mes maitres de stage : Marie, Bénédicte, Françoise, Julie, Bernard et Brigitte

Au cabinet médical du Fossat et mes futurs collègues, merci de m'avoir si bien accueilli et pour votre confiance

A Brigitte, merci de m'avoir donné la chance de te rencontrer, merci pour ta confiance, merci pour ta bienveillance au quotidien, dans le travail universitaire comme sur le terrain.

A Marine, merci d'avoir accepté de partager ce travail

Remerciements Marine Delabarre

À ma famille, pour votre confiance et votre soutien continu durant ce long parcours

À Martin, pour ton soutien dans tous les moments difficiles, pour ton affection et nos rires quotidiens. Auprès de mon arbre, je vivrai heureuse

À mes ami·e·s, pour le partage des moments d'aventures et de complicité, pour votre présence à tous·te·s de loin ou de près

À ceux et celles qui m'ont mené jusqu'à la médecine générale et qui m'ont donné l'énergie et la motivation de terminer ce cursus

À toutes les personnes du cabinet médical de Verniolle, à tous ces moments d'échanges qui rendent la pratique médicale si agréable

À mes collègues internes, pour ces moments partagés de mise à l'épreuve, de détente et de partages d'utopies, et pour nos projets d'échange de pratiques

À l'ensemble des équipes soignantes et des maîtres de stages rencontrés lors des stages d'internat, apprendre à vos côtés était une chance, merci pour votre professionnalisme et votre humanité

À toutes ces rencontres chaleureuses en Ariège, vos sourires et votre jeunesse d'esprit

Table des matières

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE	3
I. Principes de la recherche action	3
II. Phase pré-opérationnelle.....	6
A. Le système de référence : Revue de la littérature.....	6
B. Les institutions en Ariège : Entretiens individuels.....	7
C. Les médecins généralistes : Focus Group.....	8
RESULTATS	11
I. Le système de référence	11
A. Diagramme de flux	11
B. Fonctionnement général	13
II. Les institutions en Ariège	15
A. Rencontres des acteurs de terrain	15
B. Fonctionnement de la protection administrative en Ariège.....	17
C. Liens entre les différents acteurs	22
D. Axes d'améliorations proposés par les acteurs.....	26
III. Les médecins généralistes	27
A. Population étudiée	27
B. Les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs	28
C. Le vécu des réunions pluridisciplinaires	35
D. Le médecin généraliste face à la situation de maltraitance	36
E. La place spécifique du médecin de famille	43
F. Les représentations du système de protection de l'enfance.....	46

DISCUSSION.....	49
I. Critique de la méthode.....	49
A. Les limites et les biais de l'étude.....	49
B. Les forces de l'étude.....	50
II. Discussion des résultats.....	51
A. Cloisonnement entre les institutions et les médecins	51
B. Raisons des obstacles identifiés.....	54
C. Pistes d'amélioration	57
 CONCLUSION	 59
 BIBLIOGRAPHIE	 61
 Annexe n°1 : Définitions	 64
Annexe n°2 : Historique des lois sur la maltraitance	65
Annexe n° 3 : Besoins fondamentaux de l'enfant	67
Annexe n°4 : Aide-mémoire pour l'évaluation des enfants et des adolescents en danger de maltraitance	68
Annexe n°5 : Certificat d'IP et de signalement	70
Annexe n° 6 : Echantillonnage	73
Annexe n°7 : Guide d'entretien.....	75
Annexe n°8 : Questionnaire et fiche de consentement.....	76
Annexe n°9 : Profils des MG participant à l'étude.....	78
Annexe n°10 : Schéma général fonctionnement protection de l'enfance.....	79
Annexe n°11 : Fonctionnement de la protection administrative en Ariège et bilan de la CRIP 09 en 2016	79
Annexe n° 12 : Axes d'améliorations proposés par les différents acteurs	81
Annexe n° 13 : Fonctionnement de l'UHED de Toulouse	82
Annexe n° 14 : Fonctionnement du Groupe Enfance en Danger (GED) de Montpellier....	84
Annexe n°15 : Tableau des thèses antérieures sur le sujet	86

GLOSSAIRE

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

AEP : Action Educative Préventive

AGBF : Aide à la Gestion du Budget Familial

AP : Accueil Provisoire

API : Allocation de Parent Isolé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASJOA : Association de Soutien Judiciaire et d'Orientation en Ariège

BM : Brigade des Mineurs

BPM : Brigade de Protection des Mineurs

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CD : Conseil Départemental

CHAC : Centre Hospitalier Ariège Couserans

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CHIVA : Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

IP : Information Préoccupante

LAEP : Lieu d'Accueil Parent Enfant

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social (foyer)

MG : Médecins Généralistes

MJIE : Mesures Judiciaire d'Investigation Educative

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

ONPE : Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPE : Projet Pour l'Enfant

REAAP : Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

REED : Référentiel d'Evaluation de l'Enfance en Danger

SNATED ou 119 : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

UMJM : Unité Médico-Judiciaire des Mineurs

UAV : Unité d'Accueil des Victimes

UMJ : Unité Médico-Judiciaire Mineurs

VEO : Violences Educatives Ordinaires

VFA : Volonté de Femmes Ariège (association)

INTRODUCTION

Malgré les mises en lumière médiatiques fréquentes, la prise de conscience de la réalité des violences faites aux enfants, et la capacité à les prendre en compte, ne semblent pas progresser pour autant.

Aujourd'hui, il est impossible de déterminer précisément la fréquence des enfants exposés aux violences. Les données à disposition des pouvoirs publics sont encore insuffisantes pour dévoiler des chiffres officiels qui sont probablement sous-estimés (1).

Les violences seraient intrafamiliales dans plus de 80% des cas (2).

La maltraitance est un problème de santé publique majeur puisque l'addition de violences physiques, sexuelles et psychologiques, entraîne une véritable déstructuration des victimes et des conséquences sur la santé physique et mentale à long terme (3).

88% des enfants de moins de 16 ans consultent un médecin généraliste dans le cadre du suivi régulier (4). Ce dernier est donc en première ligne dans le dépistage des violences. Cependant, les chiffres montrent que seulement 5% de l'ensemble des signalements proviennent du secteur médical dont moins de 1% des médecins libéraux (5).

D'après la littérature, les médecins généralistes sont en difficulté en ce qui concerne la détection et la déclaration des violences faites aux enfants. Ils se sentent notamment isolés faces à ces situations (6–10).

Définir la maltraitance est un exercice difficile pour tous. La loi du 5 mars 2007 introduit la notion de danger, plus vaste que celle de la maltraitance, qui ouvre la porte à la prévention et à la protection de l'enfance (cf. Annexes 1 et 2). Le danger serait l'ignorance ou la négligence des besoins fondamentaux de l'enfant (cf. Annexe 3) (2).

Selon le référentiel d'évaluation de l'enfance en danger (REED), (cf. Annexe 4), la situation d'un enfant s'évalue en fonction du contexte social, des dispositions générales des parents envers l'enfant et de leurs relations avec les services d'aides, de l'attitude de l'enfant envers ses parents, du développement et du danger encouru pour l'enfant (11).

De par cette complexité d'évaluation, la suspicion de maltraitance, l'affirmation de son diagnostic et la prise de décision qui s'ensuit, ne peuvent relever d'un professionnel exerçant dans la solitude.

L'approche de l'enfant en danger, est nécessairement pluridisciplinaire. Elle implique une multitude de professionnels, exerçant dans le domaine de la protection de l'enfance : le conseil départemental, la PMI, les tribunaux pour enfants, les hôpitaux, mais aussi le médecin généraliste, le personnel de l'éducation nationale, etc...

Dans le souci d'officialiser cette pluridisciplinarité, la loi de 2007, renforcée par la loi du 14 mars 2016, prévoit de formaliser des protocoles départementaux de coordination des acteurs de la protection de l'enfance, pilotés par le conseil départemental (12,13).

Comment s'inscrit cette politique nationale dans un territoire rural tel que l'Ariège ?

En tant que futurs médecins généralistes en Ariège, nous souhaitons comprendre comment s'organise cette politique nationale au niveau local via une étude qualitative en recherche action.

L'objectif principal de notre travail est d'explorer le système de protection de l'enfance en Ariège et notamment les liens de communication entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance.

L'objectif secondaire est de recueillir des pistes d'améliorations souhaitées par ces acteurs de terrain pour améliorer le système.

MATERIEL ET METHODE

La recherche-action (RA) a été choisie comme méthode de travail afin d'explorer et de tenter d'améliorer les liens entre les médecins généralistes (MG) et les autres acteurs de la protection de l'enfance à l'échelon local. Nous expliquerons ici les grandes lignes de cette méthode, les critères auxquels elle doit répondre, ainsi que les raisons de ce choix dans le contexte que nous avons décidé d'aborder.

I. Principes de la recherche action

La recherche-action (RA), aussi appelée « recherche participative », est née des suites des travaux de Lewin dans les années 1940, à partir du constat que la participation effective des acteurs à la décision d'un changement favorisait son adoption future (14).

De ce point de départ découle le postulat de la nécessité de constituer un groupe réunissant les chercheurs et acteurs de terrain visés par le changement, avec comme objectif commun la résolution d'un problème et la génération collective de nouvelles connaissances et valeurs partagées, à partir des changements consentis et opérés par le groupe. La RA est ainsi adaptée pour l'identification de problèmes dans un contexte donné et le développement de solutions potentielles dans le but de changer la situation problématique.

Les critères d'évaluations de la RA sont : sa nature participative, son orientation vers l'action et la production de connaissances utiles aux acteurs.

La recherche-action est **participative** dans la mesure où :

- Les acteurs de terrain sont chercheurs et les chercheurs deviennent acteurs de terrain, via la création d'un « chercheur collectif » regroupant ces deux types de participants pour la conduite de la recherche.
- Il n'existe pas de hiérarchie entre acteurs de terrain qui sont considérés comme égaux ni entre chercheurs et acteurs de terrain. De ce fait, on évoque souvent « l'impulsion démocratique » de la RA. Les participants doivent, à ce titre, parvenir à dépasser les barrières traditionnelles existantes entre eux, ce qu'est censée favoriser la mise en place du « chercheur collectif ».
- Les acteurs de terrain participent à tous les stades de la recherche : cela concerne l'identification collective d'un problème à résoudre sur la base d'un constat ou d'un

diagnostic posé ensemble ; la planification et la mise en œuvre sont aussi assurées de manière collective et un feed-back est réalisé auprès des participants ; les enseignements tirés des actions sont validés par le chercheur collectif.

La recherche est **orientée vers l'action**, car :

- L'objectif est la résolution du problème par une solution jugée optimale dans une situation donnée.
- A partir du problème identifié et des solutions dégagées par le chercheur collectif, les participants s'engagent dans un processus de changement par la mise en œuvre des actions planifiées.
- Les changements apportés ne sont pas toujours perceptibles par les acteurs et peuvent être de l'ordre d'une compréhension plus complète et partagée d'une problématique, favorisant l'action ultérieure.

L'action **génère des connaissances** :

- Les connaissances sont situationnelles, c'est-à-dire qu'elles sont adaptées à la réalité particulière d'un contexte et qu'elles participent à enrichir la connaissance de la situation et la capacité d'agir par les acteurs. A cette fin, le contexte doit être suffisamment décrit pour favoriser l'exportation et l'application des résultats à d'autres situations.
- Les actions sont évaluées à la lumière des hypothèses formulées avant l'action.

D'autres caractéristiques de la RA découlent alors de ces trois principes :

- L'action et la recherche sont intimement liées et se succèdent dans la logique cyclique de planification (Plan Do Check Act), selon le degré d'avancement global du processus de RA (choix d'action, mise en place, évaluation, maintien/modification de l'action). Les boucles se succèdent l'une à l'autre pour former la spirale de la RA.
- La délimitation du terrain de recherche et d'intervention doit aboutir à une zone de recherche favorable à la RA.
- Chaque recherche est menée dans un contexte réel sans faire abstraction des influences extérieures, sans chercher à en déterminer de manière systématique toutes les composantes. C'est une approche systémique.

- Le cadre méthodologique de la RA ne peut être prédéterminé et les résultats rarement prédictibles. Ainsi, diverses méthodes de recherche peuvent être utilisées en fonction du stade du cycle de RA et de la question posée.
- La RA prend du temps : le temps nécessaire à développer la motivation à participer, celui de la constitution d'un groupe effectif, celui de l'implémentation d'un changement. Ce temps est difficilement prévisible « a priori » (15).

Concrètement, la finalité de notre RA sera une meilleure connaissance du contexte local du système de protection de l'enfance, de connaître les actions effectuées et celles à améliorer ou à mettre en place.

Le modèle de référence de RA sur les systèmes de santé selon Grodos et Mercenier présente deux phases : la phase pré-opérationnelle qui constitue notre travail de recherche et la phase opérationnelle qui comprendra la mise en œuvre des actions proposées par le chercheur collectif dans un second temps ainsi que son évaluation (16).

II. Phase pré-opérationnelle

La phase pré-opérationnelle est composée de l'explicitation du modèle de référence, du relevé des connaissances et expériences passées et de l'analyse de la situation locale.

Une recherche bibliographique nous a permis, dans un premier temps, d'analyser le **modèle de référence** constitué par le système national de protection de l'enfance, et dans un second temps de relever les **connaissances et expériences passées**.

L'**analyse de la situation** en Ariège a ensuite été effectuée en deux parties. Tout d'abord, nous sommes allées rencontrer et interroger les principaux acteurs de la protection de l'enfance en Ariège (identifiés par notre recherche bibliographique). Ensuite, nous avons interrogé les médecins généralistes (MG) en entretiens collectifs (ou focus group).

A. Le système de référence : Revue de la littérature

Cette première partie avait pour objectif de dresser l'état des lieux du système de protection de l'enfance et d'identifier les principaux acteurs ainsi que leurs rôles respectifs.

Notre recherche a consisté en une revue de la littérature, à partir des bases de données suivantes : EM Premium, SUDOC, Google Scholar.

L'équation de recherche était :

Pour EM Premium : « Maltraitance » ET « Infantile » ET « Généraliste »

Pour SUDOC : « Violence » ET « Enfant » ET « Généraliste »

Pour Google Scholar : « Thèse maltraitance » ET « Infantile » ET « Généraliste »

Les articles étaient sélectionnés après lecture du résumé. Ensuite, les articles sélectionnés étaient lus en texte intégral, et les textes éligibles intégrés aux résultats.

Nous avons basé notre recherche en soins primaires à l'aide de base de données. N'ayant pu répondre à la question précise devant les résultats obtenus, nous avons complété notre recherche dans la littérature grise.

Notre bibliographie a été réalisée via le logiciel ZOTERO.

B. Les institutions en Ariège : Entretiens individuels

L'analyse de la situation à l'échelon local a été réalisée, dans un premier temps, par une étude qualitative auprès des différentes institutions Ariégeoises lors d'entretiens individuels.

Une première sélection des interlocuteurs s'est effectuée grâce à notre recherche bibliographique. Elle nous a permis d'identifier les principales structures du système de protection de l'enfance en Ariège. Secondairement, nous avons rencontré certains acteurs clés de terrain qui nous ont été conseillés lors des entretiens individuels.

L'objectif de ces rencontres était triple :

- Comprendre le fonctionnement de chaque structure.
- Explorer les liens avec les autres acteurs du système et plus particulièrement avec les MG.
- Faire émerger des axes d'amélioration.

Les entretiens se sont déroulés de mars à juin 2018 sur les lieux de travail des interviewés. La majorité des entretiens ont été réalisés en présence des deux chercheuses. Nous avons décidé de ne pas les enregistrer pour permettre une meilleure libération de la parole et favoriser l'échange. Des notes ont été prises et un compte-rendu a été établi immédiatement après chacun d'eux.

C. Les médecins généralistes : Focus Group

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi d'interroger les MG Ariégeois en entretiens collectifs (focus group) menés à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé.

Les entretiens collectifs permettent à la fois l'analyse des significations partagées et du désaccord, grâce à la prise en compte des interactions sociales qui se manifestent dans la discussion (16).

2. Population étudiée

Notre population cible concernait l'ensemble des MG de l'Ariège, installés ou remplaçants, en activité au moment de l'entretien.

Nous avons réalisé une analyse bibliographique des différents profils de MG répondants dans les thèses précédentes sur le thème de la maltraitance. Cela nous a permis de mettre en évidence les facteurs intrinsèques au profil des MG qui peuvent influencer les prises en charge des enfants et donc possiblement les différents liens avec les autres acteurs.

Nous avons également contacté le Conseil de l'Ordre pour obtenir un état des lieux actuel des MG inscrits à l'Ordre des médecins en Ariège (cf Annexe 6).

Notre échantillonnage a donc été raisonné et basé sur plusieurs critères :

- L'âge
- Le sexe
- La durée d'installation
- La proximité avec les structures adéquates : zone rurale, semi-rurale, urbaine
- Le type d'exercice : seul, en groupe médical ou MSP
- Le pourcentage de pédiatrie dans la patientèle
- La durée des créneaux de consultation : sur rdv ou sans rdv
- Le fait d'être maître de stage ou non
- L'orientation professionnelle et les DU effectués

3. Les entretiens

Le nombre d'entretiens nécessaires n'était pas connu à priori et il a été défini après saturation des données. La saturation des données correspond au moment où les données recueillies et leurs analyses ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours ; la réalisation d'entretiens peut alors être stoppée.

Le guide d'entretien

Le guide d'entretien était constitué d'un ensemble de questions ouvertes organisées autour de plusieurs thèmes.

Notre guide d'entretien comprenait 4 thèmes et les questions n'étaient posées que si les médecins généralistes n'y répondaient pas eux-mêmes (cf Annexe 7).

Après le premier focus group, nous avons revu le guide d'entretien afin de recentrer les questions sur notre question de recherche : les liens entre les acteurs et les propositions d'amélioration.

L'organisation

Les jours précédant le focus group, les MG volontaires étaient contactés (par mail ou téléphone) afin de leur rappeler la date, l'heure et le lieu de rendez-vous.

Les MG étaient accueillis autour d'un buffet d'accueil. Dans un premier temps, le but et le déroulement du focus group étaient réexpliqués. Nous leur rappelions que l'entretien était anonyme et l'autorisation de les enregistrer leur était demandée.

Les participants remplissaient un questionnaire portant sur leur âge, leur orientation professionnelle (DU, pratique quotidienne...), leur milieu d'exercice (rural, semi rural, urbain) et le pourcentage de pédiatrie dans leur patientèle (cf. Annexe 8).

L'animatrice était notre directrice de thèse.

Le focus group était enregistré sur deux dictaphones. Les deux chercheuses ont pris simultanément des notes sur le contexte d'énonciation, c'est-à-dire les attitudes et gestes de chacun des participants.

La retranscription

La retranscription intégrale du verbatim a été réalisée manuellement mot à mot sur le logiciel Word à partir des données enregistrées sur dictaphone les jours suivant chaque focus group. Ont été occultées les informations pouvant permettre de reconnaître les participants : lieux, noms, dates, détails de dossiers explicites.

L'analyse des données

L'analyse des données s'est effectuée a posteriori, c'est-à-dire en partant du verbatim et des codes, pour arriver à des thèmes in fine, sans préjuger des résultats.

L'intégralité du texte a été exploitée et traitée de manière individuelle par les deux chercheuses. Un codage numérique et en couleur a été organisé. Des rencontres régulières sont intervenues tout au long de ce travail pour mettre en commun les codages respectifs et discuter d'éventuelles divergences de signification ou d'interprétation.

L'étape suivante a consisté au regroupement des codes par catégories et sous-catégories, faisant émerger un certain nombre de thèmes. Cette étape a été réalisée en commun lors de plusieurs réunions.

Tout au long de l'analyse a été réalisée une triangulation des données entre les deux chercheuses ainsi qu'un aller et retour permanent entre les entretiens et l'analyse (écoute et lecture répétée des entretiens).

Chaque étape a été contrôlée et validée par la directrice de thèse.

RESULTATS

I. Le système de référence

Notre recherche bibliographique avait pour objectifs de dresser l'état des lieux du système de protection de l'enfance au niveau national et d'identifier la place de ses principaux acteurs.

A. Diagramme de flux

Les résultats concernant la sélection des articles sont présentés dans le diagramme de flux suivant :

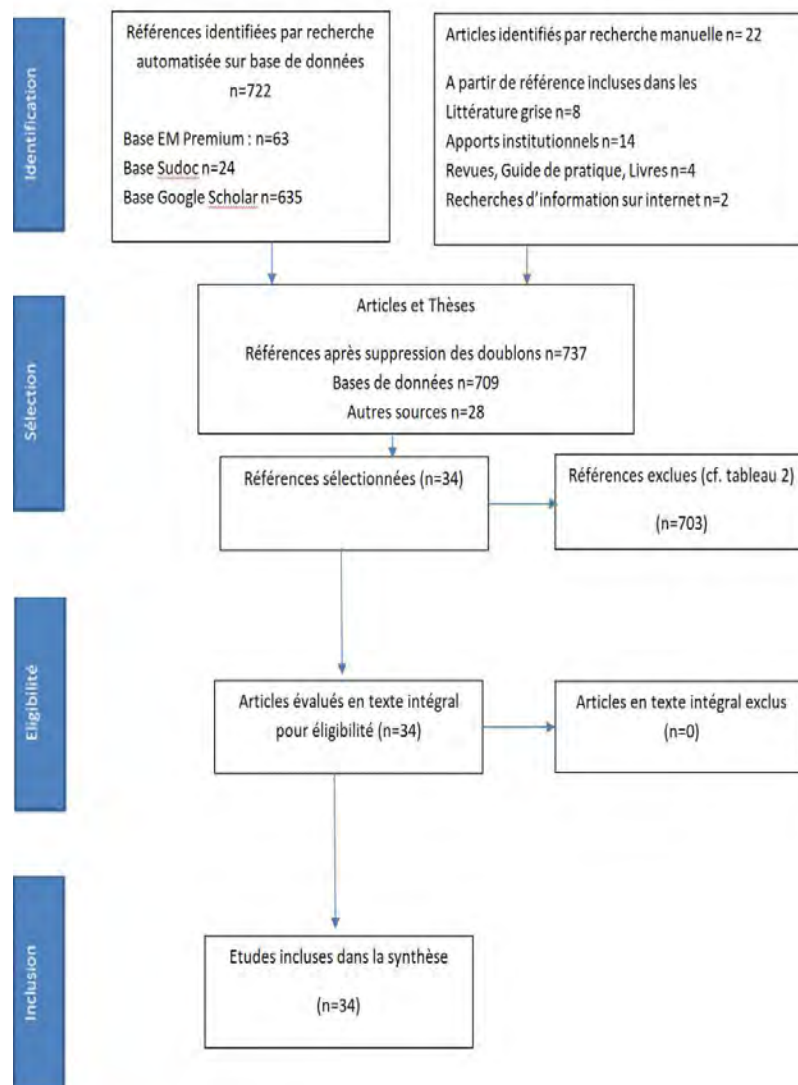


Figure 1 Diagramme de flux

Tableau 1 Répartition des articles en fonction des bases de données

<i>Base de données/moteur de recherche</i>	<i>Nombre d'articles trouvés après suppression des doublons</i>	<i>Nombre d'articles retenus</i>	<i>Nombre d'articles exclus</i>
<i>EMPremium</i>	58	1	57
<i>SUDOC</i>	22	2	20
<i>Google Scholar</i>	629	3	626
<i>Total</i>	709	6	703

Tableau 2 Raison de l'exclusion des articles non retenus

<i>Base de données/moteur de recherche</i>	<i>Total articles exclus</i>	<i>Raisons de l'exclusion</i>		
		<i>Antérieur à l'an 2007</i>	<i>Sources non fiables ou Hors sujet</i>	<i>Inaccessibles (payants)</i>
<i>SUDOC</i>	20	9	10	1
<i>EMPremium</i>	57		57	
<i>Google Scholar</i>	626		628	1
<i>Total</i>	703	9	695	2

B. Fonctionnement général

Le réseau de protection de l'enfance, au niveau national, s'organise autour d'un système administratif et d'un système judiciaire en fonction du degré d'urgence de prise en charge des situations. Ces deux systèmes sont en lien permanent et font intervenir de nombreux acteurs de terrain. Le schéma synthétique du système en format A4 se situe en Annexe 10.

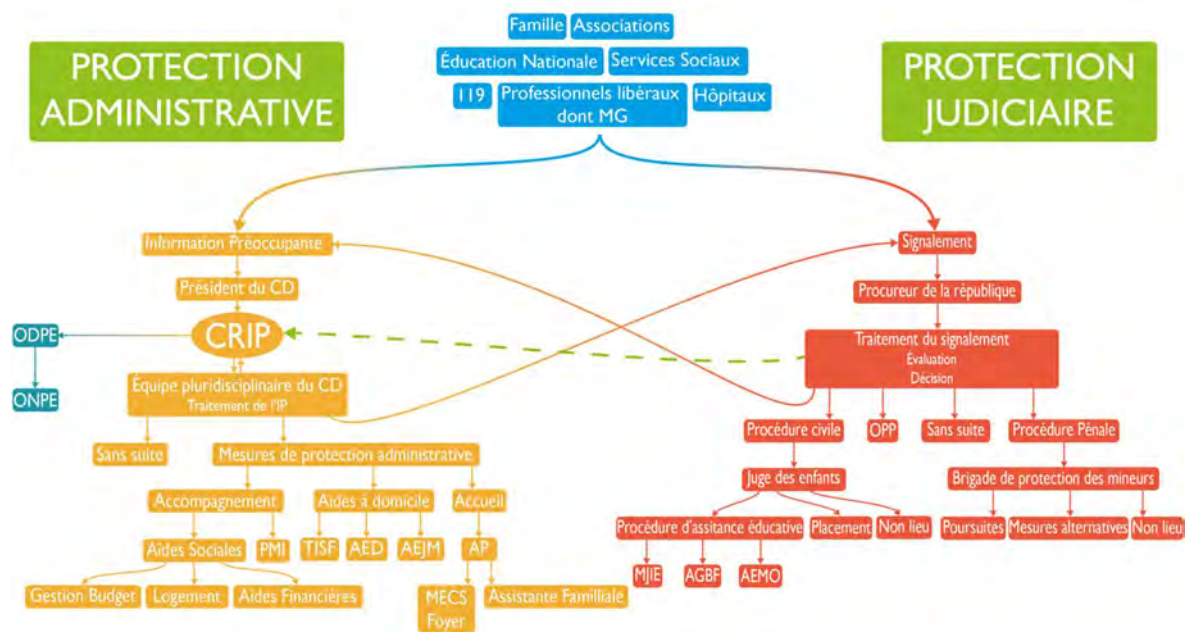


Figure 2 Schéma national du système de protection de l'enfance

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, a créé dans chaque département une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des situations de danger ou de risques de danger pour l'enfant et l'adolescent (CRIP). Cette cellule est placée sous la responsabilité du Président du conseil départemental. Elle a pour missions de :

- Conseiller et informer les professionnels et particuliers,
- Recueillir toutes les informations préoccupantes et en assurer une évaluation de 1^{er} niveau en fonction du degré d'urgence,
- Transmettre toutes les IP pour évaluation et traitement à des services pluri-professionnels du conseil départemental,
- Informer l'ODPE de l'ensemble des IP et signalements traités dans le département, structure qui fait remonter elle-même les informations à l'ONPE (18).

A l'issue d'un traitement d'une IP par la CRIP, trois types de mesures administratives peuvent être proposés aux familles :

- Les mesures d'accompagnement : dans le cadre d'un suivi PMI, ou d'un suivi social de proximité (aides financières, aides au logement, aides à la gestion de budget),
- La mise en place d'aides à domicile (aide éducative (AED), intervention de techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF)),
- Un accueil provisoire de l'enfant dans une famille d'accueil agréée ou dans une maison d'enfants à caractère social (MECS/Foyer).

Devant une suspicion de faits graves ou de faits avérés sur un enfant, un signalement judiciaire doit être effectué directement auprès du procureur de la République.

En cas d'urgence et de danger immédiat, une demande de mise à l'abri de l'enfant est possible par la rédaction d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). Ce placement peut se faire en fonction de la situation, en hospitalisation, dans une maison d'enfants à caractère social (MECS) ou dans une famille d'accueil.

Le procureur de la République est un magistrat du Parquet auprès du Tribunal de Grande Instance. Après recueil du signalement, il peut choisir d'engager une procédure judiciaire par une saisine du juge des enfants et/ou demander une enquête pénale, afin de poursuivre l'auteur des faits.

Dans le cadre de la procédure pénale, les mineurs sont auditionnés. Afin d'éviter le traumatisme des narrations multiples, cette audition est filmée (audition Mélanie) dans une UMJJ ou à défaut à la BM.

La procédure civile sert à protéger le mineur. Suite à son évaluation, le juge s'efforce de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée. Elle peut être une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (AGBF), une action éducative en milieu ouvert (AEMO) ou un placement de l'enfant. Enfin un non-lieu en assistance éducative est possible (17).

II. Les institutions en Ariège

Notre étude de terrain nous a permis de connaître les différentes institutions existant dans le département relatives à l'enfance en danger.

A. Rencontres des acteurs de terrain

Le conseil départemental : La **directrice adjointe de la Direction Adjointe du service Enfance Famille Prévention (DAEFP)** nous a reçues en entretien, le 23 avril 2018, en présence de **l'assistante sociale du service**. Elle coordonne le service de PMI, le pôle Enfance Famille dont l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), et la CRIP.

La CRIP et la PMI : Nous avons rencontré le 27 mars 2018, lors de deux entretiens distincts, le **médecin coordonnateur de la CRIP et de la PMI**, et une **sage-femme, adjointe au médecin chef de service PMI**. Le médecin est resté en poste d'octobre 2017 à mars 2018, il était donc en fin de mission.

Le pédiatre référent du centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège (CHIVA) : Nous avons rencontré, le 25 juin 2018, le **médecin chef du pôle mère-enfant** du CHIVA.

L'Education nationale : Laura Cassagnes a pu être reçue, le 23 avril 2018, par la **médecin responsable départemental et conseillère technique de Monsieur l'Inspecteur d'académie**, et par **l'assistante sociale et conseillère technique du service**.

Les médecins légistes et urgentistes - Unité d'Accueil des Victimes (UAV) et Unité Médico-Judiciaire des Mineurs (UMJM) : Marine Delabarre a pu suivre les **professionnels de l'UAV** durant deux journées de stages, dont des **médecins légistes**, également **urgentistes**. Nous avons pu observer, toutes les deux, une audition filmée (audition « Mélanie ») et un examen médical sur réquisition judiciaire à l'UMJM du département.

La préfecture : Sur le conseil d'un médecin légiste, nous avons rencontré le 3 mai 2018, la **chargée de mission départementale à la délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité** de la préfecture.

L'association volonté de femmes en Ariège (VFA) : Nous avons rencontré la **présidente** de l'association ainsi qu'une **juriste** salariée, le 7 septembre 2018.

La brigade de Protection des mineurs : Nous avons rencontré un **agent spécialisé dans la protection de l'enfance de la brigade de Pamiers** lors de l'audition filmée à l'UMJM.

Le procureur de la République : Il n'a pu être rencontré lors de notre étude en raison d'un changement de poste.

La juge des enfants : Elle n'a pu également être rencontrée. Nous l'avons contactée à trois reprises sans réponse.

En plus de ces rencontres avec les acteurs de la protection de l'enfance dans le département, nous sommes allées à la rencontre des deux pôles de référence en terme de prise en charge pluridisciplinaire dans la région Occitanie. Il s'agit de l'Unité Hospitalière de l'Enfance en Danger à Toulouse et du Groupe Enfance en Danger à Montpellier.

UHED : Nous avons appris l'existence de l'UHED de Toulouse lors de notre recherche bibliographique (18). Nous avons rencontré le responsable de l'unité, le 19 mars 2018.

GED : Sur le conseil du médecin de la CRIP, nous avons rencontré la responsable du GED à Montpellier, le 5 mars 2018. Nous avons pu assister à une réunion pluri-institutionnelle se déroulant à l'hôpital.

Ces deux systèmes fonctionnent différemment (cf Annexe 13 et 14).

B. Fonctionnement de la protection administrative en Ariège

Le pôle « Protection de l'enfance » du conseil départemental relevait de la Direction Adjointe du service Enfance Famille Prévention (DAEFP) qui appartenait elle-même à la Direction de la Solidarité Départementale (DSD).

La DAEFP, était composée de 3 services : la PMI, la CRIP et le pôle Enfance et Famille. Elle intervenait selon 4 seuils au niveau de la protection de l'enfance :

- Actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents,
- Organisation du repérage des situations de danger ou de risque pour l'enfant,
- Décisions administratives,
- Décisions judiciaires pour la protection de l'enfant.

Au sein de la DAEFP, un poste était réservé à un médecin coordonnateur de la PMI et de la CRIP mais il n'était pas pourvu jusqu'à ce jour. La directrice adjointe, assurait donc la coordination de ces deux structures.

Depuis 2015, le fonctionnement de la cellule a été réorganisé pour centraliser l'information. La CRIP est alors devenue décisionnaire de l'orientation des IP, et de leur traitement. Les directions territoriales ont disparu pour laisser place à la création de 11 centres locaux avec 6 chefs de centre :



Figure 3 Carte des centres locaux

La PMI

La Protection Maternelle et Infantile était une mission du conseil départemental. Il existait un service dans chaque centre local, soit 11 sur le département.

Le service était composé de sages-femmes, de médecins, d'infirmières puéricultrices et de conseillères conjugales et familiales.

Missions :

- Suivi de grossesse non pathologique : examens médicaux, préparation à la naissance et à la parentalité, conseils en allaitement,
- Suivi des nourrissons jusqu'à l'âge de 6 ans : consultations, vaccinations, soutien,
- Agrément des assistantes maternelles et des structures d'accueil collectif de la petite enfance (crèches, multi-accueils, halte-garderie),
- A l'âge de 4 ans, bilan de santé global à l'école avec dépistage des troubles de la vision, de l'audition, du langage, etc...

Tout le personnel de PMI se réunissait une fois par mois au sein du conseil départemental pour la coordination et l'harmonisation des fonctionnements locaux.

La CRIP

La cellule était composée d'une assistante sociale à mi-temps, d'une éducatrice à mi-temps et de deux secrétaires travaillant à temps partiel. Chacune recevait les appels de la CRIP un jour par semaine, à tour de rôle.

Les horaires d'ouvertures étaient fixés du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00. En dehors de ces horaires d'ouverture, il fallait contacter le 119, le SNATED.

Contact : 05 61 02 08 18, cellule09enfance@ariefge.fr

Que se passait-il après réception d'une IP par la CRIP ?

- 1) Dès réception de l'information préoccupante, la CRIP devait la valider et devait rechercher si la famille était connue des services sociaux via un logiciel. Cela permettait de savoir si des actions éducatives étaient déjà en cours.
- 2) Ensuite, une demande de complément d'information administrative était adressée aux différents partenaires : centres locaux, Education nationale, MDPH, CAF, PJJ, UAV, CHIVA, CHAC. Le délai d'attente pour un retour d'information se situait entre 4 à 5 semaines.
- 3) Puis trois possibilités s'envisageaient : classement sans suite, signalement au parquet du Tribunal de Grande Instance si urgence, transmission de l'IP au centre local du domicile de l'enfant.

Les centres locaux :

- 1) Ils établissaient une proposition d'évaluation ou non, la décision étant transmise par le chef du centre à la CRIP qui devait la valider avant toute investigation.
Si une évaluation était nécessaire, un membre de l'équipe rédigeait une lettre aux parents pour informer la famille d'une prochaine intervention au domicile.
- 2) Ils réalisaient une évaluation à domicile par un binôme de travailleurs sociaux (assistant social, éducateur, +/- PMI selon l'âge de l'enfant ou de la fratrie).
- 3) Ils se concertaient en réunion pluri-professionnelle au sein du centre local pour réaliser une synthèse de la situation.
- 4) Ils proposaient à la CRIP dans un délai de 3 mois, une synthèse avec nécessité ou non de mettre en place des mesures éducatives. Parfois ce délai était rallongé.

Enfin, la CRIP supervisée par la directrice de la DAEFP, décidait de valider ou non la proposition du centre local.

A l'issue de la procédure, trois solutions étaient donc possibles :

- Dossier classé **sans suite** mais décision assortie d'une mise à disposition des parents obligatoire dans l'hypothèse où cela s'avérerait nécessaire ultérieurement.
- Mise en place de **mesures éducatives** pour une durée de 6 mois renouvelables.
- **Signalement au procureur** si un danger pour le ou les enfants était avéré ou si la famille n'adhérait pas aux aides proposées.

Le suivi des mesures éducatives s'effectuait par les travailleurs sociaux dans les centres locaux. Il n'était pas prévu de réévaluation 6 mois plus tard quand décision était prise de la classer sans suite.

En 2016, 413 signalements au total ont été recueillis par la CRIP 09, 281 IP, 25 IP bis (cf Annexe 1) et 78 signalements directs. Ces chiffres sont en augmentation constante ces dernières années (19).

Le pôle Enfance et Famille

Le service de l'ASE n'était pas un service individualisé au sein du conseil départemental de l'Ariège. Ses missions étaient effectuées par le pôle Enfance et Famille dans son ensemble, c'est-à-dire :

- Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leurs familles, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social,
- Pourvoir aux besoins des mineurs confiés au service.

Le Projet Pour l'Enfant (PPE), obligatoire depuis le décret du 28 septembre 2016, est effectif depuis le 1^{er} mai 2018 en Ariège. Ce PPE est établi par le président du conseil départemental pour tout enfant bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance (hors aides financières), ou d'une mesure de protection judiciaire, dans un délai de trois mois à compter du début de la prestation ou de la mesure.

Ce PPE est rempli lors d'une évaluation en présence de l'enfant, des parents, de l'assistant familial et des travailleurs sociaux. Il vise à garantir le développement de l'enfant, son bien-être et son autonomie. Il l'accompagne durant tout son parcours afin d'assurer la continuité et la cohérence des actions conduites auprès de lui et de sa famille.

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

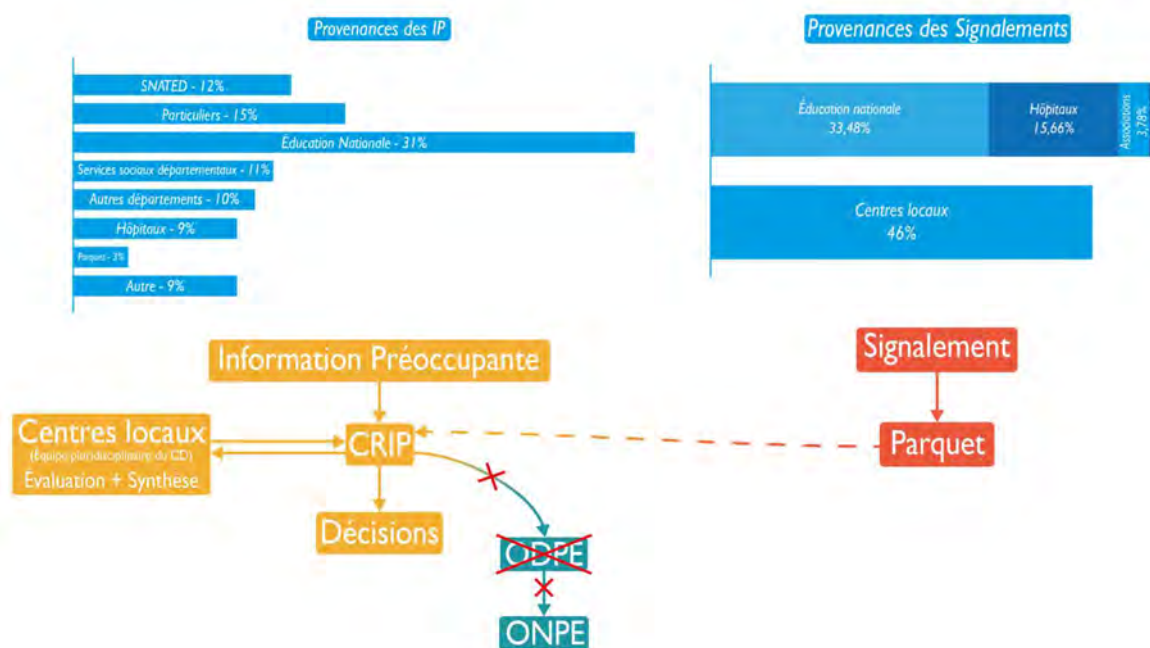
L'ODPE, normalement sous l'autorité du président du conseil départemental, était caduque depuis 2016 en Ariège en raison d'un manque d'effectif. La création d'un ODPE était en projet dans les mois à venir (20).

Sur le plan national, la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 a créé **dans chaque département un observatoire de protection de l'enfance, qui avait pour objectif de renforcer les missions de l'ONED**. Ainsi étaient mis en place des outils complémentaires pour l'évaluation et l'adaptation aux besoins locaux du dispositif de protection de l'enfance (21).

Par ailleurs, cette loi prévoyait la transmission par les départements, à l'ONED et aux ODPE, de données permettant **une observation individuelle, anonymisée et longitudinale des parcours d'enfants en protection de l'enfance**, en application du décret n° 2011-222 du 28 février 2011.

Le schéma du fonctionnement de la protection administrative en Ariège en format A4 se trouve en Annexe 11.

Figure 4 Fonctionnement de la protection administrative en Ariège selon les données de la CRIP 09 de 2016



C. Liens entre les différents acteurs

1. Le conseil départemental 09

Suite à la loi de 2007 pour promouvoir le travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel, le conseil départemental (CD) et la CRIP ont élaboré deux protocoles départementaux :

- Le premier a été signé le 23 juin 2008 entre le CD, la justice, l'Education nationale, les hôpitaux, l'Ordre des médecins, la CAF et la MSA
- Le second est une annexe au premier, signé entre le CD et l'Education nationale (revu en 2014).

C'est l'Education nationale qui réalisait le plus de signalements et d'IP. Les relations étaient donc fréquentes entre les deux structures. A chaque rentrée scolaire, les membres de la CRIP formaient les nouveaux directeurs d'école à la rédaction d'une IP.

Avec l'Institution judiciaire, les relations étaient aisées et directes. Le procureur de la République en fonctions au moment de l'entretien semblait très accessible.

Les relations étaient plus compliquées avec le système de soins. Le personnel de PMI était tout de même convié une fois par mois aux staffs de périnatalité au sein des hôpitaux locaux, où étaient discutés des cas préoccupants de nourrissons en danger.

Concernant les médecins libéraux, en dehors de celui signé par le président du Conseil de l'Ordre des médecins, il n'existait pas de protocole spécifique pour ces derniers. En réponse à notre interrogation, le président du Conseil de l'Ordre de l'époque a précisé que le protocole avait fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2008 par courrier électronique.

En pratique, dans le cadre d'une évaluation d'IP, le médecin traitant n'était pas contacté pour un complément d'information. Ce constat résultait notamment de l'absence de médecin traitant référent sur les fiches de recueil d'IP.

Il existait par ailleurs des liens entre le conseil départemental et la CAF qui était un partenaire de terrain. Le Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP), géré par la CAF, était soutenu financièrement par le conseil départemental 09 selon les besoins. Le conseil départemental a également participé à la rédaction du « Schéma service aux familles » élaboré par la CAF 09 en 2016 et signé en 2017.

2. L'Education nationale

L'Education nationale disposait d'un protocole indépendant avec la CRIP concernant les suspicions d'enfants en danger. Nous n'avons pu avoir accès à ce protocole mais nous avons bénéficié de quelques explications.

En Ariège, l'école transmettait des IP ou des signalements seulement via le service de santé scolaire de l'Education nationale (DSDEN 09, ancienne inspection d'académie).

L'assistante sociale et conseillère technique du service de Monsieur l'Inspecteur d'Académie tenait un rôle de filtre entre les chefs d'établissements qui souhaitaient rédiger une IP et/ou un signalement et la CRIP ou le procureur. Ils représentaient eux-mêmes les relais de leur personnel (enseignant, CPE, etc...).

L'assistante sociale récupérait les informations, procédait à une première évaluation qui conduisait à valider l'IP ou le signalement ou à le réfuter. Elle pouvait transmettre l'IP ou le signalement tel quel aux services concernés (CRIP ou parquet), ou les reformuler.

Concernant les retours d'informations, elle les renvoyait à l'établissement en précisant « J'ai transmis l'IP ou le signalement ou cela n'est pas justifié ce jour. »

Actuellement, il n'existe pas de retour de la CRIP vers l'Education nationale pour la suite donnée en raison d'un manque d'effectif en personnel de la CRIP, ce qui entraîne l'absence de remontée des suites données aux établissements en aval. Les retours de la part du parquet étaient assez rares.

Concernant la place des MG, la médecin scolaire estimait ne pouvoir les appeler qu'avec l'accord des familles mais elle ne le faisait pas en pratique parce qu'il aurait fallu pouvoir identifier facilement le médecin traitant. En théorie, ce dernier devait être identifié sur la fiche médicale scolaire des enfants, ce n'était pas le cas en pratique.

L'Education nationale répondait régulièrement à des demandes d'informations complémentaires de la CRIP pour des IP signalés par d'autres partenaires.

3. Les pédiatres du CHIVA

Un « staff périnatalité » était organisé une fois par mois au CHIVA et au CHAC pour échanger autour de situations préoccupantes concernant des nourrissons. Ces réunions regroupaient des pédiatres, des professionnels de la PMI, des sages-femmes, assistantes sociales et infirmières puéricultrices des différents services.

Les relations avec la CRIP, parfois conflictuelles suite aux décisions finales, avaient tendance à s'améliorer.

Des relations avec le personnel de la PMI étaient possibles, mais ces derniers n'étant pas décideurs, elles étaient moins fréquentes.

Concernant le procureur de la République de l'époque ou la juge des enfants, les pédiatres pouvaient les appeler directement sur leur portable quand cela était nécessaire. Les pédiatres étaient satisfaits de leur grande disponibilité.

Il n'y avait pas d'échanges avec l'Education nationale autour de situations de suspicions de maltraitance infantile.

Entre urgentistes et pédiatres, des avis pouvaient être partagés par téléphone.

Des échanges pouvaient intervenir du MG vers le pédiatre quand le MG était en difficulté pour réaliser une IP et qu'il préférait hospitaliser l'enfant.

4. L'Unité d'Accueil des Victimes (UAV) et Unité Médico-Judiciaire des Mineurs (UMJM)

Ces unités communiquaient facilement avec le système judiciaire (brigades des mineurs, services de police, procureur) et avec les associations locales (VFA, ASJOA, CIDFF).

Très peu de patients sont orientés à l'UAV par les MG.

5. La préfecture

La différence entre le conseil départemental et la préfecture résidait dans le fait que le premier gérât le pôle « Enfance et Famille » qui comprenait surtout la protection de l'enfance, alors que la préfecture était plutôt en charge de la lutte contre les violences sexistes. Les deux instances pouvaient être amenées à travailler ensemble.

En 2015 en Ariège, notre interlocutrice a organisé avec une psychologue, une formation en Développement Professionnel Continu (DPC) destinée aux professionnels de santé sur « **La santé des enfants exposés aux violences conjugales** » (22). Le but était de sensibiliser les professionnels à l'impact de la violence conjugale sur le développement physique et psychique des enfants. Les enfants témoins de violences conjugales sont des victimes à part entière et ces situations peuvent relever d'une IP selon le contexte.

Elle a également participé à la création de l'UAV 09 grâce à un appel à projet au niveau du Ministère. Le projet a été appuyé par le procureur, le CHIVA, et trois associations locales.

Le seul contact avec un MG s'est établi au cours d'une formation médicale continue, ce qu'elle regrettait. Elle a essayé de contacter le Conseil de l'Ordre mais cela n'a pas été concluant. Elle aimerait pouvoir collaborer avec les MG.

D. Axes d'améliorations proposés par les acteurs

La directrice adjointe de la DAEFP estimait que les MG étaient peu impliqués dans le système en raison, probablement, d'une mauvaise connaissance des instances et parce qu'ils avaient des représentations erronées, comme par exemple « services sociaux et ASE signifient placement », « alors que le placement est vécu comme un échec pour nous, enfin ça dépend de la gravité pour l'enfant », « Il y a nécessité à travailler ensemble ». Le service avait pour projet :

- De réécrire le protocole de protection de l'enfance dans le département, avec proposition à notre égard d'une co-écriture.
- D' étoffer le site internet du CD en ce qui concerne la protection de l'enfance
- D'élaborer des plaquettes d'informations à l'attention des professionnels de la petite enfance

La CRIP avait conscience des progrès à réaliser en matière de communication avec l'ensemble des acteurs, mais elle était limitée par le temps en raison d'un sous-effectif de la structure. Elle n'avait pas de contact avec les MG dans les évaluations parce que la fiche de recueil de l'IP ne contenait aucune information sur le médecin et parce que le service ne disposait pas de temps pour le rechercher.

Le chef du service de pédiatrie : « En tant que MG, il est difficile d'établir une IP directement, mais ils peuvent demander à la PMI de réaliser une synthèse. ». Il exprimait le regret que les alertes nationales diffusées par les situations préoccupantes lorsque des parents déménageaient et/ou étaient perdus de vue, n'existe plus. Pour améliorer le système, il proposait les solutions suivantes :

- De communiquer davantage avec les MG quand il existe une suspicion de maltraitance ou pour connaître le devenir des enfants.
- D'envisager que le Dossier Médical Partagé (DMP) puisse améliorer la prise en charge pluridisciplinaire
- D'envisager de déconstruire la représentation : « IP égale placement de l'enfant »

Les médecins légistes voulaient proposer l'organisation de formation pour faire connaître l'UAV et de l'UMJJ et aider les médecins dans la rédaction des certificats médicaux.

Notre interlocutrice à la préfecture, avait comme message essentiel : « Concernant les violences, ce n'est pas au MG de tout gérer. Il existe un réseau sur lequel il faut savoir s'appuyer. Le rôle du MG est, à mon sens, de tendre la perche aux familles ».

III. Les médecins généralistes

A. Population étudiée

Nous avons invité 9 médecins à participer au premier focus group. 8 ont répondu favorablement et une personne s'est désistée au dernier moment.

Pour le deuxième focus group, 19 médecins ont été contactés, 3 médecins n'ont pas répondu, 6 ont refusé de participer. Sur les 8 médecins ayant répondu favorablement, 1 s'est désisté au dernier moment.

La saturation des données a eu lieu au bout de 2 focus group.

Au total nous avons donc consulté 14 médecins (soit 9.7% des médecins généralistes ariégeois) répartis en 2 focus group équilibrés.

Caractéristiques de la population :

Nous avons interrogé 5 femmes et 9 hommes, âgés de 32 à 61 ans pour une moyenne de 45.6 ans. Tous étaient installés sauf un médecin remplaçant, avec des modes d'exercices variés, 6 en cabinet de groupe, 4 en cabinet seul et 4 en MSP. L'échantillon était varié concernant le lieu d'exercice puisque nous avons sollicité des médecins dans les huit communautés de communes suivantes : Couserans, Arize-Lèze, Saverdun-Pamiers, Foix-Varilhes, Tarascon, Auzat-Vallées d'Ax-Donezan, Pays d'Olmes et du Pays de Mirepoix

La durée d'exercice s'étendait de 1 à 32 ans pour une moyenne de 15.7 ans.

Ces médecins disposaient tous d'une patientèle pédiatrique avec un pourcentage allant de 7 à 30% selon les médecins. 9 avaient déjà effectué des stages antérieurs en lien avec la pédiatrie et/ou la PMI et 11 d'entre eux étaient parents. Aucun d'entre eux n'étaient titulaires de diplôme spécifique à l'enfance. Deux médecins avaient participé à une formation sur la maltraitance.

Certains médecins pratiquaient une activité extra-libérale, 2 d'entre eux étaient aussi urgentistes, 1 sapeur-pompier, 1 avec une activité de soins palliatifs. Dix étaient maîtres de stages.

Les focus group ont duré respectivement 1h50 et 1h35.

B. Les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs

1. La PMI : le premier interlocuteur cité par les médecins généralistes

a) Le contact avec la PMI était privilégié

La PMI était l'interlocuteur ressource le plus cité par les MG dans les situations de suspicion de maltraitance infantile.

En cas de doute sur une situation, ils s'orientaient en premier vers la PMI. *« Moi mon niveau supérieur c'est ben la PMI, moi franchement quand j'ai un doute, voilà. » F.B*

D'après eux, le médecin de PMI était le spécialiste de la maltraitance. *« Spécialiste de la maltraitance c'est peut-être, le médecin de PMI qui peut nous aider là-dedans » F.C*

La PMI était disponible et de bon conseil. *« Pour la communication, pour poser les questions, savoir s'il faut faire un signalement ou pas, je pense qu'ils sont de bons conseils » F.I*

C'était aussi le moyen de demander un avis informel sans faire l'action de signalement. *« Je lui touche quand même un mot de ce petit, mais de manière... j'étais très contente de la connaître car cela pouvait être fait de manière totalement officieuse, avec rien de signalement écrit » F.E*

Cependant ils étaient conscients qu'il pouvait exister un biais d'interprétation par rapport à ces échanges téléphoniques : *« mais le médecin de PMI ne connaît par téléphone que le ressenti qu'on lui ramène quoi, hein ? » F.C*

b) Le vécu positif

Les médecins avaient confiance en la PMI de leur secteur. *« Euh, moi j'avoue que j'ai assez confiance en la PMI euh, de mon secteur » F.B*

Le partage d'informations avec le médecin de PMI permettait d'alléger la souffrance du MG. *« Et donc euh... la PMI du Couserans, m'a permis de ... d'avancer sans trop de souffrance, et de ... et d'interrogations » F.B.*

Parfois c'était l'assistance sociale qui rassurait le médecin en expliquant le déroulement des procédures. *« J'ai été euh... ¾ d'heure avec l'assistante sociale euh... de la PMI qui m'a... qui m'a rassurée quelque part effectivement euh... on n'enlève pas les gamins euh... les flics n'arrivent pas euh (...) et après cette conversation-là, je... j'étais beaucoup plus sereine pour euh appeler le numéro » F.A*

c) Les freins à contacter la PMI

Certains médecins ont vécu des expériences négatives et ne souhaitaient plus contacter la PMI. *« Mon expérience me met un peu en réticence » F.C*

Cette réticence pouvait s'expliquer par un manque de retour. *« Mais après dans le suivi, moi c'est toujours l'interrogation, voilà le suivi, j'en étais pas informée, j'avais pas trop de retour » F.I*

D'autres étaient touchés par les expériences négatives de leurs patients.

Pour eux, la visite à domicile de la PMI pouvait être vécue comme violente pour la famille. *« Je lui parle de la PMI, elle est très réticente. Elle a vraiment vécu ça comme une agression parce qu'il, il y a déjà eu une visite à la maison » F.A*

Ils avaient aussi l'impression qu'on jugeait les familles. *« Elle s'est sentie très jugée et peut être pour ça qu'elle avait cette opposition aussi avec toutes les décisions qu'étaient prises par les PMI » F.A*

Leur fonctionnement *« trop administratif »* était un frein pour les médecins. *« J'avoue être un peu réticent dans les contacts aux PMI et c'est vrai voilà. Je n'ai pas de problème à le dire j'ai une grosse réticence sur ce système (...) un peu trop peut-être administratif » F.C*

Ils pouvaient reprocher à ce système administratif son immobilisme. *« Soit inversement que ça traîne, (...) l'impression de tourner en rond. Que Personne ne veut prendre ses responsabilités et que ça prend du temps et que ça tourne » F.D*

Ou, au contraire, ils considéraient leurs décisions trop hâtives et non pertinentes. *« J'ai l'impression, que soit c'est excessif, ils se montent le chou et ils prennent des décisions euh faciles » F.D*

La réticence était en partie due à une incompréhension de leur fonctionnement *« Que on ne sait pas pourquoi, qu'ils ont des déterminants, j'ai du mal à...à comprendre leur...leur fonctionnement » F.D*

Enfin, la sectorisation ne permettait pas le choix de l'interlocuteur. *« Alors quand c'est des spécialistes, on choisit qui on veut, on appelle à Toulouse si on veut, la PMI ben, c'est sectorisé (...) Donc euh on a moins de choix » F.B*

2. Liens avec le système judiciaire

a) Les motifs d'appel du procureur

Le procureur était identifié par les médecins comme l'acteur clé en cas de faits graves comme les suspicions de violences sexuelles. *« Elle se plaignait d'un prurit vulvaire, (...) il y avait un véritable écoulement au niveau vulvaire, au niveau vaginal, (...) le prélèvement a été revenu avec un gonocoque (...), elle avait 7-8 ans (...) qu'est ce qu'on fait dans des histoires comme celle-là et ben on téléphone au procureur de la république » F.L*

Les médecins pouvaient l'appeler également en cas de péril imminent pour protéger l'enfant. *« J'ai craqué elle était à La Grave, elle était en train d'accoucher et j'ai écrit au procureur (...) Mr le procureur, retirez ce gosse à cette mère sinon elle va le tuer... et... et... ben trois ans plus tard elle a tué le suivant, bon... » F.D*

L'appel au procureur semblait être réservé aux cas de fortes suspicions ou aux cas de faits avérés *« quand vraiment je suis persuadé j'ai le réflexe procureur » F.L*

b) Le contact avec la brigade de la gendarmerie

Pour certains médecins, la brigade de gendarmerie constituait un autre interlocuteur possible en cas de faits graves. *« la gamine se plaignait de brûlures mictionnelles et quand elle a mis la gamine sur le bidet pour faire le prélèvement, la gamine a dit : mais ça va faire mal ! (...) J'ai monté la gamine et l'assistante sociale dans ma bagnole et j'ai été directement à la brigade de gendarmerie ». F.D*

c) Le vécu des expériences

Un médecin était satisfait de la réactivité du système judiciaire *« j'ai posté au procureur ça a été rondement mené, donc en 10 jours, 15 jours, le... la justice a rempli euh... finalement un jugement » F.D*

Les autres expériences vécues avec la justice étaient plutôt négatives pour plusieurs raisons.

Le médecin avait l'impression de déranger le procureur en signalant par téléphone sur un créneau de garde. « *Là par contre, c'était en Ariège, et où j'ai téléphoné tard le soir et manifestement en plus euh je le dérangeais beaucoup* » F.L

Il était déçu de la prise en charge à plusieurs reprises « *Dans ma vie j'ai téléphoné 2 fois à un procureur de la République et 2 fois j'ai été très déçu de la prise en charge* » F.L

La déception semblait être la conséquence d'un manque de retour de la justice après le signalement « *Alors soi-disant mais je je euh on avait que des brides d'informations, qu'il y aurait eu des prélèvements (...) j'ai eu des brides de retour par l'assistante maternelle, je n'ai eu aucun retour par le biais de la justice* » F.L et d'une incompréhension de la décision finale. « *La conclusion qu'il y avait derrière, toutes les 2 fois m'ont surpris* » F.L

Cette décision finale a suscité des interrogations de la part de plusieurs médecins sur la compétence de la justice à juger des faits médicaux « *Quelle est la connaissance par la justice des, de, de... des données de la science ? Est-ce que le juge va réfléchir comme toi ?* » F.M

3. Les liens avec les autres acteurs cités par ordre de fréquence

a) Les confrères médecins

⇒ Les confrères généralistes

Les médecins étaient rassurés de pouvoir se tourner en premier vers un confrère généraliste au sein d'un cabinet de groupe ou d'une MSP. « *Euh je trouve aussi ce qui est rassurant, c'est quand on a la chance d'être en cabinet de groupe... on peut en discuter* » F.C

⇒ Le pédiatre

Le médecin se tournait ensuite vers le pédiatre pour demander un deuxième avis. « *J'envisageais plutôt de demander l'avis d'un pédiatre sur l'hôpital, personne-ressource auprès des enfants* » F.K

Il pensait que le pédiatre était plus compétent que lui dans le domaine de la maltraitance

« C'est juste une question de confier à un confrère qui est peut-être, c'est pas peut-être mais sûrement plus compétent que moi dans le domaine de de la maltraitance (...) je confierai à un pédiatre » F.J

Les médecins étaient d'accords pour différer leur orientation en fonction des familles. En cas de doute, les médecins préféraient adresser les familles de catégorie socioprofessionnelle supérieure vers le pédiatre plutôt que la PMI. *« Moi je pense que dans cette situation-là, face à ces gens-là, ça va être plus facile de proposer de l'aide, ça sera plus facile d'introduire ta PMI (...) face à des gens plus cortiqués ça va être beaucoup plus compliqué de te positionner (...) euh là j'enverrai au pédiatre » F.N*

⇒ L'urgentiste/Les urgences

Adresser l'enfant aux urgences représentait une possibilité permettant au médecin de prétexter un motif médical pour investiguer une suspicion de maltraitance. *"Donc euh tricher un peu sur le motif (...) et puis appeler par derrière le collègue et lui dire j'ai une situation pas claire, est-ce que tu peux investiguer ? » F.D*

Ainsi ; le médecin pouvait partager son ressenti sur un patient commun avec l'urgentiste. *« Je me suis rapproché même du médecin des urgences, parce qu'il y avait eu une consultation aux urgences, où y'avait eu le même euh... le même ressenti » F.A*

b) Les services sociaux

Un médecin contactait les services sociaux en cas de doute sur une situation *« Quand je suis pas persuadé, j'ai le réflexe services sociaux » F.L*

Le contact avec les services sociaux permettait d'éviter un signalement judiciaire qui pouvait ébranler la famille. *« On n'a pas envie d'aller jeter un gros pavé dans la mare en disant là je signale tout machin etc... et donc c'est là où j'ai eu plutôt le réflexe de passer par des services sociaux » F.L*

Le vécu du contact était souvent compliqué notamment car les médecins méconnaissaient les interlocuteurs et leur fonctionnement *« ça m'est arrivé de...d'essayer aussi de me tourner*

vers les services sociaux mais là aussi c'est un peu compliqué (...) on sait pas trop d'ailleurs à qui s'adresser (...) normalement il devrait y avoir une enquête mais on sait pas » F.L

Les médecins craignaient que les services sociaux soient agressifs envers les familles.

« Euh on sait pas avec les services sociaux comment ils vont faire, des fois ils débarquent chez les gens avec quand même euh une attitude assez agressive aussi » F.L

c) Les enseignants

Un médecin a déjà contacté un instituteur pour obtenir des informations sur un enfant

« L'instit c'est aussi quelqu'un que l'on peut interroger (...) non mais sans dire j'ai une suspicion de maltraitance ! Non mais (...) Comment ça se passe avec tel gamin ? Ça m'est déjà arrivé » F.B

D'autres, au contraire, ont refusé de communiquer avec l'instituteur. *« Moi pareil j'envoie balader l'instit.(...) l'instit qui va m'appeler moi je vais le renvoyer sur la santé scolaire qui elle pourra me contacter mais pas... pas direct. » F.D*

De manière générale, la communication entre médecins et enseignants était compliquée.

« Médicaux et enseignants, euh les rapports sont extrêmement difficiles » F.L

d) Le Conseil de l'Ordre

Un médecin a cité le Conseil de l'Ordre comme interlocuteur en cas de questionnements relatifs au secret médical ou à la rédaction des certificats médicaux. *« Parfois dans ces questions de qu'est-ce qu'on a le droit ou pas le droit, dans les certificats assez souvent, j'appelle le conseil de l'ordre et je demande » F.C.*

L'ordre des médecins était réactif *« on a quand même un contact (...) je trouve qu'on a des réponses assez rapides à nos questions, euh... de manière générale je trouve que ça peut être aussi une bonne ressource euh voilà » F.C*

e) Les paramédicaux

Des échanges ont pu avoir lieu avec des professionnels paramédicaux comme l'orthophoniste ou la sage-femme. *« La sage-femme en fait, qui voyait la famille au*

quotidien, qui allait euh, qui voyait ce qui se passait à l'intérieur donc c'est pas toujours le médecin, ça peut aussi être des paramédicaux » F.C

f) Le 119

Un seul médecin connaissait le 119 comme ressource possible notamment dans le cadre d'un **signalement anonyme** « *Alors c'est pas la voie euh on va dire officielle pour les médecins mais euh moi je pense que si j'avais un doute sur euh quelqu'un de violent et des conséquences (...) c'est pas impossible que je passe par le 119 (...) qui permet de faire un signalement (...) et de se protéger de l'anonymat* » F.E

g) Le service de santé scolaire

La médecine scolaire a été citée une fois comme une possible interlocutrice « *c'est vrai qu'on a pas parlé de la santé scolaire comme interlocuteur* » F.E mais difficile à contacter sur le terrain « *la santé scolaire est en large sous-effectif en Ariège, j'ai fait 6 mois euh en tant qu'interne (...) je sais à quel point c'était difficile* » F.E

h) La CRIP non citée dans les personnes ressources

Les médecins n'ont pas cité la CRIP dans les personnes ressources et les médecins semblaient ne pas connaître son existence quand l'animatrice leur a posé la question.
« *Alors je ne sais pas si ça s'appelait comme ça avant.* » F.C

C. Le vécu des réunions pluridisciplinaires

1. La découverte de l'existence de réunions

Un médecin a découvert l'existence de réunions entre la PMI et le CHIVA et n'était pas averti des procédures en cours sur son patient. « *Euh, j'apprends que la PMI est déjà venue, qu'il y a eu, euh, un dossier épais comme mon bras autour de la maman* » F.C

2. La difficulté d'assister aux réunions

Deux médecins avaient déjà participé à ces réunions pluridisciplinaires organisées à la PMI ou au CHIVA « *Je me suis retrouvé en situation effectivement de participer à une réunion au CHIVA avec les pédiatres et la PMI sur un enfant qui allait naître, puis l'enfant est né une deuxième réunion puis une troisième dans le secteur ...* » F. D

Il leur était difficile de se libérer des plages de consultations pour participer aux réunions. « *Ces réunions là c'est souvent sur notre temps de travail et nous on consulte donc il faut vraiment faire l'effort de bloquer ce temps où l'on va à ces réunions parce qu'en général c'est en plein dans les consultations que l'on fait, (en plaisantant) c'est jamais le soir.* » F.A

3. Les médecins déçus des réunions pluridisciplinaires

Les médecins ayant participé à ces réunions se plaignaient de la perte de temps. Ils considéraient que les réunions duraient trop longtemps sans conclusion claire et ont ressenti un manque de considération des équipes. « *C'était une réunionite quoi (...) je me suis dit euh... on est en train de tourner en rond. Et la deuxième (...), les questions tournaient en rond pareil, comme si entre-temps : un° je n'avais pas été écouté, deux° rien n'avait avancé.* » F.C

Un autre était déçu du manque de discussion autour d'une situation clinique, « *Un peu refroidi puisque le seul débat c'était : faut séparer la mère de l'enfant, faut séparer la mère de l'enfant* » F.C. et a décidé de ne plus y participer à cause d'une impression de préjudice pour la famille « *Donc j'avoue que j'ai arrêté les réunions, me disant que ces réunions allaient être plutôt néfastes qu'autre chose* » F. C

D. Le médecin généraliste face à la situation de maltraitance

1. Le manque d'expérience

Les médecins rapportaient tous un manque d'expérience vis-à-vis des situations de maltraitements infantiles. Au fur et à mesure des focus group, ils prenaient cependant conscience d'un possible sous-diagnostic *« Et...je... j'ai dû passer à côté de cas de maltraitance direct sur les enfants, mais euh je... en quinze ans d'exercice, je..., j'en ai jamais vu. Je sais pas » F.F*

Un seul médecin s'est démarqué des autres et a déclaré avoir diagnostiqué beaucoup de situations de maltraitance qu'il expliquait par sa durée d'installation et à son tempérament *« dynamique »*. *« J'ai eu beaucoup d'histoires de maltraitance et de signalement parce que ça fait 32 ans que je suis installé pis aussi que mon tempérament est plutôt d'aller euh hein » F.D*

2. La difficulté à définir la maltraitance

Cette difficulté est revenue de façon prépondérante dans les focus group avec des interrogations répétées portant sur la définition de la maltraitance. *« Euh donc quelle est la définition de la maltraitance ? Et où elle est ? (...) Et je ne sais pas si on aura la réponse hein ? » F.D*

La définition de la maltraitance n'était pas connue des médecins *« je ne sais pas, je pense qu'elle doit exister mais je la connais pas » F.J*

Pour eux, les violences sexuelles ou les cas typiques de maltraitance physique étaient rares en pratique. *« Le gamin qui se présente en consultation, la caricature, qui aurait (...) des plaies d'âges différents, etc (...) je sais pas si vous en avez vu beaucoup. Moi j'en n'ai pas vu » F.D*

Les situations de carence éducative ou de négligence étaient les plus rencontrées. Ils étaient interpellés par ces situations mais ils hésitaient à les définir comme de la maltraitance. *« Dans la majorité des situations c'est... c'est pas la maltraitance, c'est la carence éducative, c'est des situations pas claires, c'est ... euh hein ? » F.D*. Toute la difficulté était de définir clairement la négligence. *« Là où je suis pt'êt dans l'ubiquité c'est*

pt'êt dans ce qu'on appellera plutôt de la négligence (...) on a cette négligence et où est-ce que la négligence ? » F.C.

La difficulté était d'autant plus grande lorsqu'ils perdaient leurs repères habituels face à des familles aux choix éducatifs différents que le médecin souhaitait respecter.

Une discussion s'est tenue sur le refus vaccinal fréquent en Ariège. Les médecins ont hésité à qualifier le refus vaccinal comme une forme de maltraitance puis ont finalement refusé de le définir comme tel. *« Euh moi j'ai jamais fait ça, j'ai jamais signalé euh un refus vaccinal (...) le parent ne se sent absolument pas maltraitant, au contraire. Il protège son enfant contre une agression extérieure. » F.B.*

Par contre, ils percevaient le refus de soins comme une possible maltraitance *« Les parents (...) anti soins et ça peut être une forme de maltraitance qu'on rencontre plus souvent dans nos contrées... je pense » F.E*

3. Les motifs de signalement

Les médecins ont distingué leur conduite à tenir en fonction des faits rapportés et des faits constatés. *« Même si, encore une fois je distinguerai la violence enfin, les propos rapportés qui sont peut-être vrais, (...) de quelqu'un qui arrive avec euh trois beignes » F.C*

En cas de faits graves constatés et clairs, ils n'éprouvaient pas de difficulté à signaler. *« Alors quand on a des situations claires, moi j'ai eu deux situations euh, qu'ont fini en assise, ou là, c'était tellement évident que...que ça a été les flics immédiatement » F.D*

Ils savaient qu'il fallait hospitaliser l'enfant en cas de péril imminent *« dans le sens où soit c'est quelque chose de très grave, imminent et il faut absolument retirer le gamin et là c'est directement le procureur et bon on hospitalise le gamin » F.E*

Pour autant, en tant que témoin d'une violence physique non justifiée, un médecin n'a rien fait *« Et puis je lui fais le vaccin, évidemment, le gosse se met à chialer et VLAM il lui file une claque. Moi j'ai...je n'ai pas fait de signalement mais bon.» F.G*

En cas de faits rapportés, le médecin était en difficulté et pensait que ce n'était pas à lui de signaler. *« Quand ça commence (...) la mère me dit, ma fille me dit que, moi je me dirais, écoutez madame il faut signaler quoi (...) est-ce que c'est à nous derrière, est-ce que c'est notre boulot ? C'est compliqué » F.C.* Ainsi face à une situation d'inceste rapportée par la mère, un médecin lui a conseillé de signaler *« C'est une maman qui venait, en me disant que*

sa fille de ...4 ans...euh... lui avait dit qu'euh... le grand-père avait fait des attouchements. Et euh... donc ben... je dis à la maman que c'est très grave, qu'il faut signaler » F.G

Enfin, ils se sont rendus compte au cours de l'entretien que la réactivité face à une situation dépendait du vécu et de la sensibilité de chaque médecin. *« Je me suis en fait rendu compte que ça dépendait aussi de la sensibilité du médecin parce que ton histoire moi j'en ai connu une similaire (...) avec un enfant qui avait été végétalien (...) l'enfant en est mort, et donc je pense que (...), j'aurais été plutôt euh beaucoup plus agressif que ça de par mon vécu » F.L*

4. Les connaissances du cadre médico-légal

a) Procédures

Deux médecins ont défini des niveaux de signalement mais seule l'une d'entre eux a fait la distinction entre le signalement judiciaire et administratif *« Effectivement il y a plusieurs niveaux de ce que l'on peut appeler signalement (...) soit c'est quelque chose de très grave, imminent et il faut absolument retirer le gamin et là c'est directement le procureur (...) Y a le niveau d'en dessous qui est l'information préoccupante et ça effectivement ça va être regroupé par les ASE » F.E*

Pour les médecins la place de la PMI dans les procédures n'était pas claire.

Pour certains, l'appel de la PMI, était une forme d'action sans signalement. *« Y a le niveau j'ai envie de dire encore d'en dessous ou c'est juste... prévenir la PMI » F.E.*

Pour d'autres, appeler la PMI était déjà une démarche de signalement. *« Sauf que si on est nombreux, on est déjà dans le signalement. », " Non ? Tu appelles la PMI, euh c'est pas un signalement ? » F.D*

Seul un médecin a souligné la manœuvre d'action limitée de la PMI en l'absence d'IP *« On peut demander conseil à la PMI mais eux tant qu'il n'y a pas d'information préoccupante ils ne peuvent pas intervenir dans les familles. » F.A*

Un seul médecin a vécu la déclaration d'une IP pour clarifier une situation *« J'ai été amenée à (hésitante) à faire une information préoccupante parce que j'étais inquiète du devenir de cet enfant (...) qu'on aide en fait à clarifier la situation et de savoir qu'est ce qui était le mieux pour l'enfant dans cette situation ». F.A.* Elle a été aidée par la PMI pour les modalités de déclaration qu'elle ne connaissait pas. *« Et pour les modalités euh de déclaration d'information préoccupante, enfin la dernière je n'ai rien écrit. Je crois que c'est la PMI qui m'a donné le numéro que je ne connaissais pas, c'est le conseil général d'ailleurs » F.A*

Le signalement judiciaire par l'appel au procureur était par contre une démarche claire pour les médecins bien qu'ils puissent être en difficulté pour trouver le numéro « *On va nous dire le procureur, alors déjà moi, je n'ai jamais réussi à trouver le numéro du procureur nulle part* » F.I

Grâce à une formation sur la maltraitance, un médecin savait que son rôle était de constater sans investiguer « *j'avais une formation (...) et il y avait un juge qui nous avait dit une déclaration d'enfant c'est une scène de crime (...) vous n'avez pas à poser de questions (...) vous risquez à ce moment-là de compliquer la scène de crime (...) vous constatez ou on vous fait part de violence, vous arrêtez là la discussion* » F.D

b) Cadre médico-légal

Les médecins n'étaient pas tous égaux sur leur connaissance du cadre légal et des critères de dérogation au secret médical.

Un médecin s'est interrogé sur l'obligation ou non de signaler un cas de violences sexuelles sur mineur(e) « *il y a aussi le..., la question de la..., du secret professionnel. Si par exemple, un adolescent qui te parle de ça, de..., une adolescente plus souvent, et qui te dis qui veut pas que ses parents le sachent, ou des trucs euh...est-ce que ?* » F.F

Les autres étaient unanimes à penser que la dérogation au secret médical concernait les mineurs de moins de 15 ans « *T'est délié du secret professionnel, plus de 15 ans t'es obligé de le convaincre ...* » F.E

c) Secret partagé

Les médecins n'ont pas abordé spontanément le secret médical lors des discussions.

Quand on leur a posé la question du secret professionnel, ils ont répondu qu'il n'était pas un frein au signalement « *Personnellement je mets une croix-dessus* » F.H « *C'est un peu la même* » F.L

Leurs connaissances sur le secret partagé étaient imprécises.

Un seul médecin pensait que l'on pouvait communiquer certaines informations médicales utiles à la mission de protection de l'enfant « *Mais qui à mon avis ne relève pas encore du secret, c'est-à-dire je vais être en relation avec un partenaire dans l'intérêt de l'enfant, je vais essayer de ne communiquer que ce qui est réellement utile à la mission de la personne d'en face* » F.D même si cet exercice n'était pas évident « *le problème il est de savoir*

jusqu'où on s'arrête et quelles sont les informations qu'on s'autorise le droit de donner ».
F. D

En pratique, les médecins ne connaissaient pas les acteurs réellement inclus dans l'information partagée « *La PMI je l'inclurais dedans, dans ma tête* » F.I

5. Le vécu du dépistage

Un médecin s'est interrogé sur l'intérêt d'un dépistage systématique des violences chez les enfants comme il est recommandé de le faire chez les adultes.

La majorité d'entre eux dépistaient les violences uniquement en cas des troubles somatiques « *Moi il m'est arrivé une...une enfant qui vienne avec des troubles somatiques (...)Si y a un point d'appel quoi, dans ce cas-là si je le fais* » F.C

Le dépistage de la maltraitance était vécu comme difficile car il prenait du temps. « *Plus d'écoute aussi, prendre le temps d'écouter* » F.A et que le diagnostic était difficile à poser devant des violences cachées « *ce qui est attouchement, voir euh... oui viol euh c'est très tabou et c'est euh à part d'être dans le ressenti de quelque chose c'est pas verbalisé (...) souvent c'est caché* » F.A

6. Le vécu de la déclaration

a) Le doute

Le doute était un véritable problème soulevé par l'ensemble des médecins. « *Y'a le deuxième problème de savoir (...) est-ce qu'on a la vérité, est-ce qu'on n'a pas la vérité (...) c'est le doute qui pose problème* »

Il était vécu comme inconfortable « *quand on n'est pas persuadé on est quand même très mal à l'aise* ». F. L

b) Les émotions négatives

Le vécu de la déclaration a fait ressortir beaucoup d'émotions négatives.

Ils ont exprimé plusieurs types de **peurs** comme **l'angoisse** des conséquences du signalement « *J'ai hésité longuement avant de lancer cette information préoccupante parce que euh... euh..., j'avais toujours cette angoisse de savoir ce que je vais...* » F.A, la peur de l'erreur « *moi je tremblerai le jour où je ferais une information préoccupante (...) pour*

toutes les raisons qui vont impacter notre cerveau : est-ce que je fais bien ?» F.C ou des représailles.

Ils ressentait un **malaise** dans la déclaration « *On était un peu : on fait, on fait pas (...) on sent bien le malaise qu'on a de..., de déclarer ce genre de chose* ». F.A ; voire une **souffrance** « *Pour revenir au cas où moi j'ai fait, une...euh..., une...euh... déclaration, l'information préoccupante, j'étais hyper mal quoi* » F.A.

Un médecin parlait d'« **une culpabilité permanente** » dans le signalement « *J'ai l'impression, ça donne une espèce de culpabilité permanente, c'est à dire, c'est soit par défaut, soit par excès, si tu signales et que c'est pas bon, t'es coupable, si tu signales pas alors que c'était ça, t'es pas bon non plus* » F.J. La culpabilité pouvait se prolonger après le signalement dans la relation médecin-parent « *Puis après euh, moi je me suis dit, punaise est-ce que j'ai bien fait ? (...) c'est nos patients qu'on voit tous les jours enfin (...) je sens..., enfin, elle m'en veut quoi (...) d'avoir déclenché ça* » F.A

Le signalement engendrait un **sentiment d'exclusion** dans le suivi « *Alors j'ai suivi un peu à distance car tout a été pris par la PMI* » F.A

c) La satisfaction

La satisfaction était la seule émotion positive qu'un médecin a exprimé notamment quand il pouvait poursuivre le suivi médical de l'enfant après le signalement « *Je les vois encore parce que (...) elles ont été placées dans deux familles d'accueil différentes mais qui ont eu, je dirais la bonne idée de continuer à me garder comme médecin traitant des gamines* » F.D et quand l'enfant pouvait être protégé avec l'implication des parents « *Ça c'est le top quand on y arrive, je trouve qu'on a, on est vachement content parce qu'on a à la fois protégé l'enfant et à la fois, c'est une démarche volontaire des parents* » F.D

d) Le besoin de se justifier

Face à beaucoup de situations cliniques décrites par les médecins, beaucoup se justifiaient de l'absence de signalement.

Certains ne voulaient pas signaler lorsque la démarche avait déjà été entreprise par un autre tiers ou parce que l'enfant était déjà suivi en PMI. « *Y'avait quand même un suivi PMI, du coup j'ai pas résigné* » F.I

D'autres ne signalaient pas par manque d'éléments sur une situation. « *Peut-être si la situation, peut-être s'ils étaient restés sur le lieu, j'avais pu continuer à suivre et j'avais vu d'autres choses* » F.G

Un médecin n'a pas signalé une situation d'inceste rapportée par la mère en raison du refus de cette dernière. « *Le grand-père avait fait des attouchements. Et euh... donc ben... je dis à la maman que c'est très grave, qu'il faut signaler. Alors là, elle est tout de suite sur le recul, elle veut pas du tout que je signale (...) donc voilà* » F.G

Un autre ne voulait pas signaler pour ne pas aggraver la situation. « *C'est vrai que...j'ai pas fait grand-chose car je savais pas si c'était pire pour les gamins de les séparer de ses parents que de rester dans la situation comme ça* » F.F

E. La place spécifique du médecin de famille

1. La difficulté de la position de médecin de famille

a) Médecin traitant des parents

Les médecins ont largement exprimé leurs difficultés à signaler de par leur posture de médecins de famille.

Ils préféreraient préserver le schéma familial plutôt que de déclarer, ce qui expliquait leur attitude expectative *« C'est vrai qu'on a tendance à se dire, on va laisser le temps, on va voir ce qui se passe, parce qu'on a l'impression que quand on va faire ça, on va vraiment foutre le bazar dans la famille » F.G.*

Ils estimaient que le signalement était compliqué à vivre pour les familles. *« Alors c'est toujours compliqué pour la famille parce qu'il y a enquête, parce que il y a beaucoup de choses qui sont remuées, parce que y'a plein de gens qui interviennent. F.E ».*

Ils voulaient privilégier avant tout le lien avec les parents. *« Je lui parle de la PMI, elle est très réticente (...) elle est vraiment sur un mode, si vous m'en reparlez je vous quitte donc j'en reparle pas je me dis ok je vais essayer de pas rompre le lien. » F.C*

Ainsi, la connaissance de la famille était un frein au signalement. *« C'est une façon de dire que euh... pour nous généralistes quand on connaît bien les gens c'est parfois difficile d'aller jusqu'au signalement » F.G* bien que le discours a changé pour le même médecin selon la situation *« Donc euh, c'est compliqué de signaler quand on voit pas beaucoup les gens, quand on les connaît pas bien » F.G*

Les médecins voulaient impliquer les parents dans les démarches en voulant agir avec eux et non contre eux *« L'idéal serait d'arriver à dire aux gens : la situation que vous me décrivez, on ne peut pas la gérer comme ça, on va être obligé, pas obliger mais amener les parents à demander eux-mêmes de l'aide à la PMI, à je sais pas qui » F. D.* Ils cherchaient à valoriser les parents plutôt que de les juger *« On va pouvoir valoriser en disant à la maman : bah oui ça s'appelle de l'amour accepter de demander de l'aide (...) et là ça permet de valoriser derrière et pas de juger » F.D.* Ils ne voulaient pas agir dans leur dos *« Moi ce que je trouve difficile c'est à un moment donné, de faire les choses en cachette des, des parents » F.D*

Ainsi la relation aux parents était toujours un facteur limitant au signalement « *C'est un peu la difficulté, c'est-à-dire que là, il y a vraiment deux patients dans toutes les histoires. Il y a l'enfant, et il y a le parent. Et que à chaque fois ce qui est limitant c'est la relation aux parents* » F.K

b) Médecin de l'enfant

Un médecin s'est démarqué des autres au cours de l'entretien en replaçant l'enfant au cœur des préoccupations « *Mais qu'à un moment, peut-être ce qui est quand même intéressant c'est le patient qu'on a là, en face, qui est l'enfant à ce moment-là* » F.K

Pour ce médecin, peu de place est donnée à la parole de l'enfant en France « *Je crois qu'on a une grosse limite parce que finalement les enfants c'est quelque chose d'assez sociétal en France... (...) On donne assez peu de place à la parole de l'enfant* » F.K

Des médecins ont pensé qu'interroger un enfant directement sur des possibles violences laisserait une porte ouverte dans le futur « *De poser la question avec les parents en face d'un gamin que l'on trouve pas trop bien : est-ce que quelqu'un t'a fait du mal ? (...) Il aura entendu qu'un adulte s'est intéressé à lui et ça pourra déboucher sur quelque chose plus tard... Je pense que ça peut énormément faire avancer les choses* » F.B

Suite à ce constat, s'est alors posé le problème de la possibilité d'interroger l'enfant sans les parents dans la consultation. Certains avaient peur de les faire sortir par peur de la réaction parentale « *Si tu fais sortir le parent t'es sûr qu'après il va demander au gamin, et après il va te dire : qu'est-ce que vous avez dit à mon gamin ? (Rire) C'est ça qui me ferait peur dans la relation.* » F.C. D'autres le feraient plus facilement « *On s'en fiche, quelque part on s'en fiche... Au contraire c'est bien que le gamin raconte à ses parents ce qu'on lui a demandé, ce qu'on lui a fait, ce que...* » F. E

2. Une position différente des autres acteurs

La posture spécifique du médecin de famille explique le vécu compliqué des réunions pluridisciplinaires. Ces réunions étaient assimilées au tribunal pour deux médecins. « *Mais là j'étais dans une position de l'avocat de la mère, j'étais le seul à défendre la mère. J'avais cette impression d'un grand tribunal qui la jugeait et moi qui la défendait.* "F. D

Ainsi, les MG se sont opposés aux autres acteurs sur plusieurs points.

Ils avaient plutôt tendance à imaginer les conséquences négatives du signalement pour la famille « *Parce que nous on va avoir tendance à voir les parents, par ce qu'on se dit que c'est jugeant, que ça va être négatif pour la famille, pour les parents, pour les autres enfants.* ». F.E

Les MG avaient des difficultés à gérer toutes les informations qui leur venaient hors du cabinet médical « *Toute la difficulté c'est aussi tout ce qui vient à notre connaissance en dehors du cabinet. On habite quand même dans des villages (...) où on voit beaucoup de choses et dans quel cadre ça, ça va rentrer dans le secret professionnel si on n'est pas en tenue de médecin à ce moment-là.* » F.E

Les MG pensaient alors que les médecins de l'hôpital ou des PMI avaient une posture privilégiée pour signaler plus facilement.

Les médecins hospitaliers ou de PMI avaient l'avantage de se consacrer davantage à l'enfant ne suivant pas toute la famille « *C'est pas le même domaine de signalement. Enfin voilà, ce n'est pas le... l'enfant que l'on voit ponctuellement au cabinet et sans le papa, la maman, le frère, la sœur, le tonton, et (en plaisantant) les poissons rouges* ». Et ils avaient la possibilité de consulter seul avec l'enfant « *Et c'est vrai que moi l'avantage que je vois, que ce soit le pédiatre, que ce soit la PMI c'est qu'à un moment, eux ils voient le patient séparément (...) la PMI et le pédiatre ils ont uniquement l'enfant* »

Ils avaient également des locaux plus adaptés « *Déjà ils sont dans un local qui est un peu mieux, je, comment dirais-je clos et puis euh je pense que c'est plus facile de retenir les gens dans un, dans un établissement hospitalier que dans un cabinet médical libéral* F.J

3. La place souhaitée du médecin généraliste

Malgré ces difficultés à prendre en charge la maltraitance, les médecins généralistes ont exprimé vouloir conserver leur place parmi le système « *Je pense qu'on est aux premières loges pour voir ou ne pas voir, on a une position assez délicate car on a un lien quand même donc il faut dans les situations qui ne sont pas évidentes (...) garder ce lien tout en activant le système et je pense que c'est ça une de nos de mes difficultés mais je pense qu'il faut le faire* » F. J

Ils avaient conscience de surtout tenir un rôle de dépistage et aussi de soutien de la famille « *normalement on devrait avoir un rôle de dépistage et après je pense qu'on a un rôle, enfin moi ce que j'ai toujours vu c'est un rôle de soutien vis-à-vis des membres de la famille qui sont souvent affectés par rapport à une histoire comme ça* » F

F. Les représentations du système de protection de l'enfance

1. Méfiance du système : « une machine qui fait peur »

Les médecins ont globalement tous exprimés leur méfiance vis-à-vis du système de protection de l'enfance « *Par toute cette machine qui fait peur quand même, qui fait peur parce qu'on a des exemples* » F.G

Leur méfiance pouvait s'expliquer par l'absence de **confiance et de proximité** avec les interlocuteurs « *A partir du moment où l'on a des interlocuteurs en qui on a confiance, que l'on sait qu'ils sont compétents, que l'on sait à notre écoute. Euh... et qui vont nous inclurent dans la suite pour le patient, aucune difficulté. Si on a des gens lointains, qui une fois qu'ils ont pris les choses en main, ne te calculent plus euh... c'est plus compliqué.* » F.B

Les liens étaient difficiles à créer devant le **turn-over des interlocuteurs** « *les relations qu'on avait se euh..., s'estompent et au final moi j'ai du mal à communiquer avec eux maintenant, parce que ce n'est jamais les mêmes personnes quoi* » F.D

Ils reprochaient son fonctionnement **trop administratif** « *J'ai pas de problème à le dire j'ai une grosse réticence sur ce système un peu, qui me semble dans certains aspects un peu trop peut-être administratif* » F.C.

Ce système était parfois défaillant « *Certaines des familles qui échappent au système par un déménagement* » F.N.

Ils voulaient **privilégier une voie annexe et informelle** pour essayer de régler le problème sans faire appel au signalement « *J'aurais pu avoir des situations et je, j'ai toujours essayé de le gérer au mieux sans et (...) j'ai vraiment du mal dans le signalement (...) j'aurais toujours tendance (...) de trouver une autre voie.* » F.C

Certains ont pensé que le problème pouvait parfois se régler en intrafamilial « *Les parents ont bien pris en compte ça puisqu'ils ont mobilisé toute la famille. Est-ce que ça peut être une façon de faire cesser les choses ? Et une thérapie par rapport à la gamine ? (...) Je l'ai vue d'ailleurs cette après-midi et elle va très bien et, y'a pas eu de signalement et selon la maman, tout s'est arrangé* » F.G.

2. Pistes de réflexion sur des moyens d'amélioration

D'après eux, le système de protection de l'enfance était trop complexe. Nous les avons interrogés sur leur avis, sur leurs besoins et sur leurs idées pour l'améliorer.

a) Formations pratiques

Ils ont souhaité être conviés à des soirées de formation pour obtenir des informations claires et pratiques. *« Effectivement il faut des soirées pour structurer un petit peu ce qu'il faut faire et comment le faire » F.A*

Ces informations devaient porter sur :

- La définition : *« Je pense qu'on fait tous les choses bien, mais que globalement on fait tous les choses pas bien et parce qu'on n'a pas les définitions (...) il faut au moins qu'il y ait une définition qui fasse consensus, qui soit claire pour tout le monde. » F.H*
- Les coordonnées des interlocuteurs *« Savoir qui contacter, les numéros de téléphones » F.F*
- Sur la prise en charge

Ils voulaient connaître en pratique les modalités de signalement et ses conséquences *« Qu'est-ce que l'on fait avant, après, est-ce que l'on fait, etc... et l'on a très peur aussi des conséquences de tout ça, on sait pas exactement ce qu'ils font » F. F*

D'autres ont demandé un algorithme clair en fonction du type de situations *« Et un algorithme en béton » F.L*

Les médecins ont insisté pour obtenir des informations pratiques car les recommandations comme celles de l'HAS ne les ont pas aidés sur le terrain *« L'HAS a édité des recommandations, euh qui ne m'ont absolument rien apporté euh comme réponse dans mes questionnements, ... faire euh des trucs euh déjà tout codifiés etc, ça n'aide pas » F.I*

b) Une plate-forme en ligne

D'autres ont évoqué l'idée de mettre en place une plate-forme internet.

L'idée de cette plate-forme était d'accéder facilement aux ressources *« Je pense que ce qui serait intéressant, c'est de pouvoir faire des notifications en ligne (...) Essayer d'avoir une plate-forme vraiment dédiée avec une identification RPPS par exemple, (...) où l'on*

retrouverait toutes les ressources » F.C Et de pouvoir faire un signalement en ligne pour plus de simplicité « qui déclenche la chose et ne t'oblige pas à galérer. Moi je suis d'accord avec C. qu'il devrait y avoir un système simple pour faire la déclaration (...) qu'au moins l'on puisse nous rappeler » F.G

L'outil devait être clair, rapide et fluide « Ce serait tellement chouette si (...) votre travail peut faire avancer un peu les choses là-dessus mais juste qu'on arrive en Haute-Garonne ou en Occitanie à faire quelque chose de clair. Il faut que ce soit fluide et rapide » F.C

c) Une personne ressource

D'autres médecins ont exprimé leur sentiment d'isolement et souhaitaient pouvoir partager leur situation avec une personne ressource.

Ils avaient besoin d'un regard extérieur « Et c'est vrai que je pense que euh il faut qu'on, qu'on se fasse aider parce que sinon on est un petit peu seul avec la famille (...) il faut euh un regard extérieur, à ça » F.M.

Ils voulaient que cette personne puisse donner un avis informel « Une personne ressource oui et sans pour autant signaler l'enfant (...) d'avoir déjà un avis, qu'est-ce qu'il faut faire dans cette situation sans que ça parte dans des, dans des proportions » F.K

Pour certains, cette personne pouvait être représentée par un numéro vert « L'idéal ce serait pour nous, je ne sais pas, d'avoir un numéro vert où on appelle » F.H

D'autres souhaitaient renforcer des liens de proximité « Dans un bassin, fin ça manque de lien, fin de réseau après » F.K

d) Des outils pour sensibiliser les patients

Certains ont demandé des affiches à poser en salle d'attente pour sensibiliser leurs patients et leur communiquer les numéros d'aides. « Et peut-être qu'il faudrait je sais pas, qu'il y ait une affiche (...) un numéro de téléphone, utiliser le 119... mais je pense qu'en salle d'attente voilà (...) pour que les gens se disent voilà » F.C

Un médecin s'est interrogé sur la possibilité de créer un outil de dépistage via un questionnaire à poser aux enfants « Donc ma question c'est est-ce qu'il pourrait exister un outil pour que les enfants qui soient victimes de maltraitance dont on ne le perçoit pas à la consultation puissent l'exprimer » FJ

DISCUSSION

I. Critique de la méthode

A. Les limites et les biais de l'étude

Liés aux enquêteurs

Il s'agit du premier travail de recherche qualitative que nous réalisons. La qualité des données recueillies et leur analyse a pu être altérée malgré une formation progressive et continue ainsi qu'une rigueur tout au long du travail.

La triangulation des chercheurs permettait de limiter un biais d'interprétation.

Liés à la méthode

Les entretiens individuels avec les différentes institutions en Ariège n'ont pas été enregistrés à l'aide d'un dictaphone car nous voulions libérer la parole des interlocuteurs. L'exploitation de ces résultats d'un point de vue scientifique est donc discutable par un possible biais de mémorisation ou de retranscription.

Liés au sujet de recherche

Notre sujet d'étude est un sujet délicat à aborder puisqu'il est lié à nombreux tabous, tant dans les prises de position que dans les attitudes et les réactions vis-à-vis de situations de suspicion de maltraitance. Aussi, peut-il exister des biais de déclaration dans les réponses des interviewés.

Liés au recrutement

N'ayant pas pu rencontrer les représentants de toutes les institutions impliquées dans le système de protection de l'enfance en Ariège, notamment la juge des enfants et le procureur de la République, le recrutement des acteurs de terrain est incomplet.

Concernant les MG, bien que nous ayons réalisé un échantillonnage raisonné, nous avons principalement interrogé des maîtres de stages. Ils ont davantage répondu positivement que les autres. Nous les avons donc plus sollicités pour le deuxième focus group en raison de difficultés de recrutement.

En outre, la majorité des médecins connaissaient au moins une des deux chercheuses et/ ou l'animatrice des entretiens, ce qui a pu représenter un biais de déclaration.

B. Les forces de l'étude

Nous avons réalisé une méthode de recherche assez novatrice en médecine générale, la recherche-action. C'est une étude exploratoire d'un système local de soins qui permet une combinaison de méthodes enrichissante pour l'étude.

Aucune étude jusqu'à présent n'a exploré les liens entre les différents acteurs. Nous sommes allées au-delà de l'avis de nos confrères en donnant la parole aux autres acteurs de terrain afin de permettre une vision croisée de la problématique.

Pour limiter l'influence des chercheurs dans les réponses des participants, nous avons procédé à un guide d'entretien ouvert avec les institutions et semi-dirigé avec des questions ouvertes lors des entretiens collectifs.

Nous avons pu recruter des MG avec des profils différents et de chaque zone géographique du département. Cela nous a permis d'obtenir une plus grande diversité de réponses et de mettre en évidence des liens différents entre les acteurs en fonction des territoires.

Les données concernant le ressenti des MG sur notre problématique, sont concordantes à celles retrouvées dans notre revue de la littérature.

II. Discussion des résultats

A. Cloisonnement entre les institutions et les médecins

Notre travail de thèse montre un manque notable de liens entre les MG et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège. Les MG sont assez méfiants vis-à-vis du système, et, réciproquement les autres acteurs ne se tournent pas vers les MG.

1. Le système administratif

La CRIP :

La CRIP est quasi inexistante aux yeux des MG.

La loi du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance en créant la CRIP et la procédure de transmission d'IP dans l'objectif de centraliser les données relatives aux situations d'enfants en danger. Pourtant, plus de 10 ans après sa création, elle n'est toujours pas connue auprès des MG en Ariège. Les médecins interrogés ne l'ont pas citée comme interlocuteur ressource. Seul un médecin avait vécu une expérience récente d'IP grâce au conseil de la PMI.

La méconnaissance de la CRIP par les MG est une donnée retrouvée dans plusieurs thèses (7,9,23).

Cette méconnaissance explique probablement qu'aucune demande d'IP ne provenait de MG sur le bilan de 2016 de la CRIP 09 (19). Les statistiques nationales sont concordantes avec moins de 1% des IP et des signalements en provenance des libéraux (5). L'autre explication est que la CRIP ne se tourne pas non plus vers les MG pour un complément d'information suite à une IP alors qu'elle interroge plus facilement les autres partenaires. Cela induit un sentiment d'exclusion des MG qui ne sont pas avisés des procédures en cours sur leurs patients.

Pourquoi les MG ne sont-ils pas considérés comme des partenaires ?

Le médecin traitant des enfants n'est pas identifié sur la fiche de recueil d'IP et la cellule ne dispose pas d'assez de temps pour le rechercher. La possibilité de déclarer un MG comme médecin traitant de l'enfant depuis 2016 pourrait peut-être faire évoluer les pratiques. La

CRIP communique davantage avec ses partenaires probablement grâce à des rencontres fréquentes et à la création de protocoles bien définis.

Il existe bien un protocole avec la CRIP signé par le président du Conseil de l'Ordre des médecins en 2008 mais aucun des MG n'en connaissaient l'existence. Il faudrait rendre plus visible ce protocole auprès de l'ensemble des MG de l'Ariège.

La PMI :

Les expériences des médecins avec la PMI semblaient varier en fonction de leur situation géographique et de leur formation médicale. Ainsi les médecins qui avaient réalisé un stage antérieur dans les structures semblaient communiquer plus facilement avec la PMI car ils avaient davantage confiance aux acteurs et connaissaient leur fonctionnement. Les relations avaient l'air plus aisées avec le centre local du Couserans. Peut-être que cela peut s'expliquer par l'ancienneté du médecin de PMI, bien identifié en qualité d'interlocuteur ressource depuis plusieurs années.

2. Le système judiciaire

Nous n'avons malheureusement pas pu échanger avec les représentants du système judiciaire que ce soit le procureur de la République ou la juge des enfants. Nous avons contacté cette dernière à plusieurs reprises sans réponse de sa part.

Les expériences étaient différentes selon les médecins. Un médecin semblait très satisfait de la réactivité du système judiciaire et des décisions finales. La satisfaction du médecin semblait dépendre de sa sensibilité et de sa formation. Le seul médecin ayant pu suivre une formation médicale sur la maltraitance auprès de juristes entretenait de meilleures relations et accordait une confiance plus grande que d'autres en la justice.

3. L'Education nationale

L'Education nationale a été citée comme interlocuteur théorique. En pratique, aucun contact n'a été objectivé entre les MG et le service de santé scolaire et réciproquement. La médecin scolaire rencontrée s'interrogeait même sur la possibilité d'échanger des informations avec un MG. Un seul médecin avait contacté un instituteur ce qui a surpris d'autres confrères du focus group par rapport au secret médical.

Personne n'a évoqué l'information partagée.

Pourtant, la loi du 5 mars 2007 a instauré « l'information partagée » dans l'article L 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles. Elle autorise le partage d'informations utiles à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance entre « les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance ».

Les informations doivent être strictement nécessaires à l'évaluation de la situation. La personne qui souhaite partager ces informations doit en informer préalablement les représentants légaux, sauf intérêt contraire de l'enfant (13).

Cette loi présente plusieurs limites. D'une part, elle ne définit pas clairement les personnes qui participent à la mission de protection de l'enfance. D'autre part, un MG a relevé qu'il est difficile en pratique de trier les informations « strictement nécessaires à la mission ». Enfin, il semble difficile de juger individuellement si l'information préalable des parents est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Afin que les acteurs puissent communiquer plus facilement et sans peur d'enfreindre le secret professionnel, la loi se doit d'être plus précise et diffusée auprès des acteurs.

4. Pôles de références :

Les pôles de références hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance n'ont pas été cités par les médecins interrogés.

Il en existe deux en Occitanie qui sont l'UHED à Toulouse et le GED à Montpellier. Ces unités ont développé une expertise clinique sur les situations de maltraitance et un savoir-faire sur le repérage, le diagnostic, l'annonce et les projets de soins de ces enfants victimes (18,24).

L'UHED est une équipe pluridisciplinaire autonome au sein de l'hôpital des enfants de Purpan (18) (cf. Annexe 13). Le GED présente un fonctionnement différent puisque son équipe médicale est en contact direct avec les institutions par la mise en place de réunions mensuelles regroupant la CRIP, l'Education nationale, le procureur de la République, le médecin de PMI et les hospitaliers. (cf. Annexe 14)

Les MG peuvent faire appel à ces unités pour obtenir un avis ou pour orienter un enfant ce qui représente une ressource importante et pourtant encore insuffisamment connue. D'autant plus que ces structures semblent appréciées par les MG dans les départements concernés d'après la littérature (6,7,24).

Malheureusement pour les MG Ariégeois, l'absence de proximité géographique complique l'accès à ces structures.

B. Raisons des obstacles identifiés

1. Difficultés propres au département

La CRIP

La CRIP a connu de grandes difficultés ces dernières années notamment en raison d'un manque d'effectif et d'une réorganisation interne au conseil départemental.

Avant 2015, le département était découpé entre différentes directions territoriales qui assuraient leur propre organisation dans le cadre de la protection de l'enfance. Les IP qui parvenaient à la CRIP étaient transmises et déléguées aux différentes directions territoriales désignées responsables de l'ensemble de la procédure d'IP.

En 2015, le fonctionnement de la cellule a été réorganisé pour centraliser l'information. Seulement, le manque d'effectif limite son autonomie car il n'existe pas de véritable équipe pluridisciplinaire dédiée en son sein. Elle dépend encore des centres locaux pour l'évaluation de l'IP ce qui entraîne un allongement de son délai de traitement.

A ce jour, en l'absence de médecin référent, les décisions finales sont prises par une seule personne qui est la directrice adjointe de la DAEFP alors que les recommandations nationales préconisent une prise de décision pluridisciplinaire.

Une CRIP centralisée autonome est en projet pour septembre 2019.

L'absence de médecin référent au sein de la cellule est une limite citée par tous les acteurs de terrain y compris le CD. Ce poste a été créé suite à la loi du 14 mars 2016 pour faciliter les relations entre le système de soins et le CD (12). Ce constat fragilise le système et limite de nombreux échanges avec les autres acteurs du réseau de protection de l'enfance.

Il n'existait pas non plus, au moment de l'entretien, un ODPE (comme le prévoit également la loi n°2007-293 du 5 mars 2007), dont la mission principale est de faire remonter les statistiques des informations centralisées à l'ONPE. Cette structure a également pour but d'adapter aux besoins locaux, les dispositifs nationaux de protection de l'enfance.

A ce jour, l'ODPE de l'Ariège est en cours de construction(20).

Les centres locaux et PMI

Le service de PMI est également en grande difficulté en Ariège. Seulement, 4 postes de médecins sur 7 sont pourvus dans le département. Quelles en sont les raisons ?

Pour les MG, les changements de poste et le manque d'effectif génèrent un contexte ne favorisant pas les relations de proximité.

Les pédiatres

Le CHIVA fonctionne actuellement avec 7 pédiatres. Le service de garde est assurée par un pédiatre différent chaque semaine. Pour les MG ; l'absence de référent clairement identifié entraîne des difficultés de communication dans certaines situations.

Les MG identifiaient le pédiatre comme un spécialiste de la maltraitance. Pourtant, d'après le chef de pôle pédiatrique certains de ses collègues présentaient aussi des difficultés en rapport avec les signalements.

Pour faciliter l'accompagnement des équipes médicales dans ces situations, le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants prévoyait de désigner au sein de chaque établissement hospitalier un médecin référent sur les violences faites aux enfants, avant le 31 décembre 2017 (1). Nous n'avons pas pu identifier le médecin référent « protection de l'enfance » au sein de l'équipe pédiatrique.

Outre les pédiatres hospitaliers, seuls 3 pédiatres libéraux pratiquent leur activité sur le département.

Le territoire est également démunie pour la prise en charge psychologique des enfants. Les pédopsychiatres sont insuffisants dans les CMPP et il n'existe plus de médecins au sein des 2 CAMPS du département.

2. Difficultés des médecins généralistes

Au vu de la démographie médicale actuelle en Ariège, le MG est en première ligne dans le suivi des enfants et donc dans le dépistage des violences.

Les liens sont difficiles entre tous les acteurs du système départemental notamment en raison d'un manque d'effectif global comme développé ci-dessus et d'un turn-over des interlocuteurs. Les MG en subissent les conséquences et se sentent d'autant plus isolés.

Si des réunions pluridisciplinaires au sein des hôpitaux existent, le mode d'exercice libéral actuel ne permet pas de se dégager suffisamment de temps pour y participer convenablement, ce qui ne favorise pas l'interdisciplinarité. Peut-être qu'un changement de mode de rémunération pourrait faire évoluer les pratiques.

On constate que les MG préfèrent communiquer avec des confrères médicaux que d'autres corps de métiers et notamment avec l'institution administrative à l'égard de laquelle ils restent méfiants. Cette méfiance est constatée dans d'autres travaux (10) . Elle pourrait s'expliquer par une méconnaissance du fonctionnement des structures et des interlocuteurs. Parfois, elle résulte aussi du manque de retour après signalement des situations.

Nous pensions que le secret médical professionnel pouvait constituer un frein à la communication ce qui n'a pas été prouvé par notre étude comparé à d'autres travaux (25).

Outre cette difficulté de communication, nous avons également mis en évidence d'autres freins au signalement.

Nos interlocuteurs étaient confrontés à une difficulté majeure pour définir la maltraitance. Ils ont différencié la maltraitance physique qu'ils considèrent comme grave et la notion de négligence plus difficile à appréhender. La notion d'enfant en danger ou à risque de danger, introduite par la loi du 5 mars 2007, n'a pas été citée. Cette dernière définit le danger par le non-respect des besoins fondamentaux de l'enfant. Ces besoins regroupent les besoins physiologiques (manger, boire, se laver etc.), mais aussi le besoin de sécurité, d'appartenance, d'estime et le besoin de s'accomplir (22). Définir le danger est donc un exercice difficile pour tous car il exige une démarche intellectuelle qui s'inscrit dans une époque donnée et qui va au-delà d'un faisceau d'arguments cliniques.

Les autres freins au signalement concordaient également avec la littérature : méconnaissance des procédures d'IP, des conséquences des signalements et du cadre médico-légal. (7,8,10,24).

Le MG était inhibé par le doute alors que l'incertitude fait partie de son travail quotidien. Il est important de souligner que « le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve pour alerter l'autorité compétente » (2). Nous avons également relevé une certaine souffrance des MG relative au poids émotionnel qu'engendrent ces situations. Peut-être que la participation à des groupes d'échanges de pratiques (exemple groupes Balint) pourrait les aider à dépasser ces émotions.

Enfin, nous avons été surprises de constater que leurs décisions sont davantage guidées et influencées par leurs liens « parents-médecins » que par l'intérêt de l'enfant. Nous avons également relevé plusieurs représentations archaïques : la maltraitance toucherait davantage les familles en situations de précarité, la famille serait naturellement bonne pour l'enfant et les conséquences du signalement seraient néfastes. Pourtant, d'après la littérature, plus de 80% des violences sont infligées au sein de la famille (2).

C. Pistes d'amélioration

1. Formations :

En France, la formation médicale initiale et continue est notoirement insuffisante dans le domaine des violences faites aux enfants (26). Les MG interrogés demandent à l'unanimité des formations adaptées à leurs pratiques. Leur formation médicale initiale n'inclut pas l'apprentissage des besoins fondamentaux de l'enfant alors que cette notion semble primordiale pour arriver à définir le danger pour un enfant.

Nous pensons que des formations pluri-professionnelles sont nécessaires pour croiser les regards sur la problématique et pour développer un réseau. Ce constat rejoint le souhait du Dr Anne Tursz dans son rapport de l'INSERM de 2013 : « les formations pluri professionnelles doivent être favorisées (...) ce qui suppose de vaincre des réticences universitaires quant aux prérogatives disciplinaires et d'abandonner au moins partiellement les cours magistraux pour des méthodes pédagogiques plus à même de faire réfléchir en commun juges, avocats, enseignants, assistants sociaux, cadres de l'ASE, médecins, policiers » (26).

2. Implication des médecins généralistes dans le protocole départemental de la protection de l'enfance

La directrice adjointe de la DAEFP nous a proposé de co-rédiger le nouveau protocole départemental en projet. Cette proposition est faite dans un souci d'améliorer l'intégration des MG du département dans le système. Les MG interrogés y sont favorables. Il conviendra ensuite de le diffuser de manière lisible à l'ensemble des confrères. Les MG pourraient ainsi être sollicités pour un complément d'information lors du recueil d'une l'IP.

Une présentation des équipes de PMI auprès des MG de chaque secteur pourrait également améliorer les liens.

3. Mise à disposition d'outils pratiques

Les numéros de téléphone des acteurs clés comme celui de la CRIP 09 ou le numéro de permanence du Parquet en cas d'urgence ne sont pas facilement accessibles. Aussi, nous souhaiterions créer des outils de communication pour les professionnels de la petite enfance : plaquettes informatives, page internet. Ils indiqueraient la conduite à tenir et

communiqueraient les coordonnées des interlocuteurs clés face à des situations de possible maltraitance.

Les MG ont évoqué le souhait d'avoir une personne ressource « référent maltraitance ». D'après leur ressenti, il nous paraîtrait pertinent que ce soit un confrère généraliste avec qui ils auraient plus de proximité et moins de réticence à le contacter afin de pouvoir bénéficier de conseils et d'un avis informel en cas de nécessité.

Nous aimerions par ailleurs, diffuser le modèle type de déclaration d'IP pour en faciliter leur rédaction par les MG (cf. Annexe 5).

4. Rôle du médecin généraliste dans la prévention de la maltraitance

Un des rôles du MG est de répondre au questionnement des parents dans l'éducation de leurs enfants au quotidien et ainsi de les accompagner dans la parentalité. A cet effet, les MG peuvent informer leurs patients sur le réseau de proximité des structures dédiées à la petite enfance : ateliers de parentalité bienveillante gratuits proposés par le REEAP, LAEP ; ludothèque, médiathèque, etc... Les MG peuvent utiliser des affiches en salle d'attente pour faire des rappels sur les besoins fondamentaux de l'enfant ou pour lutter contre les violences éducatives ordinaires. Pour cela ils peuvent s'appuyer sur des organismes ou des associations qui proposent différents supports gratuits : brochures, affiches, ouvrages, vidéos, etc... (exemple le site belge francophone « yapaka.be »).

Un dépistage systématique des antécédents de violences auprès des parents et des nouveaux patients pourrait être envisagé lors d'une première consultation au même titre que les antécédents médicaux. La consultation du 4^{ème} mois de grossesse peut également être un moment privilégié pour aborder la parentalité et dépister d'éventuels antécédents familiaux de violences.

5. Ouverture

Une différence notable existe entre les dispositions de la loi sur la protection de l'enfance et leurs applications sur le territoire. Les inégalités de moyens financiers et humains entre les départements sont un fait. Doit-on rester immobile face à ce constat pour autant ?

Le peu d'acteurs dans le département ne pourrait-il pas être un avantage pour la création d'un réseau de proximité de qualité ?

CONCLUSION

Les violences envers les enfants et leurs conséquences constituent un problème majeur de santé publique. Le système mis en place pour lutter contre ces violences semble opaque pour les médecins généralistes qui sont pourtant des acteurs de premiers recours. Face à ce constat, nous avons réalisé une étude de recherche-action afin d'agir concrètement sur notre territoire d'exercice.

L'objectif principal de notre travail était d'explorer le réseau ariégeois de la protection de l'enfance et plus particulièrement les liens de communications entre les médecins généralistes et les autres acteurs du système. L'objectif secondaire était que les acteurs eux-mêmes proposent des axes d'amélioration pour modifier les pratiques, et ainsi augmenter le taux de dépistage d'enfants subissant des mauvais traitements dans le département.

Notre étude a permis de répondre à notre question de recherche. Nous savons désormais sur quel réseau nous appuyer et comment l'améliorer.

Le système de protection de l'enfance en Ariège tend à s'organiser selon le modèle national mais en pratique, il est confronté à certaines difficultés dont un manque d'effectif criant. Les acteurs de terrain interrogés ont pris conscience d'un manque de lien global entre eux et plus particulièrement avec les médecins généralistes.

Tous les acteurs s'accordent à vouloir mieux travailler ensemble, ce qui passe par des efforts de communication et des projets communs.

Cette étude est une première étape de notre recherche-action. Elle doit être mise à profit sur le terrain, ce qui constituera la phase opérationnelle de notre méthode. Les différents projets à mettre en place et à évaluer sont :

- La proposition de DPC sur la problématique auprès des médecins généralistes ariégeois
- L'élaboration de plaquettes informatives sur la conduite à tenir et les personnes à contacter en cas de suspicion de maltraitance infantile au cabinet médical
- La réécriture du protocole départemental de protection de l'enfance par le conseil départemental en collaboration avec les médecins généralistes
- La création d'une page sur le site internet du conseil départemental dédiée au système de protection de l'enfance en Ariège avec les coordonnées de la CRIP

- La proposition d'une journée de formation professionnelle, commune avec la préfecture, sur les violences faites aux femmes et aux enfants. Cette formation serait assurée par des experts pluri-professionnels.

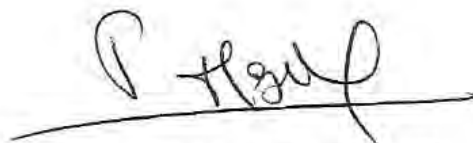
Les pouvoirs publics prennent conscience de l'ampleur de la problématique des violences faites aux enfants et entreprennent de plus en plus de propositions de lois à cet effet. En est l'exemple du 1^{er} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, la loi du 3 août 2018 renforçant la protection des mineurs contre les violences sexuelles, la loi du 18 octobre 2018 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires (VEO), et la nomination le 25 janvier 2019, d'un secrétaire d'état pour la protection de l'enfance : Monsieur Adrien Taquet (30,31).

Cette dynamique nationale aura-t-elle des répercussions concrètes et positives dans un département rural comme l'Ariège ?

Les acteurs de terrain sont, eux, prêts à agir.

Vu

Toulouse le 12/03/2019



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulon, le 12/03/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. GARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Familles de l'Enfance et des Droits des Femmes. Plan Interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. mars 1, 2017.
2. HAS. Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014 oct.
3. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Seuil.
4. FRANC C, LE VAILLANT M, ROSMAN S, PELLETIER-FLEURY N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité; 2007 août. (Etudes et Résultats). Report No.: 588.
5. Florence Raynal, Eric Allermoz. Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. mars 2015;(38):17-22.
6. Mignien M. Ressenti des médecins généralistes face à la maltraitance infantile [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
7. Beuchot-Malzac V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes biterrois dans la pris en charge. Enquête qualitative. [Montpellier]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.
8. Mardieux J. Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale. Université Paris Diderot-Paris 7; 2012.
9. Nicolas B. Maltraitance de l'enfant de moins de six ans: quel rôle pour le médecin généraliste ? : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
10. Bacle M-S, Morton Vabres N. Le médecin généraliste face à l'enfant en danger: 10 récits de médecins de Loire-Atlantique. [France]; 2014.
11. Vandevoorde J. Aide-mémoire pour l'évaluation des enfants et des adolescents en danger de maltraitance. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 sept 2013;61(6):371-8.
12. Assemblée nationale, Sénat, Président de la république. Loi N° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protectio de l'enfance. Journal officiel de la république française. 15 mars 2016;
13. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2. Code de l'action sociale et des familles.
14. Roy M, Prévost P. La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. Rech Qual. 2013;Vol. 32(2):129-51.

15. BELCHE J-L. Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population [Dissertation présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences médicales]. [Faculté de médecine]: Liège; 2016.
16. Duchesne S., Haegel F. L'entretien collectif. (collection 128).
17. Sophie Décis, Farah Hatem, Laure Brunel, Odile Leseigneur. Agir contre la maltraitance-Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. 2014. (Enfance et partage).
18. Bros L. Place d'une unité hospitalière spécialisée dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitances: aperçu des premiers mois de fonctionnement de l'Unité hospitalière de l'enfance en danger de l'hôpital des enfants de Toulouse, en 2003 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2006.
19. Martine Gaston. Bilan de la cellule09enfance 2016. 2016.
20. ONPE. Etat des lieux de la mise en place des observatoires départementaux de la protection de l'enfance [Internet]. 2019 janv [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: https://oned.gouv.fr/system/files/publication/note_odpe_2018_ok.pdf
21. ODPE. Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016 mars.
22. N. Surre, C. Vasselier-Novelli, Groupe de professionnels du département de la Haute-Loire, des droits des femmes et à l'enfance. La santé des enfants exposés aux violences conjugales Le monde du silence.
23. Le Breton A-L. Prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Loiret [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
24. Vabres N, Launay E, Fleury J, Lemesle M, Picherot G, Guen CG-L. Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance. 5 déc 2016;
25. Beuchot V. Maltraitance de l'enfant: difficultés des médecins généralistes biterrois dans la prise en charge ; enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.
26. Anne Tursz. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. Paris, Sénat; 2013 juin.
27. Michaud E. Évaluation d'un outil d'information portant sur l'information préoccupante à l'intention des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2016.

28. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes | Legifrance.

29. Petit M, Assemblée Nationale. Proposition de loi relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. N°1331 oct 17, 2018.

Annexe n°1 : Définitions

Maltraitance infantile (selon l'OMS) : « La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence, d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

- **Violences physiques** : ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, secouements, traumatismes crânio-cérébraux et à l'extrême mort de l'enfant;
- **Violences sexuelles** : tout acte sexuel (attouchements, caresses, pénétration...) commis avec violence, contrainte, menace ou surprise ;
- **Violences psychologiques** : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation, dévalorisation, exigences excessives ou disproportionnées, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter ;
- **Négligences lourdes** : non satisfaction des besoins primaires physiologiques et affectifs (alimentation, soins, hygiène, sécurité, soins médicaux, éducation), laisser un libre accès à des boissons alcoolisées, absence de stimulation émotionnelle ou cognitive.

Information préoccupante : Information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur en danger ou en risque de danger. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

Information préoccupante bis : Information dont les éléments ou événements rapportés sont complémentaires ou similaires à une IP précédente, si celle-ci est enregistrée lors de l'évaluation de premier niveau par la CRIP ou d'évaluation non clôturée de cette dernière.

Signalement : La loi 2007-7293 du 5 mars 2007 réserve le terme de signalement à la saisine du Procureur de la République. Le signalement est un acte professionnel écrit présentant la situation d'un enfant en danger dont l'évaluation fait apparaître la nécessité d'une protection judiciaire.

Aide éducative jeune majeur (AEJM) : Accompagnement d'un jeune à l'autonomie par un travailleur social et/ou complété d'une aide financière.

Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) : Mesure judiciaire civile, ordonnée par le juge des enfants, au bénéfice d'un ou de plusieurs enfants d'une même famille. Elle consiste en l'intervention à domicile d'un travailleur social pour une durée variable, renouvelable jusqu'au 18 ans de l'enfant. Cet accompagnement éducatif a pour but de protéger l'enfant dans son milieu familial en apportant une aide et des conseils à la famille afin de lui permettre de surmonter les difficultés et de développer ses propres capacités d'éducation et de protection en veillant au bon développement de l'enfant.

Action Educative à Domicile (AED) : Prestation d'aide sociale à l'enfance préventive qui s'inscrit dans le dispositif de protection administrative de l'enfant. Mise en œuvre avec l'accord des parents, elle vise à apporter un soutien matériel et éducatif à la famille.

Aide à la gestion du budget familial (AGBF) : Mesure judiciaire d'assistance éducative décidée par le Juge des Enfants pour s'assurer que les prestations familiales soient utilisées pour les besoins de l'enfant.

Accueil Provisoire (AP) : Mesure administrative de placement permettant un accueil en accord avec l'autorité parentale. Constituée sous la forme d'un contrat, cette mesure est provisoire.

Mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) : Depuis 2012, c'est une enquête financée par l'état qui porte sur les conditions de vie et la personnalité des parents et de l'enfant.

Annexe n°2 : Historique des lois sur la maltraitance

Textes de lois relatifs à la protection de l'enfance :

Le terme « maltraitance » n'est diffusé en France que depuis les années 1970 et 1980 pour qualifier les situations dont pouvaient être victimes les enfants puis, au cours des années 1990, les personnes âgées et les adultes handicapés

Le premier texte phare est la **Convention internationale des droits de l'enfant promulguée par l'ONU le 20 novembre 1989**, ratifiée par 193 états dont la France. Elle stipule que « l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » dans toutes les décisions qui le concernent.

Sur le plan national : 4 lois constituent le dispositif législatif actuel

Loi du 10 juillet 1989 : renforce la politique de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs maltraités, précise les modalités de signalements. Création du 119 et du SNATED.

Loi du 17 juin 1998 : améliore le dispositif de prévention et de répression des infractions sexuelles commises sur les mineurs, avec deux volets : le suivi socio-judiciaire des délinquants et le renforcement de la défense et de la protection des victimes.

Loi du 5 mars 2007 : ne retient plus le terme de « maltraitance » mais les notions de « danger » et de « risque de danger » qui se définissent par le non-respect des besoins fondamentaux de l'enfant. Création de la procédure de transmission d'informations préoccupantes qui se distingue du signalement. Création des CRIP, véritables outils de centralisation de toutes les données relatives aux situations d'enfants en danger.

Loi du 14 mars 2016 (loi n°2016-297) : Ce texte vise à pallier les difficultés et les manques de la loi du 5 mars 2007. Il prévoit notamment :

- La création du **Conseil national de la protection de l'enfance** chargé de proposer au gouvernement les orientations nationales de la politique de la protection de l'enfance (Art 1) et la création **d'un protocole départemental de coordination des acteurs de la protection de l'enfance** (Art 2) ;
- L'attribution aux ODPE d'une mission supplémentaire pour la **formation continue des professionnels de la protection de l'enfance** (Art 3) ;
- La désignation **d'un médecin référent pour la protection de l'enfance** dans chaque service départemental : chargé d'établir des liens de travail réguliers entre les services départementaux, la CRIP, les médecins libéraux, hospitaliers, médecins de santé scolaire (Art 7) ;
- Révision du code pénal par l'introduction de **la notion d'inceste** (Art 44) et **disparition des mots « de quinze ans »** dans les articles 434-1 et 434-3 du code pénal ;
- La réécriture de l'article du code de l'action sociale et des familles relatif au **projet pour l'enfant (PPE)** afin de sécuriser le parcours de l'enfant (Art 21).

Evolution récente du code pénal :

Non dénonciation d'un crime sur mineur (Article 434-3) :

Cet article a été révisé par la du 14 mars 2016 et la loi n° 2018-703 du 3 août 2018.

Il réprime la **non dénonciation de mauvais traitement ou d'agression sexuelle commis sur mineur (jusqu'à ces 18 ans)**.

« Le fait, pour **quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur** ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, **de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé** est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. »

Déroptions au secret professionnel (Article 226-13 et 226-14) :

Cet article a été modifié par loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015.

La loi autorise ou impose la levée du secret professionnel dans certaines conditions.

« 1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales, ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles, **dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur (...)**

2° **Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la république ou de la CRIP relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, (...)** les sévices ou privations qu'ils a constatés sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer de violences (...). **L'accord la victime n'est pas nécessaire s'il s'agit d'un mineur (...)**

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

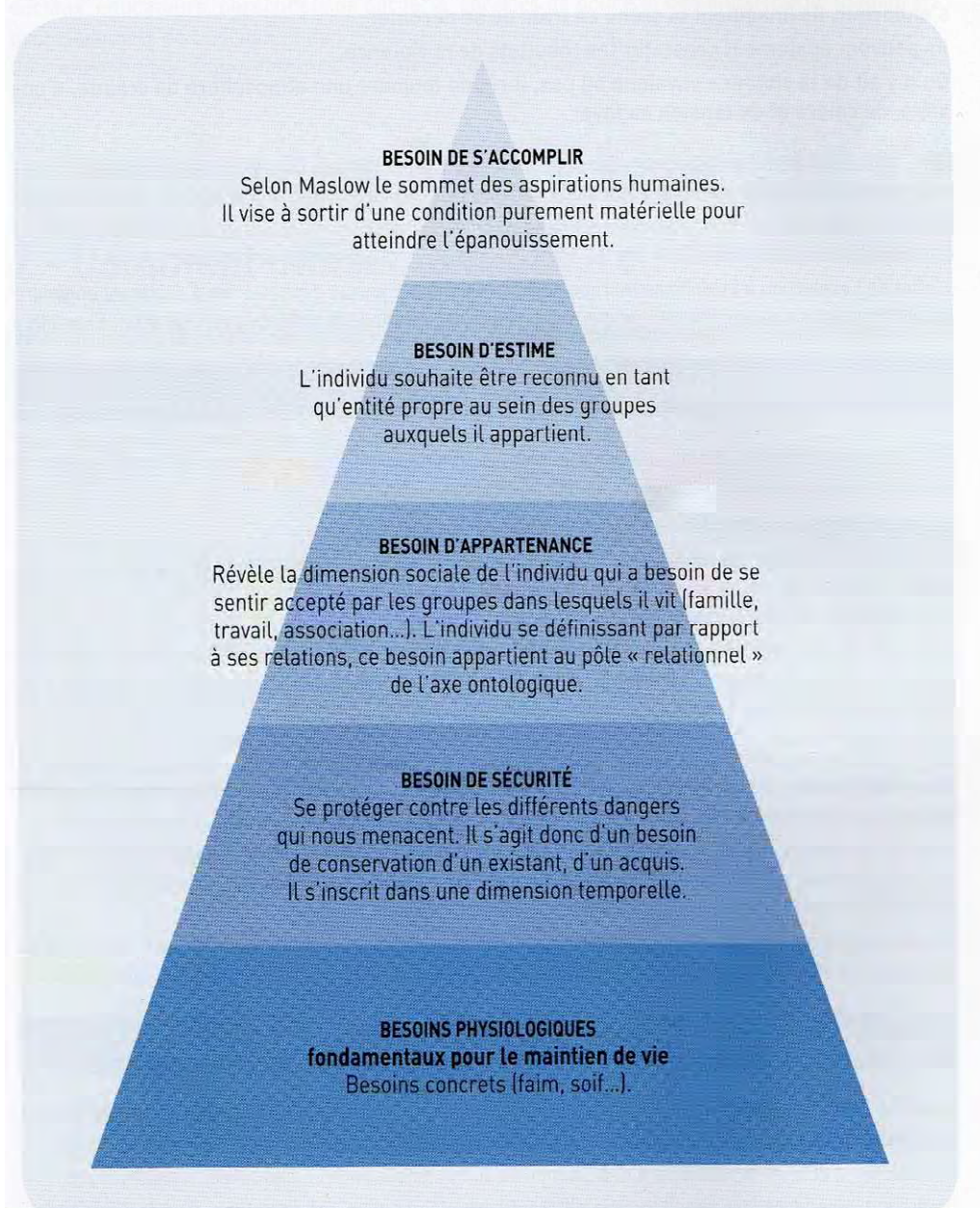
Information partagée : « Par exception à l'article 226-13 du code pénal, **les personnes soumises au secret professionnel** qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance (...) ou qui lui apportent leur concours sont **autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret 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 ».

Annexe n° 3 : Besoins fondamentaux de l'enfant

Les besoins fondamentaux des enfants

La pyramide de Maslow

Elle définit une hiérarchie de besoins servant à la constitution et au développement de la personne humaine.



Annexe n°4 : Aide-mémoire pour l'évaluation des enfants et des adolescents en danger de maltraitance (11)

Tableau 1 Contexte social.

I - Contexte social	0 - Bon	1 - Préoccupant	2 - Dangereux
Contexte social matériel	Conditions de vie adéquates Habitat adapté Finances suffisantes pour assurer les besoins de l'enfant	Condition de vie partiellement adéquate Habitat partiellement inadéquat Problèmes financiers, pauvreté	Conditions de vie matérielle inadéquates Habitat inadéquat Expulsion logement Dettes importantes, finances insuffisantes pour assurer les besoins de l'enfant
Contexte social environnemental (forme d'agression extrafamiliale atteignant l'enfant)	Bien-être social Influence protectrice de l'environnement Socialisation adéquate de la famille	Altération de l'adaptation socioprofessionnelle Désengagement institutionnel Précarité de l'emploi Chômage de longue durée Isolement social Difficultés liées à la migration	Influence environnementale dangereuse Violence de voisinage Incitation à la toxicomanie Fréquentations à risque, délinquance Enrôlement dans des bandes Intégrisme religieux Pratiques de secte Pratiques de sorcellerie
Contexte social institutionnel	Relation pacifique aux institutions sociétales Stratégies adéquates pour faire face aux agressions extérieures...	Maltraitements institutionnels subies Erreurs judiciaires ou médicales Abus de pouvoir Violences médiatiques Services institutionnels Racisme/persecutions raciales Discrimination sexuelle	Conditions de guerre Attentat Déportation Esclavage Épidémie Famine Torture Génocide

Tableau 2 Disposition parentale générale envers l'enfant.

II - Dynamique et disposition parentale générale envers l'enfant	0 - Bien-être parental	1 - Fonctionnement parental préoccupant	2 - Fonctionnement parental dangereux
Dynamique du couple	Couple harmonieux	Conjugopathie préoccupante (conflits conjugaux rapidement résorbés)	Conjugopathie sévère (coups, insultes, humiliations...)
Trouble psychologique des parents	Absence de pathologies ayant une influence sur le développement de l'enfant	Trouble médicopsychologique du parent ayant des incidences importantes sur l'enfant	Trouble médicopsychologique du parent ayant des incidences graves sur l'enfant
Éducation	Coherence de la discipline et des valeurs Vigilance éducative Responsabilités et rôle d'adulte adaptés et assumés	Incohérence de la discipline et des valeurs Attitudes contre-éducatives Incohérence des réponses parentales Alternance disponibilité et rejet Responsabilités et rôle d'adulte partiellement assumés	Antagonisme de la discipline et des valeurs Interactions intrusives ou rejetantes Contact et attitudes incohérents Rejet des responsabilités et du rôle d'adulte
Exposition de l'enfant	Protection de l'enfant des dysfonctionnements parentaux	Excitation modérée de l'enfant Exposition émotionnelle inadéquate (tristesse, colère, rage chez les parents)	Fort excitation (inclure climat incestueux) Surexposition émotionnelle abusive (tristesse, colère, rage continue chez les parents)

Tableau 3 Danger encouru par l'enfant.

III - Danger	0 - Absent	1 - Préoccupant	2 - Dangereux
Danger de négligence	Conditions de vie optimales Appréciation adéquate par les parents des besoins matériels, physiques, affectifs et moraux de l'enfant	Négligences préoccupantes Difficultés des parents à évaluer les besoins vitaux de l'enfant, carences affectives, alimentaires, vestimentaires, de soins, d'hygiène, de surveillance, de stimulation, d'encadrement	Négligences sévères Manquements parentaux portant une altération sérieuse aux besoins vitaux de l'enfant, présence massives de carences affectives, alimentaires, vestimentaires, de soins, d'hygiène, de surveillance, de stimulation, d'encadrement
Danger physique	Absence de châtiment corporel (les sanctions corporelles légères sont tolérables à condition d'être exceptionnelles)	Brutalité sans altération physique Giffes, fessées, secousses (sauf sur nourrisson), projections physiques, coups avec objets Atteinte du corps de l'enfant n'excède pas la présence de plaies superficielles ou de contusions (ecchymose, hématome) régressant spontanément. La fréquence augmente le risque	Services corporels Altération grave de la santé et du développement physique de l'enfant : blessures, fractures, brûlures, noyade, strangulation, secousses sur nourrisson, empoisonnement, sévices souches, mutilations, tortures, mutilations sexuelles
Danger sexuel	Climat familial sexualisé de manière adéquate Interaction adaptée à l'âge de l'enfant, interdit du passage à l'acte clairement posé	Climat incestuel et incitations extrafamiliales indirectes Inceste moral (incitation sexuelle familiale sans accomplissement physique), inspections corporelles inadéquates, atteintes de l'intimité, dévalorisation du corps, exhibitions des parents, confidences érotiques parentales...	Abus sexuels Appropriation par la violence, séduction ou emprise du corps de l'enfant Abus sans attouchement qui consiste en invitation sexuelle, actes de pornographie, exhibitionnisme Attouchements caractérisés, pénétration simulée, masturbation, attouchement sur l'abuseur Abus avec pénétration orale,
Danger psychologique			
Rejet	Acceptation de l'enfant et reconnaissance de son individualité	Relation superficielle Distance affective Incertitude de son intégration dans la famille Rejet des demandes de l'enfant Découragement des expressions d'attachement	Indifférence à l'enfant Non-reconnaissance des besoins de l'enfant Bouc émissaire Traitement défavorable Refus d'aide Refus de soutien Refus d'affection
Dénigrement	Motivation à résoudre les problèmes	Dépréciation de l'enfant Surnoms infériorisants Comparaisons dégradantes	Privation de la dignité Humiliations publiques Maledictions familiales proférées à l'égard de l'enfant Rabaïssement de l'enfant
Terrorisme	Empathie envers l'enfant Reconnaissance de la souffrance de l'enfant	Création d'un climat hostile Création d'un climat imprévisible Exigences irréalistes Colères excessives Colères imprévisibles	Menace de mort Menace d'abandon ou de suicide Menace de punitions extrêmes Menace au travers des êtres aimés Cruauté mentale Stimulation de peurs intenses

Tableau 3 (Suite)

III - Danger	0 - Absent	1 - Préoccupant	2 - Dangereux
Isolément	Continuité et stabilité de la figure parentale Disponibilité des parents	Découragement aux contacts sociaux Famille en « vase clos » Découragement des liens d'amitié	Rupture des contacts sociaux Enfermement Empêchement de relations aux autres adultes Empêchement de liens d'amitié avec pairs Interdictions d'activité
Indifférence	Attitudes parentales de protection et de soins Manifestation d'affection Stimulation des acquisitions	Non-disponibilité psychologique Limitation des interactions Minimisation de la souffrance de l'enfant Manifestation affective réduite	Absence d'écoute Manque d'intérêt Froidueur Absence de marques d'affection Dénî de la souffrance de l'enfant Absences de marques d'attachement
Corruption	Promotion de valeur morale auprès de l'enfant	Absence de réponse éducative face aux problèmes de comportement Parentification Infantilisation Entrave à l'autonomie	Incitation à l'agression sur des pairs Encouragement à la délinquance Incitation à la prostitution Incitation à la drogue Initiation à l'alcool
Abus de la vulnérabilité et de la dépendance de l'enfant	Attentes réalistes Prédominance des besoins de l'enfant sur ceux des parents	Rôle inadéquat (selon intensité) (parentification, confident abusif, complicité d'agression, bouc émissaire familial, arbitre des conflits...) Conflit de loyauté, devoirs contradictoires envers des parents antagonistes	Rôle inadéquat (parentification, confident abusif, complicité d'agression, bouc émissaire familial, arbitre des conflits...) Syndrome aliénation parental Bouc émissaire familial Esclavagisme

Tableau 4 Attitude de l'enfant envers les parents.

IV - Attitude de l'enfant envers ses parents

0 - Bon	1 - Préoccupant	2 - Dangereux
<i>Attachement secure</i> Recherche de proximité Sentiment de sécurité Comportement de refuge de l'enfant Manifeste du plaisir en présence de ses parents	<i>Attachement ambivalent</i> Dépendance excessive de l'enfant Faible autonomie de l'enfant, inhibition sociale Détresse excessive lors des séparations Absence de réaction à la séparation	<i>Attachement insecure</i> Interactions intrusives ou rejetantes Irruptions émotionnelles négatives fréquentes (craintes, peur, colère) Contact incohérent Refus excessif de dépendre de l'adulte Relation superficielle, réaction agressive à toute limite, état de rage constant Indifférence au parent

Tableau 5 Développement de l'enfant.

V - Développement de l'enfant

	0 - Bon développement	1 - Altération préoccupante	2 - Altération sévère
Cognitif	Bonne adaptation scolaire Capacités intellectuelles normales ou bonnes Absence de trouble cognitif	Régression et retard de développement cognitif Trouble cognitif modéré	Déficience importante, absence des opérations de base (relatif à l'âge) (lecture, écriture, comptage) Trouble cognitif grave
Émotionnel	Humeur normale, dynamisme et vitalité	Émotions négatives moyennement intenses et moyennement fréquentes (tristesse, peur, anxiété, colère...)	Émotions négatives très intenses et très fréquentes (tristesse, peur, anxiété, colère...)
Relationnel	Relation sociale harmonieuse, capacité à se lier aux autres	Conduite solitaire, crainte de l'autre, rejet d'autrui, séduction précoce, agression modérée	Inhibition, repli complet, agressions sexuelles, violence corporelle
Comportement	Respect des règles et des consignes en milieu scolaire et professionnel Capacité à réguler son comportement	Attitudes phobiques, pudeur excessive, impudeur ostentatoire, excitation excessive, petite délinquance, désintérêt scolaire, indiscipline	Agissements autodestructeurs, délinquance, déscolarisation, rejet total des règles, défaut d'influence de la sanction, intolérance à la frustration
Trouble physiologique et moteur non expliqué par des raisons médicales	Développement physiologique normal	Retard moteur, trouble sommeil, appétit, développement modérément perturbé	Retard de croissance, maigreur pathologique, insomnie grave, développement très perturbé
Santé mentale	Bonne santé mentale	Pathologie psychologique avérée et préoccupante	Pathologie psychologique avérée et sévère

Tableau 6 Relation avec les services d'aide.

VI - Service d'aide

	0 - Bon	1 - Préoccupant	2 - Dangereux
Relation au service d'aide	<i>Recours pertinent et acceptation de l'aide</i> Ouverts à la relation d'aide Motivés et coopératifs Profit des soutiens apportés	<i>Ambivalence par rapport à l'aide-coopération moyenne</i> Parents défensifs Importantes résistances Évitement Passivité Impossibilité d'accéder à une collaboration constructive Se déclarent insatisfaits des services Manipulation des services et des professionnels	<i>Fermeture ou dépendance à l'aide-coopération absente ou difficile</i> Hostilité vis-à-vis de l'aide, mise en échec de l'aide Revendication soutenue de leur indépendance ou perte complète de l'autonomie dans la résolution de leur difficulté Dépendance complète face aux services d'aide Sentiment d'être persécuté par les services d'aide
Implication de l'intervenant professionnel	Intervention empathique et distanciée, contrôle contre-transférentiel des affects, enthousiasme pondéré mais aussi compassion et colère, capacité de penser la situation est intacte	Problèmes implicationnels, expression d'affects transférentiels insuffisamment contrôlés (frayeur, frénésie, culpabilité, lassitude, irritation, surinvestissement) Faculté de penser la situation est réduite, dérives de la banalisation ou de la dramatisation	Troubles implicationnels, des processus destructeurs sont activés chez le professionnel, invasion d'affect mortifère (terreur, sidération, englobement, usure, Pensée clinique obturée, effondrement des sentiments de compétence, risque de somatisation, dépression, tentatives de suicide, trouble psychiatrique, surexposition aux erreurs et aux agressions physiques et psychiques de la famille

Annexe n°5 : Certificat d'IP et de signalement

* RECUEIL D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES CONCERNANT UN ENFANT*

Courrier reçu le :

Par : Prénom : Fonction :

-----IDENTITE EMETTEUR

NOM :

Lien (famille nucléaire, entourage familial ou voisinage) ou organisme et fonction :

Adresse

Téléphone

Désire garder l'anonymat (1) : ☐ oui ☐ non Suite attendue (1) : ☐ oui ☐ non
Information aux détenteurs de l'autorité parentale(2) : ☐ oui ☐ non

Si non motifs (2) : :

-----SITUATION-----

Enfant(s) concerné(s):

NOM	PRENOM	AGE OU DATE DE NAISSANCE	DOMICILE
-----	--------	-----------------------------	----------

Détenteurs de l'autorité parentale (nom, prénom, adresse, téléphone) :

:	Nom	Prénom	Adresse	Téléphone
---	-----	--------	---------	-----------

☐ père

☐
mère

☐ Préciser :
autre

Objet de l'information : (noter avec précision les éléments donnés par l'appelant) :

Circonstances de l'appel (faits observés personnellement, vécus, rapportés, fréquence...) :

Eléments recueillis sur le contexte de vie de l'enfant :

Personne mise en cause (nom, prénom, adresse, lien avec l'enfant (3) ..) :

☐ enfant en risque ☐ enfant en danger

(1) Exclusivement pour les particuliers

(2) Exclusivement pour les organismes

(3) Si autre que détenteur autorité parentale

Informations complémentaires :

Situation connue : ☐ oui ☐ non

➤ Si oui :

- ❖ suivi si autre préciser
- ❖ mesure
- ❖ date début : date fin :
- ❖ Raisons de la mesure :

➤ Les faits mentionnés sur l'information préoccupante sont-ils déjà connus ?

❖ oui ☐ non ☐

❖ Si oui, sont-ils déjà pris en compte dans l'exercice du suivi ou de la mesure : oui ☐
non ☐

➤ Les faits mentionnés sur l'information préoccupante ont-ils déjà été signalés (transmission Parquet) ?

❖ oui ☐ non ☐

❖ Si oui, Date du signalement :

❖ Suites données :

➤ Autres informations (potentiels – difficultés)

- Santé :
- Comportement de l'enfant (intra et extra-familial) :
- Environnement social et familial (nature des liens, capacité de protection et réponse aux besoins°) :

Avis Interlocuteur unique CL :

Orientation :

Signé le :

Par :

CERTIFICAT DE SIGNALEMENT

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(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 :

Le mineur :

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

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 le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui
Non

- description du comportement du mineur 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 et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe n° 6 : Echantillonnage

Tableau 1 : Eléments relatifs au profil des MG influençant leurs réponses dans les thèses antérieures

Auteurs	Méthode	Population	Elément relatifs au profil des médecins généralistes influençant leurs réponses
Mardieux Jennifer (2012-Paris 7) Mettre en évidence les obstacles au dépistage de la maltraitance envers les enfants ressentis par les médecins généralistes	Etude qualitative par entretien individuel semi-dirigé	15 médecins généralistes	Age Sexe Durée d'installation, Type d'exercice Lieu d'exercice
Le breton A-L (2013-Tours) Identifier les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge maltraitance	Etude qualitative, entretiens semis-dirigés	20 médecins généralistes du Loiret	Localisation : exercice rural ou urbain Exercice seul ou en association Remplaçants Âge Sexe Sources d'information et de formation médicale Maître de stage ou non
Bacle M-S (2014 - Nantes) Pourquoi les MG signalent peu ?	Etude qualitative	10 Médecins généralistes ayant adressé des enfants à l'UAED	Exercer seul ou en groupe Avoir le temps lors des consultations ou pas Etre parent Formations antérieures et stages d'externe/interne Relations privilégiées avec les familles
Mignien Marine (2015-Montpellier) Etudier le Ressenti face à la maltraitance. Quelles solutions ?	Etude qualitative par Focus group	15 médecins généralistes	Sexe Age Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle Orientation professionnelle (partique quotidienne, DU) Lieu d'exercice : rural, semi-rural, urbain
Michaud Etienne (2016-Nantes) Evaluation d'un outil spécifique sur l'IP pour les MG de Loire-Atlantique	Etude épidémiologique évaluative prospective par questionnaires avant/après	279 médecins généralistes au premier questionnaire 172 au second	Sexe Age Formation antérieure sur l'enfance en danger Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle Lieu d'exercice : rural, semi-rural-urbain Mode d'exercice : seul, en groupe Nombre d'expériences de maltraitance
Bastien Nicolas (2017-Montpellier) Etudier le rôle du médecin généraliste face à la maltraitance infantile 6 ans	Etude qualitative, Entretien individuel semi-dirigé	14 médecins généralistes	Age Sexe Statut de remplaçant ou de médecin installé avec son ancienneté Type d'exercice : urbain, semi-rural, rural, ou en zone urbaine sensible
Beuchot-Malzac Virginie (2011-Montpellier) Identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance de l'enfant	Etude qualitative avec entretiens semi dirigés	11 médecins généralistes	Nombre d'expériences antérieures Proximité avec les structures adéquates donc le lieu d'exercice Durée d'installation Sexe Nombre d'expériences antérieures Proximité avec les structures adéquates donc le lieu d'exercice Durée d'installation Sexe
Juin-Laustriat Margot (2018-Toulouse) Rechercher des pistes d'amélioration infantile en médecine générale dans le dépistage de la maltraitance	Etude descriptive observationnelle à partir d'un questionnaire type "google form" envoyé par mail via l'URPS, aux MG de Midi-Pyrénées en Juillet 2017	98 médecins généralistes	Sexe Nombre d'années d'exercice Connaissances (formation antérieure)

Tableau 2 : Etat des lieux des médecins généralistes en Ariège en mai 2018

Bassins	Secteurs	Nbre de MG	Age moyen des MG	60 ans et +	H	F
FOIX-PAMIER	Foix	27	52	8	19	8
	Tarascon - Saurat	4	55	1	4	0
	Vicdessos	2	57	1	2	0
	Pamiers ville	17	56	6	15	2
	La Tour du Crieu - St Jean du Falga - Varilhes - Verniolle	18	43	4	8	10
	Saverdun - Mazères - Calmont (31)	9	51	2	5	4
FOIX	Ax-les-Thermes - Les Cabannes - Luzenac	7	53	2	5	2
LAVELANET	Mirepoix - Teilhet	5	60	3	3	2
	Lavelanet - Laroque d'Olmes	15	55	5	9	6
PAMIER	Daumazan - Les Bordes - Le Mas d'Azil - Lézat	16	54	7	10	6
SAINT GIRONS	St Girons - St Lizier - Prat - Ste Croix	18	54	5	13	5
	Castillon-en-Couserans	2	54	0	1	1
	Seix - Oust - Massat	5	50	2	2	3
TOTAUX		145	53	46	96	49

dont 10 collab. Libéraux,
9 retraités, 3 LME

LME = MG exerçant en Ariège inscrits dans un autre département où ils exercent également

Annexe n°7 : Guide d'entretien

Thème 1 = Vécu de la prise en charge d'expériences de suspicion de maltraitance

Prenez 5 min pour écrire une situation clinique rencontrée de suspicion de violences à enfants (contexte) et la gestion que vous en avez faite

Comment s'est déroulée la prise en charge? Quel a été votre vécu?

Thème 2 = Relations avec les différentes instances

Refaire un tour de table pour lister les différents interlocuteurs

Que pensez-vous de vos liens avec les différents partenaires ?

Thème 3 = Connaissances du secret médical partagé et de la loi de 2007

Et du coup le secret médical (partagé) dans tout ça ?

Thème 4 = Axes d'amélioration

88% des enfants sont suivis par le MG mais la plupart des signalements ne sont pas fait par le MG : Est-ce que cela vous étonne ?

Quels seraient vos besoins pour améliorer votre prise en charge ?

Il existe un protocole départemental avec la CRIP. Etiez-vous au courant? Pensez-vous que les MG y ont leur place?

Annexe n°8 : Questionnaire et fiche de consentement

QUESTIONNAIRE FOCUS GROUP

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire et de cocher les cases correspondant aux questions

Civilité :

Age :

Mode d'installation :

- Installé ☐
- Remplaçant ☐

Nombre d'années d'exercice :

Mode d'exercice :

- Cabinet de groupe ☐
- Maison de santé pluri-professionnelle ☐
- Cabinet seul ☐

Pourcentage de pédiatrie dans votre Patientèle :

Organisation des consultations :

- Sans rendez-vous ☐
- Avec rendez-vous ☐
- Les deux ☐

Durée moyenne du temps de consultation :

- Entre 15 et 20 minutes ☐
- Entre 20 et 25 minutes ☐
- Au moins 30 minutes ☐

Etes-vous maître de stage

Oui ☐ Non ☐

Votre faculté d'origine :

Exercez-vous une activité libérale exclusive ?

- Oui ☐
- Non ☐ Si Non, quelle est votre autre activité ?

Avez-vous effectué des stages antérieurs à votre pratique en lien avec la pédiatrie et/ou la PMI ?

Oui ☐ Non ☐

Etes-vous titulaires de diplômes ou formation spécifique sur l'enfance/la pédiatrie ?

- Oui ☐ Si Oui, lesquels :
- Non ☐

Avez-vous déjà participé à une FMC sur la maltraitance infantile ?

- Oui ☐
- Non ☐

Etes-vous parents ?

Oui ☐ Non ☐

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION LIBRE A NOTRE ETUDE

Titre : Quelle place le médecin généraliste ariégeois souhaite t'il avoir dans le système de protection de l'enfance local?

Projet conjoint de Laura Cassagnes et Marine Delabarre, internes de la Faculté de médecine de Rangueil pour leur travail de thèse d'exercice en vue d'obtenir le doctorat en médecine.

But de l'étude :

Les médecins généralistes sont à l'origine de très peu de signalement, pourtant nous sommes les médecins de premiers recours et nous soignons des familles sur plusieurs générations. Aussi, nous souhaitons recueillir votre expérience et votre vécu d'éventuelles situations de suspicion de maltraitance infantile que vous avez pu rencontrer au cours de votre exercice de médecin généraliste.

Participation à l'étude :

La participation à l'étude nécessite votre participation au focus group de ce soir et vous permet de vous exprimer librement sur le sujet en interagissant avec les autres membres du groupe.

Avec votre accord, la réunion de ce soir sera enregistrée sur bande audio à l'aide d'un dictaphone. Le débat sera retranscrit dans son intégralité en verbatim. Les bandes son seront détruites dans l'année suivant leur enregistrement.

Vous restez entièrement libre de participer au débat tout en conservant la possibilité de vous retirer à tout moment sans avoir à vous justifier et sans en subir un quelconque inconvénient ou préjudice.

Nous nous engageons à respecter la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis. Aucune conséquence ne découlera de votre participation à cette étude, d'autant plus que l'anonymat et la confidentialité seront garantis par les mesures suivantes :

- les noms des participants(es) et celui des établissements ne paraîtront sur aucun résultat, rapport ou note
- aucun nom réel ne sera inscrit sur les divers documents dans l'hypothèse où l'information produite dans le cadre de la présente étude devait être soumise à des analyses ultérieures.

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude.

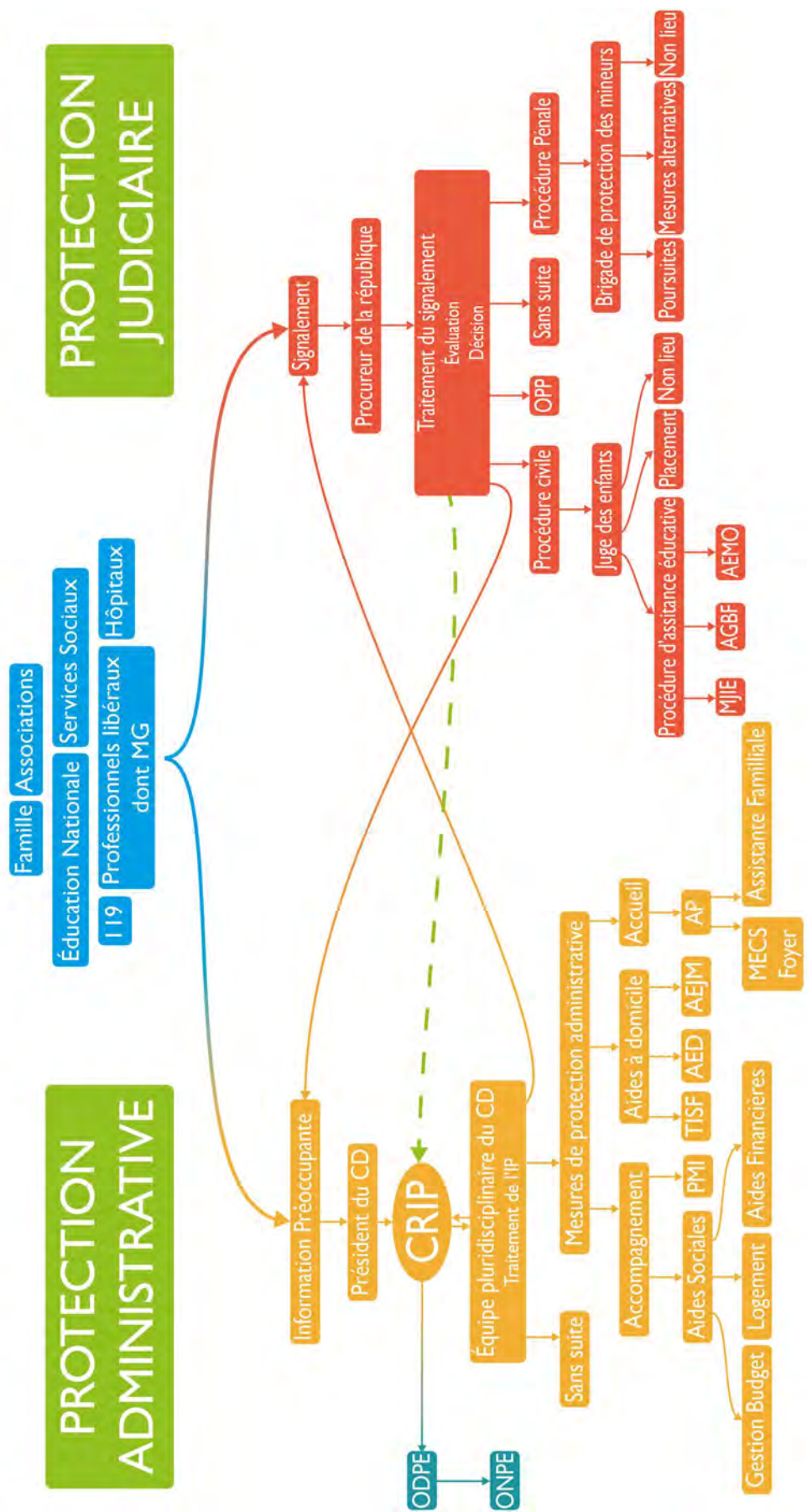
Nom Prénom

Date et Signature

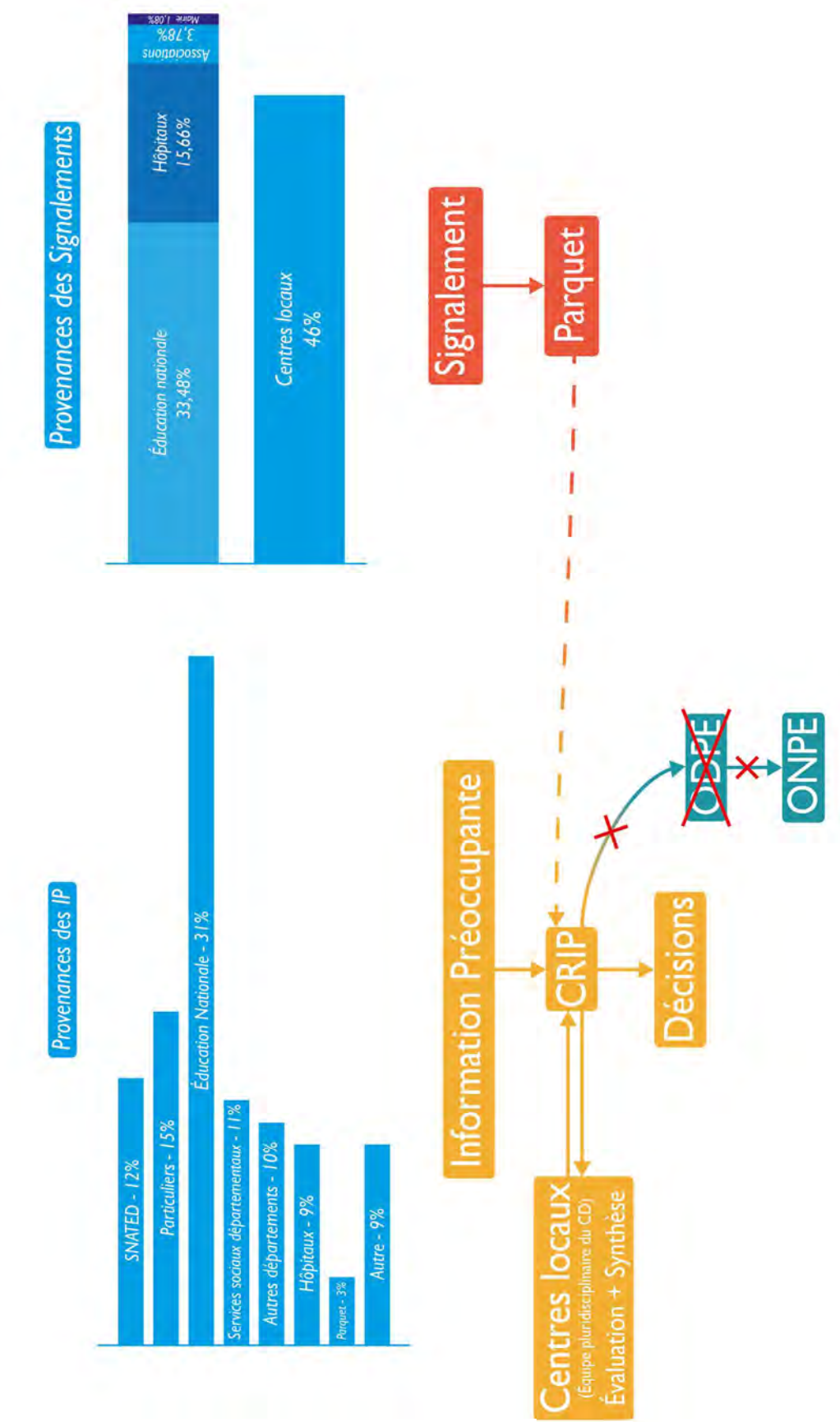
Annexe n°9 : Profils des MG participant à l'étude

Médecins	Seve	age	Mode d'installation	Nombre d'année d'exercice	Mode d'exercice	% de pédiatrie	Organisation des consultations	Durée moyenne du temps de consultation	Maitre de stage	Faculté d'origine	Autre activité	Activité libérale exclusive	Stages antérieurs en lien avec la pédiatrie et/ou la PMI	Diplômes spécifiques sur l'enfance	Participation à une FMC maltraitance	Parents
1M		35	Installé		5 Cabinet de groupe		20% Avec rendez-vous	15-20 minutes	oui	Rangueil		oui	oui	non	non	oui
2F		29	Remplaçant		1 MSP		20% Les deux	15-20 minutes	non	Toulouse		oui	oui	non	non	non
3F		54	Installé		23 Cabinet seul		30% Les deux	>=30 minutes	oui	Toulouse		oui	non	non	oui	oui
4M		39	Installé		6 MSP		Avec rendez-vous	20-25 minutes	non	Reims-brest	Urgentiste	non	oui	non	non	oui
5M		61	Installé		33 Cabinet de groupe		Avec rendez-vous	15-20 minutes	oui	Toulouse		oui	non	non	oui	oui
6M		44	Installé		15 Cabinet seul		20% Avec rendez-vous	20-25 minutes	oui	Valencia		oui	oui	non	non	oui
7F		49	Installé		cabinet seul avec 20 collaborateur		Avec rendez-vous	20-25 minutes	oui	Rennes		oui	non	non	non	oui
8M		58	Installé		25 Cabinet de groupe		15% Avec rendez-vous	15-20 minutes	oui	Grenoble	sapeur-pompier	non	non	non	non	oui
9F		43	Installé		12 MSP		15-20% Avec rendez-vous	15-20 minutes	oui	Paris V	urgences	non	oui	non	non	oui
10M		32	Installé		3 Cabinet de groupe		10% Avec rendez-vous	15-20 minutes	non	angers		oui	oui	non	non	oui
11M		57	Installé		29 MSP		7% Les deux	20-25 minutes	oui	Montpellier	Soins palliatifs	non	oui	non	non	oui
12F		39	Installé		6 Cabinet seul		15% Avec rendez-vous	15-20 minutes	non	Toulouse		oui	oui	non	non	oui
13M		50	Installé		23 Cabinet de groupe		15% Avec rendez-vous	15-20 minutes	oui	Toulouse		oui	non	non	non	oui
14M		49	Installé		20 Cabinet de groupe		16-20% Avec rendez-vous	15-20 minutes	oui	Toulouse		oui	oui	non	non	oui

Annexe n°10 : Schéma général fonctionnement protection de l'enfance



Annexe n°11 : Fonctionnement de la protection administrative en Ariège et bilan de la CRIP 09 en 2016



Annexe n° 12 : Axes d'améliorations proposés par les différents acteurs

DAEFP et pédiatres	Déconstruire la représentation auprès des MG : "Information préoccupante et services sociaux = placement de l'enfant"
DAEFP	Réécriture du protocole départemental de protection de l'enfance de 2008 en partenariat avec les MG Création d'une page spécifique du service de protection de l'enfance et de la CRIP sur le site internet du conseil départemental Elaboration de plaquettes d'informations sur la CRIP à destination des professionnels de la petite enfance
CRIP	Demande du nom du médecin traitant de l'enfant sur les fiches de recueil d'IP
Pédiatres	Volonté de collaborer avec les MG face à des suspicions de maltraitance Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire grâce au dossier médical partagé (DMP)
Médecins légistes	Organisation de formation à destination des MG pour faire connaître l'UAV et l'UMJM et aider le médecin à la rédaction des certificats médicaux
Préfecture	Réaliser une IP systématique en cas de violences conjugales avérées
Médecins généralistes 09	Demande de formation pratique sur le sujet : avoir des frontières claires concernant la définition, coordonnées nécessaires, algorithme décisionnels Avoir une plate-forme en ligne pour faciliter la démarche d'IP et de signalement Avoir une personne ressource de proximité Avoir des affiches d'information avec les numéros utiles dans les salles d'attentes Créer un outil de dépistage à proposer aux enfants sous forme ludique (tablette)
Nos propositions	Elaborer des plaquettes d'informations sur la conduite à tenir et sur les contacts de proximité à l'attention des professionnels de la petite enfance Diffusion d'un modèle type de déclaration d'IP Avoir un médecin généraliste référent concernant la protection de l'enfance Diffuser des informations sur la parentalité bienveillante : ateliers REEAP, information sur les LAEP, fiche salle d'attente, site belge yapaka.be Privilégier la consultation du 4^{ème} mois de grossesse pour aborder la parentalité et le dépistage des antécédents familiaux de maltraitance Lors d'une première consultation médicale, aborder de façon systématique les antécédents de violences subies

Annexe n° 13 : Fonctionnement de l'UHED de Toulouse

L'UHED est une équipe pluridisciplinaire composée de médecins hospitaliers (neurologues, gynécologues, pédopsychiatres...), de psychologues, d'assistante sociale, d'éducateurs, de personnels soignants et d'une secrétaire.

L'équipe intervient pour des mineurs âgés de moins de 15 ans, victimes de violences physiques, sexuelles, de carences éducatives graves, de défauts de soins et ou de maltraitance psychologiques. Elle peut intervenir :

- Suite à un accueil effectué aux urgences,
- Suite à une demande médicale pour un enfant en cours d'hospitalisation dans un autre service,
- Suite à une OPP émanant du procureur de la République ou du juge des enfants, qui confie l'enfant à l'hôpital,
- Suite à une demande extérieure par courrier ou appel téléphonique à l'hôpital de la part :
 - de services de police et gendarmerie lors de procédures d'instruction,
 - de services de PMI ou de l'ASE
 - de services éducatifs exerçant une mesure judiciaire
 - de services sociaux en faveur des élèves
 - du service de santé scolaire
 - d'un médecin traitant
 - de la famille

Missions :

- Evaluer et de prendre en charges des enfants ayant subi des maltraitances physiques, des abus sexuels, des actes de négligence physique ou morale
- Evaluer des situations à risque sur le plan psychologique ou de l'éducation en ce qui concerne tout mineur
- Mettre en place des soins et un suivi adaptés
- Proposer un avis consultatif pour toute équipe hospitalière ou extra-hospitalière
- Proposer des actions de formations destinées aux divers professionnels
- Agir en collaboration étroite avec les divers services du réseau de la protection de l'enfance

L'assistante sociale de l'unité réalise une première enquête sociale en lien avec les autres acteurs sociaux du réseau de protection de l'enfance (services polyvalents de secteurs, ASE, conseil départemental et les différents intervenants dans la prise en charge secondaires, tels les foyers et institutions...). C'est elle qui présente ensuite le dossier à la réunion de synthèse pluridisciplinaire : réunion hebdomadaire le lundi de 17h à 18h30.

L'éducatrice, en plus de sa fonction d'observation d'accueil et d'évaluation, établit le lien notamment avec les instances judiciaires et sociales en accompagnant l'enfant aux diverses auditions et en assistant chaque mois aux réunions avec l'ASE et le parquet des mineurs.

Prise en charge

En fonction du degré de gravité et du danger immédiat, l'enfant est accueilli en hospitalisation pour le prendre en charge et faire une évaluation de la situation, ou pour un accueil dans un second temps sur rendez-vous. S'il existe une suspicion de violences sexuelles, un examen gynécologique par la médecin gynécologue de l'UHED est effectué. Si un viol est avéré, une plainte doit être déposée au commissariat pour une prise en charge par réquisition du médecin légiste.

Quand il n'y a pas d'urgence, une évaluation est proposée par un bilan pluridisciplinaire en hospitalisation de jour ou dans un service traditionnel, ou par une évaluation ciblée avec seulement certains entretiens.

L'évaluation pluridisciplinaire est adaptée à la situation de l'enfant, elle porte sur le plan médical, psychologique, psychiatrique, éducatif, scolaire et social. Il s'agit d'aboutir aux diagnostics de maltraitance, de danger, de risque, ou de les réfuter, et de s'attacher à toutes les composantes de l'environnement de l'enfant.

L'équipe de l'UHED peut également intervenir auprès d'autres services hospitaliers devant la présence de signes de maltraitements découverts au décours d'une hospitalisation pour un autre motif. Elle peut également faire l'objet de consultation d'expertise sur réquisition à la demande de la justice, ou de consultation « jouant un rôle d'expertise » à la demande de la famille pour authentification de mauvais traitements.

Coordonnées :

Secrétariat : 05-34-55-87-36 / Assistante sociale : 05-34-55-87-45

Fax : 05-34-55-87-10

Annexe n° 14 : Fonctionnement du Groupe Enfance en Danger (GED) de Montpellier

Le GED est un **groupe ressource** pour les professionnels qui se trouvent face à une situation de suspicion de maltraitance à enfant, et plus largement, face à un enfant en danger ou en risque de danger. Il est composé de pédiatres, médecins légistes, puéricultrices, assistantes de service social, d'une cadre de santé et de deux secrétaires.

Le GED organise une **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tous les mardis** à 14h30 en salle de staff des Urgences Pédiatriques

Principaux objectifs du Groupe Enfance en Danger :

- **Avis médical spécifique** : prescription d'explorations complémentaires, avis spécialisés complémentaires, précision du degré d'urgence
- **Coordination** de la prise en charge multidisciplinaire dans les services d'hospitalisation
- Lien avec les **partenaires institutionnels** extérieurs (Conseil Départemental, Parquet des mineurs...)
- **Aide à la décision** concernant les mesures administratives de prévention et de protection pour l'enfant : réalisation d'une information préoccupante, d'un signalement, application pratique d'une Ordonnance de Placement Provisoire
- **Soutien** pour la réalisation pratique des écrits administratifs
- **Formation théorique** et sur le terrain des différents professionnels de CHU, formation des étudiants

Les lundis du Groupe Enfance en Danger

En complément du groupe de réflexion intra hospitalier, une **Réunion de concertation pluri-disciplinaire et pluri-institutionnelle** se déroule le 1er lundi de chaque mois (14h-16h30 en salle de staff des Urgences Pédiatriques)

- Objectif principal de la réunion : point sur les situations complexes rencontrées dans le mois précédent la réunion : discussion de la prise en charge, du devenir de l'enfant, de la nécessité d'un complément d'action pour l'enfant et sa famille.
- Objectif secondaire : lieu privilégié de formation où chacun peut venir transmettre ses connaissances personnelles dans un domaine plus précis, échanges avec les différents partenaires et institutions extérieures au CHU (Conseil Départemental, Foyer de l'Enfance, Parquet des mineurs,...)

Participants :

- Personnels du CHU : membres du Groupe Enfance en Danger, infirmier de médecine légale, médecin légiste, radio-pédiatre, neurochirurgien, pédopsychiatre et, selon les situations : médecins spécialistes, assistants de service social et cadres de santé en charge de l'enfant
- Personnels des institutions intervenant pour la prévention et la protection de l'enfance en danger : médecin de PMI, médecin scolaire, représentant du foyer de l'enfance et représentant du Conseil Départemental, et Vice Procureur au Parquet des mineurs

Informations pratiques :

Demande d'avis au GED

L'avis du Groupe Enfance en Danger peut être sollicité par n'importe quel service du CHU pour les enfants de 0 à 18 ans, vus en consultation ou en service d'hospitalisation.

Les demandes d'avis sont régulées via la secrétaire du GED

L'interlocuteur privilégié et direct du GED est le pédiatre référent (Dr. Haquet)

Aux heures non ouvrables, contacter les Urgences Pédiatriques

Modalités

Selon la situation de l'enfant et de sa famille, le degré d'urgence retenu, la réponse du GED à la demande d'avis pourra prendre plusieurs formes :

- Conseil téléphonique
- Orientation vers les médecins légistes pour les situations urgentes
- Déplacement du pédiatre référent dans le service d'hospitalisation
- Organisation d'une consultation avec l'enfant et sa famille, réalisée en binôme avec le pédiatre et la puéricultrice de l'équipe de liaison Pédopsychiatrique

Dans tous les cas, la situation sera discutée en RCP

Participation aux RCP du GED

En dehors des situations urgentes, chaque professionnel en difficulté face à une situation d'enfant en danger peut venir soumettre son cas clinique à ces réunions pour avis.

Il devra au préalable prévenir le GED de sa venue pour optimiser l'organisation de la réunion.

Coordonnées du GED : Tel : 04.67.33.22.86 - Fax : 04.67.33.81.90

Email : groupeenfanceendanger@chu-montpellier.fr

Annexe n°15 : Tableau des thèses antérieures sur le sujet

Auteurs	Année	Lieu	Objectif	Méthode	Population	Résultats principaux
Beuchot-Malzac Virginie	2011	Montpellier	Identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de la maltraitance de l'enfant	Etude qualitative avec entretiens semi dirigés	11 médecins généralistes	Manque de connaissances (signes, prise en charge et système local de protection de l'enfant) Doutes diagnostiques, projection personnelle et remise en question Peur des conséquences ultérieures Manque de temps lors d'une consultation, Sentiment d'isolement et prise de décision difficile Difficulté à joindre facilement le bon intervenant Manque de retour d'information du réseau de protection de l'enfant, manque de considération des instances et pas assez d'écoute entre professionnels Problème du secret médical
Mardieux Jennifer	2012	Paris 7	Mettre en évidence les obstacles au dépistage de la maltraitance infantile ressentis par les MG	Etude qualitative par entretien individuel semi-dirigé	15 MG dont 8 femmes et 7 hommes	Les connaissances des MG sur le sujet (définition de la maltraitance, diagnostic, conduite à tenir) Difficultés diagnostiques Les freins en rapport avec L'enfant et les parents et les freins administratifs
Le breton A-L	2013	Tours	Identifier les pratiques des MG du Loiret sur la prise en charge de la maltraitance infantile	Etude qualitative, entretiens individuels semis-dirigés	20 Médecins généralistes du Loiret	IP peu connue mais bonne connaissance des signes cliniques Solitude Sentiment d'incompétence Peu informé sur les structures d'accueil Solution : renforcer le réseau professionnel
Bacle M-S	2014	Nantes	Le MG face à l'enfant en danger en Loire-Atlantique	Etude qualitative	10 Médecins généralistes ayant adressé des enfants à l'UAED	Manque de communication et défiance vis-à-vis des autres acteurs Isolement Relation privilégiée avec les familles Souhait d'une fiche explicative avec numéros importants ; de réunions d'informations et participation aux réunions des enfants Pôle de référence utile et apprécié

Auteurs	Année	Lieu	Objectif	Méthode	Population	Résultats principaux
Mignien Marine	2015	Montpellier	Etudier le Ressenti face à la maltraitance infantile Quelles solutions ?	Etude qualitative par Focus group	15 médecins généralistes 3 focus group	Agir contre les fausses croyances et les craintes du signalement Souhait de formations, d'un numéro unique régional et d'un signalement anonyme Intégration dans une équipe pluridisciplinaire
Radenne.M	2016	Toulouse	Etude des chiffres relatifs à la transmission des IP par les médecins en Midi-Pyrénées	Etude quantitative par questionnaire simplifié	CRIP de chaque département	Bilan de la CRIP en 2015 en Ariège : 334 IP dont 30 (9%) provenant du secteur hospitalier et 0 du libéral.
Michaud Etienne	2016	Nantes	Evaluation d'un outil spécifique sur l'IP pour les MG de Loire-Atlantique	Etude épidémiologique évaluative prospective par questionnaires avant/après	279 MG premier questionnaire 172 au second (Femmes 68% et 74%)	Médiane générale 65/100 versus 82/100 avec $p < 0.001$ Un outil d'aide améliore significativement les connaissances des MG de la procédure d'IP
Bastien Nicolas	2017	Montpellier	Etudier le rôle du médecin généraliste face à la maltraitance de l'enfant de moins de 6 ans	Etude qualitative, Entretiens individuels semi-dirigés	14 médecins généralistes	Méconnaissance du système des CRIP Vécu négatif du signalement Bonne connaissance des facteurs de risque Manque de collaboration
Juin-Laustriat Margot	2018	Toulouse	Rechercher des pistes d'amélioration dans le dépistage de la maltraitance infantile en médecine générale	Etude descriptive observationnelle à partir d'un questionnaire type "google form" envoyé par mail via l'URPS, aux MG de Midi-Pyrénées en Juillet 2017	98 MG dont 73% de femmes ayant 13,3 années en moyenne, en moyenne 0,47 signalement judiciaire et 0,73 information préoccupante par médecin	Agir sur la formation médicale Améliorer l'accessibilité aux informations et faciliter la communication Promouvoir la pluridisciplinarité ainsi que la transmission de l'information aux patients

Déclaration publique d'intérêts

Les chercheuses déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

AUTEURS : Laura CASSAGNES et Marine DELABARRE

TITRE : **Maltraitance infantile : Les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège**

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 11 avril 2019

Introduction. La maltraitance infantile est un problème de santé publique sous-estimé. Son diagnostic est complexe et nécessite une approche pluridisciplinaire. **Objectif** : Explorer le système de protection de l'enfance en Ariège et les liens entre les acteurs. **Méthode** : Recherche action en Ariège par entretiens individuels auprès des institutions de mars à juin 2018 et par focus group auprès de médecins généralistes. **Résultats** : Le système de protection de l'enfance est complexe et comprend de nombreux acteurs qui communiquent peu et notamment avec les médecins généralistes. Ces échanges sont limités en partie par un manque d'effectif global mais aussi par un manque de proximité et une méconnaissance du système par les médecins généralistes. **Conclusion** : Tous les acteurs souhaitent davantage collaborer et ont proposé des pistes d'amélioration.

Child abuse : The links between general practitioners and other players within the child protection arena in Ariège.

Introduction. Child abuse is an under-estimated public health problem. Its diagnosis is complex and requires a multi-disciplinary approach. **Objective** : To explore the child protection system in Ariège and the links between the different players. **Method** : Research action was undertaken in Ariège through conducting interviews with staff in organisations during March to June 2018 and through focus groups involving general practitioners. **Outcomes** : The child protection system is complex and includes many players who communicate little, especially with general practitioners. Communications is limited, partly by a lack of staff but also by a lack of proximity and a the fact that general practitioners have limited knowledge of the systems. **Conclusion** : All players involved would like increased collaboration and have proposed suggestions for improvement.

Mots-Clés : Maltraitance infantile, médecins généralistes, pluridisciplinarité, système de protection de l'enfance, recherche action, étude qualitative, focus group

Keywords : Child abuse, general practitioners, multi-disciplinary, child protection system, action research, qualitative study, focus group

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France
