

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 105

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Etienne MICHAUD

né le 27/12/1989 à Saint Michel d'Entraygues

Présentée et soutenue publiquement le 27/09/2016

**EVALUATION D'UN OUTIL D'INFORMATION PORTANT SUR
L'INFORMATION PREOCCUPANTE A L'INTENTION DES
MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE ATLANTIQUE**

Président : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Nathalie VABRES
Madame le Docteur Juliette FLEURY

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Christèle Gras Le Guen d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci à son service de Pédiatrie qui m'a énormément apporté dans ma pratique de la médecine générale. Ce stage de six mois restera l'un des temps forts de mon internat.

Je souhaite remercier le Professeur Laure Van Wassenhove pour sa participation à ce jury et pour son enseignement au sein du Département de Médecine Générale.

Merci au Docteur Elise Launay pour son aide précieuse dans le domaine complexe des statistiques et pour sa participation à ce jury.

Je voudrais remercier grandement mes deux directrices de thèse le Docteur Nathalie Vabres et le Docteur Juliette Fleury qui m'ont guidé durant tout ce travail. Merci de m'avoir sensibilisé à ce sujet lors de mon stage, votre dévouement pour ce combat est contagieux. Merci de votre patience, de votre disponibilité, j'ai eu un grand plaisir à travailler avec vous.

Je souhaite remercier Madame Lydie Joulain chargée d'études à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance de Loire-Atlantique pour son regard critique et son aide dans ce projet.

Merci au Docteur Jean-Louis Clouet, Président du conseil départemental de l'ordre des médecins de Loire-Atlantique pour son aide dans la diffusion de l'outil et des questionnaires.

Merci au Docteur Thierry Ponge, au Docteur Karine Levieux et au Docteur Bénédicte Vrignaud de m'avoir permis d'intervenir dans leurs congrès respectifs afin de présenter mon projet.

Merci au Docteur Laurent Brutus pour son aide concernant la méthodologie de ce travail.

Merci à mes parents de m'avoir soutenu dans ces longues études, merci d'avoir relu et corrigé mes fautes d'orthographe.

Enfin je souhaite remercier ma compagne qui m'encourage depuis le début de ces études et qui me donne la force d'avancer. Merci pour l'amour que tu me donnes et merci à notre fille Elise d'avoir embelli cette année difficile.

SOMMAIRE

I) INTRODUCTION	5
II) MATERIEL ET METHODE	7
1. Schéma de l'étude.....	7
2. Création de l'outil.....	8
3. Questionnaires.....	8
4. Critère de jugement principal.....	9
5. Exploitation des résultats	9
III) RESULTATS	10
1. Création de l'outil.....	10
2. Evaluation de l'outil.....	11
2.1. <i>Analyse descriptive de la population</i>	11
2.2. <i>Evaluation du critère de jugement principal</i>	13
2.3. <i>Analyse de l'influence des caractéristiques des médecins sur les scores aux questionnaires</i>	15
2.4. <i>Analyses des réponses aux questionnaires</i>	16
IV) DISCUSSION	19
V) BIBLIOGRAPHIE	23
VI) GLOSSAIRE	24
VII) ANNEXES	25
1. Annexe 1 : Interlude accompagnant le questionnaire n°1	25
2. Annexe 2 : Interlude accompagnant le questionnaire n°2	26
3. Annexe 3 : Questionnaire n°1	27
4. Annexe 4 : Questionnaire n° 2.....	29
5. Annexe 5 : Barème des deux questionnaires	31
6. Annexe 6 : Outil d'information réalisé par le conseil départemental de la Loire-Atlantique	32
7. Annexe 7 : Outil d'information élaboré à l'intention des médecins généralistes de Loire-Atlantique.....	33

I) INTRODUCTION

Depuis la loi du 5 mars 2007 [1] réformant la protection de l'enfance, le président du Conseil Départemental est « chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes (IP) relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être ». Le décret n° 2013-994 [2] définit l'information préoccupante comme étant : «une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. »

Chaque département doit être doté d'une « cellule de recueil des informations préoccupantes » (CRIP) dont la mission est de centraliser les IP, et permettre « d'évaluer la situation du mineur et déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier ».

Le 10^{ème} rapport de L'ONED [3] (mai 2015) révèle qu'au 31 décembre 2012, environ 284 000 mineurs étaient pris en charge par les services de protection de l'enfance en France, ce qui représente 19,5 ‰ des moins de 18 ans. En 2011 une enquête visait à produire des données chiffrées sur les IP et les signalements réalisés par les conseils généraux. Cependant suite à des biais il n'a pas été possible d'obtenir de données nationales fiables et cohérentes concernant le recensement des IP reçues et traitées.

Au plan national seul 5 % des signalements d'enfants en danger proviennent du secteur médical [4]. Dans le département de Loire-Atlantique pour l'année 2015 la CRIP a recensé 3752 informations préoccupantes et 328 signalements. Les médecins généralistes libéraux étaient à l'origine de 46 informations préoccupantes soit 1,23 % de l'ensemble des IP et de 4 signalements soit 1,22 % de l'ensemble des signalements. Compte tenu de la place centrale qu'occupent les médecins généralistes libéraux dans la prise en charge de la santé des enfants et des adolescents, il est raisonnable de penser que ces chiffres révèlent une mauvaise information sur le sujet.

Une thèse de 2013 s'intéressant aux connaissances des médecins généralistes libéraux d'Ille-et-Vilaine sur la loi du 5 mars 2007 [5] révélait que le terme d'« information préoccupante » était ignoré de 70.1% des médecins généralistes, et que 82.9% d'entre eux souhaitaient la réalisation d'un guide simple d'utilisation avec les coordonnées des organismes à contacter, ainsi qu'un modèle de rédaction d'information préoccupante.

Le rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants [4] insistait sur l'importance de la formation des professionnels en particulier des médecins libéraux.

L'objectif de ce travail était donc de créer et d'évaluer un outil d'information portant sur l'information préoccupante à destination des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

II) MATERIEL ET METHODES

1) Schéma de l'étude

Cette étude épidémiologique évaluative prospective a été menée par le biais de questionnaires anonymes de type avant/après auprès des 1301 médecins généralistes libéraux de Loire-Atlantique inscrits au conseil de l'ordre.

Il s'agissait de questionnaires en ligne à remplir par l'intermédiaire de « Google Forms ». Ceux-ci avaient préalablement été testés par 11 médecins généralistes afin d'évaluer la compréhension des questions ainsi que son intérêt et sa faisabilité.

Les médecins généralistes libéraux recevaient un premier questionnaire évaluant leurs connaissances au sujet de l'IP, puis un second questionnaire accompagné de l'outil d'information afin d'évaluer la progression des réponses. Lors de la journée « d'actualités thérapeutiques » du 5 Décembre 2015, une version papier du questionnaire avait été distribuée à l'ensemble des 300 médecins généralistes présents. Le premier questionnaire a été diffusé par le conseil de l'ordre de Loire-Atlantique par courriel à partir de Décembre 2015. Le second questionnaire, accompagné de l'outil d'information, a également été diffusé par le Conseil de l'Ordre Départemental par courriel à partir de Janvier 2016. Une notice écrite accompagnait systématiquement les questionnaires (Annexe 1-2). Par la suite les médecins ont reçu deux rappels par courriel le 18 Décembre 2015 et le 17 Février 2016. L'outil d'information a également été diffusé dans le trimestriel du conseil de l'ordre de Loire Atlantique LOM n°148 [6] en Février 2016 accompagné d'un lien vers le site : <http://these-enfance-en-danger-44.over-blog.com/> où les questionnaires étaient disponibles. L'inclusion des réponses était clôturée en Mars 2016.

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste libéral installé en Loire-Atlantique. Les médecins d'autres départements étaient exclus, ainsi que les médecins généralistes angiologues et échographistes exclusifs, les spécialistes, les médecins généralistes remplaçants ou travaillant exclusivement en milieu hospitalier.

2) Création de l'outil

Pour la création de l'outil d'information nous nous sommes appuyés sur les critères de qualité essentiels de l'INPES [7]. Une étude des outils déjà existants au niveau local et national a également été réalisée. L'outil à destination des médecins généralistes de Loire-Atlantique comportait un rappel sur la loi du 5 mars 2007, un descriptif des objectifs de l'outil, la définition d'une I.P ainsi que les actions déclenchées par celle-ci. L'outil incluait un rappel sur les « feux rouges » [8] devant faire évoquer une situation d'enfance en danger, les coordonnées des principales structures impliquées dans la protection de l'enfance ainsi que des liens internet pour la réalisation d'une IP.

La rédaction du contenu de l'outil a été réalisée sur la base des recommandations de la HAS « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » [9]. L'outil a été enrichi et soutenu par Mme Lydie Joulain chargée d'études à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance de Loire Atlantique. Il a ensuite été soumis à un focus de groupe de 11 médecins généralistes de Loire-Atlantique lors de la « journée Questions / Réponses en Pédiatrie le 10 octobre 2015 » afin de voir s'il répondait bien aux attentes des professionnels concernés. Après rédaction l'outil a été soumis à la CRIP de Loire-Atlantique afin de valider sa diffusion pour l'étude.

3) Questionnaires (Annexe 3-4)

Les questionnaires comportaient 16 questions (14 fermées et 2 ouvertes) réparties en deux parties.

La première partie (Questions A1-A9) visait à collecter les informations relatives au profil du médecin interrogé (âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice, pourcentage de mineur dans leur patientèle, département d'exercice) ainsi que ses expériences au sujet de l'enfance en danger (formation/information sur l'enfance en danger, connaissance du terme d'IP et confrontation dans sa pratique à une situation de maltraitance sur mineur). Seule la question A(8) différait entre les deux questionnaires dans le second elle questionnait la participation ou non au premier questionnaire.

La seconde partie (Questions B1-B7) visait à évaluer les connaissances des médecins au sujet de l'information préoccupante : définition, destinataire de l'IP, actions déclenchées, différence avec le signalement, obligation d'information de la famille, contraintes légales à la réalisation d'une IP, professionnels joignables pour avis. Elle comportait deux cas cliniques présentant des situations d'enfants en danger. Les cas cliniques différaient entre le premier et le second questionnaire mais les questions ainsi que les propositions restaient strictement identiques pour pouvoir évaluer une éventuelle progression.

4) Critère de jugement principal

Afin d'évaluer l'efficacité de l'outil d'information nous avons défini comme critère de jugement principal le résultat du score global calculé pour chaque questionnaire. Il regroupait les questions des deux cas-cliniques de chaque questionnaire (B1-B7). Ce score était noté sur 70 (10 points par bonne réponse) puis ramené sur 100 pour obtenir un pourcentage de réussite (Annexe 5). Les scores des deux questionnaires ont été comparés.

5) Exploitation des résultats

Les réponses aux questionnaires ont été importées directement sur le logiciel « Microsoft Office Excel 2010 » à l'aide de « Google Forms ». Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel STATA 11.0 et du site de biostatistique «BiostaTGV» [10].

Pour comparer les données, le test du Chi-deux a été utilisé pour les variables qualitatives ainsi que le test exact de Fischer pour les petits effectifs. Pour les variables quantitatives, le test de Mann Withney a été employé ainsi que le test de Kruskal-Wallis pour les comparaisons de plus de deux groupes. Les tests étaient bilatéraux avec un risque d'erreur de première espèce « p » à 5 %. L'intervalle de confiance (IC) à 95% était calculé pour les variables quantitatives, comme un intervalle de valeurs à l'intérieur duquel nous étions certains à 95% de trouver la vraie valeur recherchée et l'intervalle interquartile (IQR) était défini par l'intervalle [25% ; 75%].

III) RESULTATS

1) Création de l'outil

Notre étude concernant les outils pré existants avait permis de trouver plusieurs travaux. Le département de Meurthe-et-Moselle avec l'ordre national des médecins avait développé un outil à destination des médecins généralistes sur le rôle du médecin dans la maltraitance [11]. Ce document était plus large sur la problématique abordée, mais n'expliquait ni le rôle de l'information préoccupante, ni les feux rouges dans la maltraitance infantile devant alerter le médecin généraliste. Les thèses de C. Favez [12] et A. Arrieta [5] quant à elles proposaient des diagrammes explicatifs mais pas un réel outil d'information concernant l'IP.

Pour la création de notre outil nous nous étions inspirés de celui réalisé par le conseil départemental de la Loire-Atlantique informant l'ensemble des professionnels exerçant une mission auprès des enfants sur l'information préoccupante (annexe 6). Cet outil était intéressant mais ne s'adressait pas spécifiquement aux médecins généralistes.

Sur ce modèle, nous avons développé une nouvelle version (annexe 7).

La première partie de l'outil effectuait un bref rappel sur la loi du 5 mars 2007, avec la création de l'IP et de la CRIP. L'outil rappelait également la notion de secret partagé et le fait que le médecin n'a pas à être certain du diagnostic de maltraitance pour réaliser une IP.

Dans cette première partie étaient énoncés les objectifs de cet outil comme le recommandait l'INPES [7]. Par la suite nous avons dédié une partie importante à la définition de l'IP et ses finalités. Il était également rappelé que lors de la réalisation d'une IP il était obligatoire d'informer la famille sauf si cela était contraire à l'intérêt de l'enfant.

Nous précisions ensuite la conduite à tenir en cas de danger immédiat, situation où il est recommandé de réaliser un signalement. Le rôle de l'hospitalisation pour mise à l'abri y était rappelé avec les coordonnées des urgences pédiatriques du CHU de Nantes.

La deuxième partie de l'outil, basée essentiellement sur les recommandations de la HAS [9], rappelait les principaux « feux rouges » [8] devant faire suspecter une situation de maltraitance. Une partie était spécifiquement réservée aux violences sexuelles notamment pour préciser quelles situations devaient amener à consulter en urgence. Nous avons inclus

dans cette deuxième partie deux liens Internet afin d'offrir aux médecins généralistes un modèle de rédaction d'IP et les dernières recommandations de la HAS [9]. Un des messages-clés de cet outil était d'insister sur le fait de ne pas rester seul face à une situation d'enfant en danger. De nombreux professionnels peuvent accompagner le médecin généraliste et le conseiller dans la démarche à suivre. Ces professionnels étaient listés avec leurs coordonnées. A noter que la partie « coordonnées » concernait uniquement le département de Loire-Atlantique.

2) Evaluation de l'outil

2.1. Analyse descriptive de la population

Nous avons recueilli pour le premier questionnaire (Q1) 319 réponses (213 par internet et 106 papiers). Après exclusion des 40 médecins installés en Vendée grâce à la question A(9), il nous restait 279 réponses à exploiter .

Pour le second questionnaire (Q2) nous avons recueilli 196 réponses toutes issues du questionnaire internet. Nous avons exclu les 22 réponses de médecins installés en Vendée ainsi que les 2 médecins n'ayant pas répondu au premier questionnaire (question A(8)). Au final il nous restait 172 réponses à exploiter.

Les deux populations étudiées avant et après outil d'information n'étaient pas appareillées en raison de l'anonymat des questionnaires cependant elles ne présentaient pas de différences significatives et étaient donc comparables. La majorité des médecins participants avait entre 30 et 50 ans (61% pour Q1 et 66% pour Q2), les moins de 30 ans étaient très peu représentés (4% pour Q1 et 2% pour Q2). Cette représentation au niveau des âges était comparable aux données de la population des médecins généralistes de Loire-Atlantique selon la troisième édition des atlas régionaux de démographie médicale [13]. On relevait une proportion plus importante de femmes que d'hommes (68% vs 32% pour Q1 ; et 74% vs 26% pour le Q2) contrairement aux données de Loire-Atlantique qui retrouvent une proportion de femmes généralistes à 47% [13]. Les médecins exerçant en milieu urbain étaient majoritaires (53% dans les deux populations) et l'exercice en groupe était le plus représenté (82% pour Q1 et 84% pour Q2). La majorité des médecins avait dans leur patientèle un pourcentage de mineurs situé entre 15 et 30% (60% pour Q1 et 58% pour Q2).

Les proportions de médecins déclarant avoir reçu une formation sur l'enfance en danger étaient de 39% pour Q1 et de 45% pour Q2. 63% des médecins ayant répondu au Q1 et 62% de ceux ayant répondu au Q2 ont déclaré avoir été confrontés dans leur exercice à une situation de maltraitance (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des populations

Caractéristiques	Questionnaire 1		Questionnaire 2		Valeur de p
	n = 279	(%)	n = 172	(%)	
Age :					
≤ 30 ans	11	(4)	3	(2)	0,273
Entre 30 et 50 ans	169	(61)	114	(66)	
≥ 50 ans	99	(35)	55	(32)	
Sexe :					
Homme	88	(32)	45	(26)	0,267
Femme	191	(68)	127	(74)	
Lieu d'exercice :					
Rural	30	(11)	25	(15)	0,425
Semi-rural	100	(36)	55	(32)	
Urbain	149	(53)	92	(53)	
Mode d'exercice :					
En groupe	228	(82)	145	(84)	0,565
Seul	51	(18)	27	(16)	
Pourcentage de mineurs :					
< 15%	46	(16)	27	(16)	0,833
Entre 15 et 30%	167	(60)	100	(58)	
≥ 30%	66	(24)	45	(26)	
Formation sur l'enfance en danger :					
Oui	109	(39)	77	(45)	0,273
Non	170	(61)	95	(55)	
Confrontation à une situation de maltraitance :					
Oui	177	(63)	106	(62)	0,774
Non	102	(37)	66	(38)	

p : seuil risque de différence significative de 5% = 0,05

2.2. Evaluation du critère de jugement principal (Tableau 2)

La distribution des scores au questionnaire 1 et 2 ne répondait pas à une loi normale comme on peut l'observer sur les histogrammes (Figure 1 et 2). Nous avons donc analysé et comparé les médianes des scores aux questionnaires des deux populations (Tableau 2).

Figure 1 : Histogramme questionnaire 1

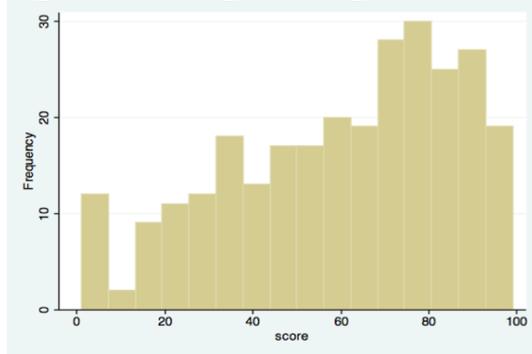
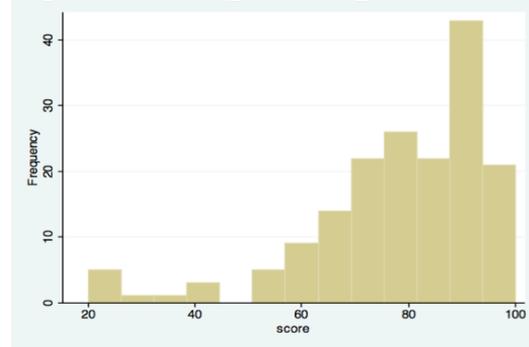


Figure 2 : Histogramme questionnaire 2



Au premier questionnaire la médiane générale était de 65/100 [IQR : 40-81] contre une médiane de 82/100 [IQR : 71-91] au second questionnaire. Cette progression était significative avec $p < 0,001$.

Aux Q1 et Q2 on observait une différence significative des médianes en fonction de l'âge des médecins. En effet les médecins âgés de plus de 50 ans avaient une médiane significativement moins bonne que celle des médecins de moins de 30 ans et ceux dont l'âge se situait entre 30 et 50 ans avec $p < 0,001$.

Au premier questionnaire les femmes avaient une meilleure médiane que les hommes à 69/100 [IQR : 49-83] contre 64/100 [IQR : 25-79.5] ($p < 0,001$), mais on note qu'au second questionnaire cette différence régresse tout en restant significative ($p = 0,049$) avec une médiane de 84/100 [IQR : 73-91] pour les femmes et de 75/100 [IQR : 64-89] pour les hommes.

Il existait une différence significative des médianes en fonction du lieu d'exercice au Q1. Les médecins généralistes exerçant dans une zone semi-rurale répondaient mieux avec une médiane de 70/100 [IQR : 51-85] contre 57.5/100 [IQR : 39-72] pour ceux en milieu rural et 61/100 [IQR : 36-80] pour ceux exerçant en milieu urbain ($p = 0,035$). Il est intéressant de noter qu'au Q2 il n'existait pas de différence significative en fonction du lieu d'exercice.

Les médecins exerçant en groupe avaient une meilleure médiane que ceux exerçant seuls au premier questionnaire (66.5/100 [IQR : 46-83] contre 48/100 [33-78] avec $p=0,040$) mais cette différence n'était plus significative au Q2.

Les médecins ayant une patientèle pédiatrique plus importante (>30%) avaient une meilleure médiane que les autres sur le premier questionnaire de façon non significative ($p=0,110$).

Les médecins généralistes ayant bénéficié par le passé d'une formation sur l'enfance en danger répondaient mieux au premier questionnaire avec une médiane de 72/100 [IQR : 56-86] contre 57/100 [IQR : 33-77] ($p<0,001$) et comme pour les autres variables les médianes s'équilibraient au second questionnaire avec un p non significatif.

Enfin on observait que l'expérience d'une confrontation à une situation de maltraitance sur mineur dans leur pratique n'influaient pas de manière significative sur les médianes ($p=0,530$ pour Q1 et $p=0,981$ pour Q2).

Tableau 2 : Comparaison des médianes aux questionnaires

Variables	Questionnaire 1				Questionnaire 2			
	(n)	Médiane score (sur 100)	IQR [25% - 75%]	p	(n)	Médiane score (sur 100)	IQR [25% - 75%]	p
Age								
< 30 ans	(11)	70	[62-80]		(3)	86	[83-96]	
Entre 30 et 50 ans	(169)	71	[53-84]	<0,001*	(114)	86	[75-91]	<0,001*
> 50 ans	(99)	46	[31-69]		(55)	74	[61-89]	
Sexe								
Homme	(88)	46	[25-79,5]	<0,001*	(45)	75	[64-89]	0,049*
Femme	(191)	69	[49-83]		(127)	84	[73-91]	
Lieu d'exercice								
Rural	(30)	57,5	[39-72]		(25)	79	[70-88]	
Semi-rural	(100)	70	[51-85]	0,035*	(55)	77	[71-91]	0,578
Urbain	(149)	61	[36-80]		(92)	85,5	[74-90,5]	
Mode d'exercice								
En groupe	(228)	66,5	[46-83]	0,040*	(145)	84	[72-91]	0,293
Seul	(51)	48	[33-78]		(27)	80	[69-89]	
Pourcentage de mineurs								
< 15%	(46)	63	[34-84]		(27)	79	[61-91]	
Entre 15 et 30%	(167)	62	[37-79]	0,110	(100)	83	[73,5-90]	0,626
> 30%	(66)	69	[53-84]		(45)	81	[71-91]	
Formation sur l'enfance en danger								
Oui	(109)	72	[56-86]	<0,001*	(77)	84	[74-91]	0,154
Non	(170)	57	[33-77]		(95)	80	[69-90]	
Situation de maltraitance								
Oui	(177)	66	[43-81]	0,530	(106)	81	[69-91]	0,981
Non	(102)	61,5	[34-81]		(66)	84	[75-89]	
Total population	(279)	65	[40-81]	-	(172)	82	[71-91]	<0,001

* : p significatif < 0,05

2.3. Analyse de l'influence des caractéristiques des médecins sur les scores aux questionnaires

Afin d'analyser l'influence des différentes caractéristiques des médecins sur les scores aux questionnaires nous avons réalisé une régression linéaire multiple (Tableau 3).

Les variables entraînant une variation significative positive des scores au Q1 étaient le sexe féminin avec β à +8.93 [IC95% : 2.58 ; 15.27] ($p=0.006$) et le fait d'avoir bénéficié d'une formation sur l'enfance en danger avec β à +12 [IC95% : 6.33 ; 17.73] ($p<0.001$).

Les variables entraînant une variation significative négative des scores au Q1 étaient l'âge > 50 ans avec β à -16.4 [IC95% : -31.1 ; 1.69] ($p=0.029$) et le fait d'avoir une patientèle de mineurs de 15 à 30% avec β à -9,13 [IC95% : -17,03 ; 1,22] ($p<0.024$)

On observait que ces mêmes variables au Q2 n'entraînaient pas de variation significative des scores avec $p>0,05$. Les autres variables n'entraînaient pas non plus de variation significative.

Tableau 3 : Analyse des différentes caractéristiques selon une régression linéaire multiple

Variables	Questionnaire 1			Questionnaire 2		
	β	IC95%	p	β	IC95%	p
Age						
< 30 ans	0	-	-	0	-	-
Entre 30 et 50 ans	-0.34	[-14.7;14.01]	0.963	-5.41	[-24.46;13.65]	0.576
> 50 ans	-16.4	[-31.1;1.69]	0.029*	-15.3	[-34.50;3.98]	0.119
Sexe						
Homme	0	-	-	0	-	-
Femme	8.93	[2.58;15.27]	0.006*	2.31	[-3.83;8.45]	0.459
Lieu d'exercice						
Rural	0	-	-	0	-	-
Semi-rural	7.16	[-2.46;16.78]	0.144	-2.33	[-10.33;5.67]	0.566
Urbain	2.43	[-6.77;11.64]	0.604	1.44	[-5.96;8.84]	0.702
Mode d'exercice						
En groupe	2.18	[-5.07;9.43]	0.554	0.70	[-6.38;7.79]	0.845
Seul	0	-	-	0	-	-
Pourcentage de mineurs						
< 15%	0	-	-	0	-	-
Entre 15 et 30%	-9.13	[-17.03;1.22]	0.024*	-1.78	[-9.23;5.68]	0.639
> 30%	-4.04	[-13.31;5.22]	0.391	0.54	[-7.84;8.93]	0.898
Formation sur l'enfance en danger						
Oui	12.0	[6.33;17.73]	<0.001*	3.08	[-2.20;8.37]	0.251
Non	0	-	-	0	-	-
Situation de maltraitance						
Oui	3.98	[-1.91;9.86]	0.185	0.84	[-4.42;6.11]	0.752
Non	0	-	-	0	-	-

* : p significatif < 0,05

2.4. Analyses des réponses aux questionnaires

A la question A(8) de Q1 218 médecins soit 78% d'entre eux affirmaient avoir déjà entendu le terme d'IP (Tableau 4).

Concernant la question évaluant leur connaissance sur la définition de l'IP B(1) : 82,5% des médecins avaient donné la bonne définition au Q2 contre 64,5% au Q1, la progression était significative avec $p < 0,001$.

A la question B(2) interrogeant l'obligation d'information de la famille lors de la réalisation d'une IP seulement 48% des médecins ont bien répondu au Q1 contre 83,1% au Q2, la progression était significative avec $p < 0,001$.

A la question sur l'obligation de certitude diagnostique de maltraitance lors de la réalisation d'une IP 242 médecins soit 86,7% ont donné la bonne réponse au Q1. Pour le Q2 l'ensemble des 172 médecins ont bien répondu. Encore une fois la progression était significative ($p < 0,001$).

Pour la question sur la décision de la réalisation d'une IP les réponses étaient plus mitigées avec tout de même une progression significative ($p < 0,001$) entre le premier et le second questionnaire, 68% ont décidé de réaliser une IP pour le deuxième cas clinique au Q2 contre 50,9% au Q1.

A la question B(6) portant sur les différences entre l'IP et le signalement 87,2% des médecins ont donné la bonne réponse au Q2 contre 63,1% au Q1 ($p < 0,001$).

Tableau 4 : Réponses des médecins généralistes libéraux aux questionnaires

Première partie du questionnaire	Questionnaire 1				Questionnaire 2				Q1 vs Q2				
	Oui	(%)	Non	(%)									
A(8) Connaissance du terme "IP"	218	(78)	61	(22)	-	-	-	-	-	-			
Cas Clinique n°1	Bonne réponse	(%)	Mauvaise réponse	(%)	NSP	(%)	Bonne réponse	(%)	Mauvaise réponse	(%)	NSP	(%)	valeur de p
B(1) - Définition de l'IP	180	(64,5)	37	(13,3)	62	(22,2)	142	(82,5)	24	(13,5)	6	(3,5)	<0,001
B(2) - Obligation d'information de la famille	134	(48)	72	(25,8)	73	(26,2)	143	(83,1)	17	(9,9)	12	(7)	<0,001
B(3) - Obligation de certitude diagnostic	242	(86,7)	8	(2,9)	29	(10,4)	172	(100)	-	-	-	-	<0,001
Cas Clinique n°2	Bonne réponse	(%)	Mauvaise réponse	(%)	NSP	(%)	Bonne réponse	(%)	Mauvaise réponse	(%)	NSP	(%)	valeur de p
B(5) - Décision de la réalisation d'IP	142	(50,9)	72	(25,8)	65	(23,3)	117	(68)	48	(27,9)	7	(4,1)	<0,001
B(6) - Différences entre l'IP et le signalement	176	(63,1)	36	(12,9)	67	(24)	150	(87,2)	12	(6,4)	10	(6)	<0,001

Les questionnaires comportaient deux questions à choix multiples B(4) et B(7). La première concernait les professionnels joignables pour aider le médecin généraliste face à une situation d'enfance en danger (Tableau 5). L'ensemble des propositions étaient bonnes, on notait une différence significative des réponses entre le Q1 et le Q2 avec $p=0,0113$. La progression des réponses était notable pour l'UAED avec un choix par 77% des médecins au Q2 contre 65% au Q1 et pour la CRIP avec un choix par 89% des médecins au Q2 contre 59% au Q1. Le taux de réponses pour les urgences pédiatriques était de 81% au Q2 contre 76% au Q1. Les réponses progressaient également pour la médecine scolaire, les associations d'aides aux victimes, le procureur de la république et le numéro vert « Allo Enfance en Danger ». On observait par contre une baisse des réponses de façon minime entre le Q1 et Q2 concernant la Protection Maternelle Infantile (PMI) (58% vs 54%) et l'ordre des médecins.

Tableau 5 : Réponses des médecins généralistes à la question à choix multiples B(4)

Professionnels	Questionnaire 1		Questionnaire 2		Valeur de p
	Nombre de médecins (279)	(%)	Nombre de médecins (172)	(%)	
Les associations d'aide aux victimes	33	(12)	25	(15)	
Le centre médico-social de secteur	119	(43)	58	(34)	
L'ordre des médecins	100	(36)	44	(26)	
La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)	165	(59)	153	(89)	
L'unité d'accueil des enfants en danger (UAED)	182	(65)	133	(77)	0,0113*
Les urgences pédiatriques	213	(76)	139	(81)	
Le Procureur de la République	77	(28)	55	(32)	
La protection maternelle et infantile (PMI)	163	(58)	93	(54)	
Le médecin scolaire	110	(39)	84	(49)	
Le numéro vert « Allo Enfance en Danger »	109	(39)	70	(41)	

* : p significatif < 0,05

La seconde question à choix multiples questionnait les aides pouvant être proposées suite à la réalisation d'une IP (Tableau 6). La progression des réponses entre Q1 et Q2 était significative avec $p < 0,001$. Le suivi en PMI était plus choisi au Q2 avec 91% de réponses contre 72% au Q1. L'intervention d'un technicien d'intervention sociale ou familiale (TISF) était également plus choisie au Q2 avec 91% de réponses contre 61% au Q1. L'accueil en crèche et périscolaire des autres enfants progressait aussi (33% au Q1 vs 59% au Q2). La seule qui diminuait de manière modérée était la prise en charge thérapeutique avec une diminution de 4% entre les deux questionnaires.

Tableau 6 : Réponses des médecins généralistes à la question à choix multiples B(7)

Aides proposées	Questionnaire 1		Questionnaire 2		Valeur de p
	Nombre médecins (279)	(%)	Nombre de médecins (172)	(%)	
Suivi PMI	202	(72)	156	(91)	
Accueil des 2 autres enfants en crèche ou en périscolaire	93	(33)	102	(59)	
Prise en charge thérapeutique (psychologique ou spécifique mère-enfant)	206	(74)	120	(70)	<0,001*
Intervention de techniciens d'intervention sociale ou familiale (TISF)	169	(61)	157	(91)	
Vous ne savez pas	51	(18)	5	(3)	

* : p significatif < 0,05

IV) DISCUSSION

Notre étude a montré que l'outil d'information que nous avons créé a permis d'améliorer les connaissances des médecins généralistes de Loire-Atlantique au sujet de l'IP.

Les réponses des médecins généralistes ayant répondu aux deux questionnaires ont montré une nette progression de leur score après avoir pris connaissance de l'outil, la médiane générale passant de 65 à 82/100 avec p significatif $< 0,001$.

Nous avons montré que certaines caractéristiques influent de manière significative sur les scores au questionnaire n°1 comme l'âge > 50 ans, le sexe féminin, le fait d'avoir suivi une formation sur l'enfance en danger ou le pourcentage de mineurs dans la patientèle. En effet les médecins généralistes âgés de plus de 50 ans répondaient moins bien que les autres ($p < 0,05$). Les médecins généralistes ayant suivi une formation sur l'enfance en danger et les médecins de sexe féminin répondaient mieux ($p < 0,01$). Notre outil a permis de diminuer l'influence de ces caractéristiques sur les scores au second questionnaire car aucune d'elles n'était significative suite à l'information délivrée dans l'outil.

Avant notre intervention 78% des médecins généralistes ayant participé au premier questionnaire affirmaient avoir déjà entendu le terme d'IP, mais seulement 64,5% avaient pu donner la bonne définition. Après avoir pris connaissance de l'outil ils étaient nettement plus nombreux à définir correctement l'IP avec un taux de 82,5%. Sur l'ensemble des items évalués on observait une réelle progression des bonnes réponses jusqu'à atteindre 100% au deuxième questionnaire sur le fait de devoir être certain ou non du diagnostic de maltraitance pour pouvoir réaliser une IP. Après avoir lu l'outil d'information les médecins généralistes répondaient mieux aux questions concernant l'obligation d'information de la famille après la réalisation d'une IP. De plus ils différenciaient mieux l'IP et le signalement avec un taux de bonnes réponses de 87,2% au second questionnaire contre seulement 63,1% au premier.

On observait une progression significative à la question de la réalisation d'une IP face à une situation d'enfance en danger mais le pourcentage de bonnes réponses ne restait qu'à 68% au second questionnaire. Ce résultat peut certainement s'expliquer par l'appréciation différente de chacun face à une situation d'enfance en danger. Dans notre questionnaire nous avons considéré le signalement comme une mauvaise réponse car cette option semblait démesurée dans de telles situations mais il est difficile de considérer cette option comme mauvaise. En

effet, si le recours à la justice ne lui semble pas opportun, le Procureur de la République peut transmettre le signalement à la CRIP pour demande d'évaluation. Pour cet item un score pondéré aurait pu être utilisé.

Si l'on compare nos résultats à ceux d'Ille-et-Vilaine [5] on observe que le pourcentage de médecins ayant déjà entendu le terme d'IP était plus important dans notre étude à 78% contre 29,9% dans leur travail. On pourrait expliquer une telle différence par une meilleure communication sur le sujet au sein du département de Loire-Atlantique notamment par la diffusion de l'outil d'information réalisé par le conseil départemental (annexe 6). On pourrait également évoquer une formation plus importante. En effet la formation sur l'enfance en danger des médecins de Loire-Atlantique était relativement importante car 39% d'entre eux affirmaient au questionnaire 1 avoir suivi une telle formation.

Concernant les professionnels joignables face à une situation d'enfance en danger on observait une importante progression des scores pour les acteurs mentionnés dans l'outil (CRIP, UAED, Urgences pédiatriques, numéro vert, le procureur de la république, la médecine scolaire) excepté pour la PMI. Ce résultat est surprenant car la PMI était choisie comme le troisième interlocuteur privilégié dans le travail réalisé en Ille-et-Vilaine [5]. Une des explications que l'on peut proposer s'appuie sur la thèse de Delannoy-Perrin [14] qui relevait comme critique des médecins généralistes le manque de transmissions et de retours de la part de la PMI. De façon plus générale le travail de Dufour L. [15] analysant la collaboration entre le service de PMI et les médecins généralistes en Gironde constatait une collaboration sporadique entre les médecins généralistes et les médecins de PMI concernant le suivi de l'enfant. Il nous semble qu'une meilleure collaboration entre le médecin généraliste libéral et le médecin de PMI serait profitable à l'enfant, en particulier dans une situation de suspicion de danger pour un enfant. En effet, le médecin de PMI peut suivre l'enfant en complément du médecin généraliste ; il est en lien avec les travailleurs sociaux qui connaissent potentiellement la famille. Enfin, le médecin de PMI est le médecin scolaire des enfants de petite et moyenne sections de maternelle, il est donc en lien avec les professionnels de l'Education Nationale.

Notre outil a également permis aux médecins généralistes de mieux connaître les actions que pouvait engendrer la réalisation d'une IP avec une progression significative des réponses excepté pour l'item « prise en charge thérapeutique (psychologique ou spécifique mère-enfant) ». Celui-ci pouvant paraître trop large, peu explicite donc potentiellement moins choisi par les médecins généralistes.

La puissance de notre étude était satisfaisante. Sur l'ensemble des 1301 médecins généralistes inscrits à l'ordre 21,4% ont répondu au premier questionnaire puis 13,2% au second. Un effectif de 85 médecins était suffisant pour pouvoir avoir une différence significative entre les médianes des scores aux deux questionnaires. Cependant nous avons souhaité avoir l'effectif le plus large possible pour pouvoir représenter l'ensemble du département avec un objectif supérieur à 200 médecins sur le premier questionnaire. L'échantillon des répondants était représentatif en âge de la population des médecins généralistes de Loire-Atlantique selon la 3ème édition des atlas régionaux de démographie médicale [13] mais différait en genre avec une participation plus importante de la part des femmes. On peut donc imaginer que les femmes soient plus sensibles à ce sujet.

Concernant les limites de l'étude, on peut reprocher le choix de l'anonymat empêchant le schéma classique d'étude avant/après où chaque participant est son propre témoin. Ici, nous avons préféré garder l'anonymat afin d'avoir plus de réponses et limiter le biais déclaratif où les médecins auraient pu donner des réponses attendues. De plus, nous avons opté pour des cas cliniques afin d'éviter des questions trop théoriques. Le but étant de questionner leur pratique.

Il existait également un biais de sélection initial car la diffusion principale était faite par le conseil de l'ordre des médecins, mais celui-ci ne possédait pas toutes les adresses mail des médecins inscrits. Ceux-ci ne pouvaient donc pas tous recevoir le questionnaire. Cette liste comportait 540 mails valides. Afin de limiter ce biais nous avons donc diffusé le lien vers les questionnaires accompagnés de l'outil dans le journal trimestriel de l'ordre, cependant ce mode de diffusion n'a pas permis de recueillir beaucoup de nouvelles réponses. Les médecins ayant répondu à nos questionnaires s'intéressaient probablement au sujet de l'enfance en danger ce qui a pu renforcer le biais de sélection. Enfin, on peut critiquer le fait que l'outil d'information accompagnait le mail de diffusion pour le second questionnaire. Un temps entre la diffusion de l'outil et la réalisation du second questionnaire aurait été souhaitable mais la sollicitation itérative des médecins généralistes par mail n'était pas envisageable.

En conclusion, notre travail a démontré l'utilité d'un outil d'information spécifique sur l'IP à destination des médecins généralistes de la Loire-Atlantique. On peut donc penser qu'il serait intéressant que le Conseil Départemental diffuse cet outil à tous les médecins du département. A noter qu'en regard de l'actualité législative l'outil devra également indiquer les dispositions de la loi n° 2015-1402 [16] du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé modifiant l'article 226-14 du code pénal en précisant que : « 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 ». Notre outil pourrait également être utilisé dans d'autres départements en adaptant la partie « coordonnées » des professionnels joignables afin d'en faire un outil de proximité concret pour les médecins généralistes.

Enfin il serait intéressant de mener une nouvelle étude après diffusion globale de l'outil afin d'évaluer les connaissances des médecins généralistes et observer la progression des IP réalisées par les médecins.

V) BIBLIOGRAPHIE

- [1] LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007. Disponible à l'adresse : www.legifrance.gouv.fr
- [2] Décret n° 2013-994 du 7 novembre 2013 organisant la transmission d'informations entre départements en application de l'article L. 221-3 du code de l'action sociale et des familles. 2013-994 nov 7, 2013. Disponible à l'adresse : www.legifrance.gouv.fr
- [3] Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). Dixième rapport au Gouvernement et au Parlement Mai 2015 [Internet]. 2015 mai [cité 28 févr 2016] p. 145-9. Disponible sur: http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/rapport_annuel_oned_20150526_web.pdf
- [4] Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels, Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants (Paris, Sénat, 14 juin 2013) [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnape.fr/files/news/1435.pdf>
- [5] Arrieta A. Evaluation des connaissances des médecins généralistes à propos de la loi du 5 mars 2007 et de l'information préoccupante pour la protection de l'enfance. Enquête prospective descriptive auprès des médecins généralistes libéraux d'Ille-et-Vilaine. [Internet]. 2013 [cité 28 févr 2016]. Disponible sur: <http://informationpreoccupante.olympie.in/>
- [6] Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique. Loire Océan Médical (LOM). févr 2016;(148):12-3.
- [7] Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. INPES; 2005 nov p. 21-3.
- [8] Launay E, Vrignaud B, Levieux K, Picherot G, Canevet JP, Senant S, Gournay V, Roze JC, Leclair MD, Hamel A, Gras-Le Guen C. 30 feux rouges en pédiatrie : Trente situations pièges, aux conséquences potentiellement graves. Revue du praticien médecine générale, 2013 ; 27 (893) : 22-23
- [9] Haute Autorité de Santé (HAS). Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. 2014 [cité 4 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
- [10] INSERM. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
- [11] Ordre National des Médecins, Conseil départemental de Meurthe et Moselle. Le rôle du médecin dans la maltraitance [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2016]. Disponible sur: http://www.ordre-medecins.org/site/fiches_techniques/ODMFiche6-6.pdf
- [12] FAVEZ C. Le médecin généraliste et la protection de l'enfant en danger : état des lieux dans le Nord-Cotentin : guide pratique à l'intention des médecins généralistes. 2013.
- [13] Conseil national de l'Ordre des médecins. Troisième édition des atlas régionaux de démographie médicale réalisée à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au 1er juin 2013 [Internet]. 2013 [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf
- [14] Delannoy-Pernin E. Perception de la protection maternelle et infantile par les médecins généralistes : Enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés en Moselle [Internet]. [Nancy]; 2011 [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_DELANNOY_PERNIN_EULALIE.pdf
- [15] Dufour L. Collaboration entre le service de Protection Maternelle et Infantile et les Médecins Généralistes dans la prise en charge de l'enfant de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès de médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde [Internet]. [Bordeaux]; 2014 [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096555/document>
- [16] LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. 2015-1402 nov 5, 2015.

VI) GLOSSAIRE

- CMS : Centre médico-social

- CRIP : Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes

- HAS : Haute autorité de santé

- IC : Intervalle de confiance

- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

- IP : Information préoccupante

- IQR : Intervalle interquartile

- LOM : Loire Océan Médical

- ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

- PMI : Protection maternelle et infantile

- Q1 : Questionnaire n°1

- Q2 : Questionnaire n°2

- TISF : Technicien d'intervention sociale ou familiale

- UAED : Unité d'accueil des enfants en danger

VII) ANNEXES

1. Annexe 1 : Interlude accompagnant le questionnaire n°1

Chère consœur, cher confrère,

Interne en médecine générale en DES 3, je sollicite votre aide pour la réalisation de ma thèse sur le thème de l'enfance en danger.

Le but de mon travail est d'évaluer un outil d'information et d'aide à la décision destiné aux médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Depuis la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et la création de l'information préoccupante (IP), il n'existe pas de document spécifique à l'intention des médecins dans notre département, pour les aider face à une situation d'enfant en danger dans leur pratique quotidienne.

Nous avons besoin de vous pour valider cet outil.

Vous recevrez 2 questionnaires : le premier pour évaluer vos connaissances actuelles sur l'information préoccupante, et le second après avoir reçu l'outil d'information pour évaluer la progression dans vos réponses.

Le questionnaire est anonyme et nécessite moins de 5 minutes pour être rempli. Cette thèse est dirigée par le Dr N. Vabres et le Dr J. Fleury pédiatres à l'unité d'accueil des enfants en danger du CHU de Nantes, et soutenue par le conseil départemental et le conseil de l'ordre.

Je vous remercie par avance pour votre contribution. Je m'engage à vous faire connaître les résultats par mail à la fin de l'étude.

Bien confraternellement,

Etienne MICHAUD

etienne.michaud@etu.univ-nantes.fr

Lien questionnaire n°1 :

https://docs.google.com/forms/d/1SMWg4M_QMKTyWRtZpZMnN09XmUgMvHEhHUwB72D1XAM/viewform?usp=send_form

2. Annexe 2 : Interlude accompagnant le questionnaire n°2

Chère consœur, cher confrère,

Merci d'avoir répondu au premier questionnaire.

Je vous invite à répondre au deuxième dès maintenant après avoir pris connaissance de l'outil d'information que vous trouverez en pièce jointe

Pour ceux qui n'ont pas répondu au premier il est encore temps !

Lien questionnaire n°1 :

https://docs.google.com/forms/d/1SMWg4M_QMKTyWRtzpZMnN09XmUgMvHEhHUwB72D1XAM/viewform?usp=send_form

Lien questionnaire n°2 :

https://docs.google.com/forms/d/1X2hhjzfTHtGR7sFjaiFrjF_2jszidKFoagCKeFTsn7o/viewform

Je vous remercie par avance pour votre contribution. Je m'engage à vous faire connaître les résultats par mail à la fin de l'étude, ainsi que sur le site : <http://these-enfance-en-danger-44.over-blog.com/>

Bien fraternellement

Etienne MICHAUD

etienne.michaud@etu.univ-nantes.fr



3. Annexe 3 : Questionnaire n°1

QUESTIONNAIRE 1

A) Parlez moi de vous

A(1) Quel est votre âge :

- a) ≤ 30 ans
- b) entre 30 et 50 ans
- c) ≥ 50 ans

- b) Entre 15 et 30%
- c) ≥ 30%

A(2) Quel est votre sexe :

- a) Femme
- b) Homme

A(6) Avez vous bénéficié auparavant d'une formation/information sur l'enfance en danger ?

- a) Oui
- b) Non

A(3) Quel est votre lieu d'exercice ? :

- a) Rural (< 2000 habitants)
- b) Urbain (> 10000 habitants)
- c) Semi-rural (entre 2000 et 10000 habitants)

A(7) Avez vous déjà été confronté à une situation de maltraitance sur mineur ?

- a) Oui
- b) Non

A(4) Quel est votre mode d'exercice ? :

- a) En groupe
- b) Seul

A(8) Avant la participation à ce projet, aviez vous déjà entendu le terme d'information préoccupante ?

- a) Oui
- b) Non

A(5) Quel est le pourcentage de mineur dans votre patientèle (approximativement) ? :

- a) < 15%

A(9) Dans quel département exercez-vous ?

- a) Loire Atlantique
- b) Vendée

B) CAS CLINIQUES

Cas Clinique 1

Vous suivez Madame X depuis de nombreuses années qui a subi des violences conjugales graves et qui a tenté de se séparer plusieurs fois de son conjoint ; elle a 3 enfants.

Durant votre absence, Madame X a consulté votre remplaçant pour son fils aîné de 11 ans. Il a fait 2 crises d'angoisse importantes, s'agite, menace de se blesser avec ses ciseaux, insulte sa mère, à des moments où elle pose un interdit.

Madame a été convoquée au collège à plusieurs reprises depuis la rentrée, pour des altercations avec d'autres enfants ; l'équipe éducative s'inquiète également de la baisse de ses résultats scolaires, et des intentions de suicide dont il aurait fait part à d'autres enfants.

Vous connaissez bien cet enfant que vous avez vu à plusieurs reprises ces deux dernières années pour des douleurs abdominales et des maux de tête à répétition.

B(1) Votre remplaçant vous suggère de faire une information préoccupante : pour vous à quoi correspond une information préoccupante ?

1) C'est un écrit adressé au conseil départemental qui permet une évaluation des souffrances de l'enfant et des difficultés familiales.

2) C'est un écrit adressé au conseil départemental qui conduit au placement immédiat des 3 enfants le temps de l'enquête sociale

3) C'est un écrit adressé à l'inspection d'académie qui permet que l'enfant soit vu par l'infirmière et la psychologue scolaire

4) C'est un écrit adressé au parquet, qui déclenche une enquête de gendarmerie ou de police

5) C'est un écrit adressé au conseil départemental qui est réservé aux suspicions de violences sexuelles

6) Vous ne savez pas ce qu'est une information préoccupante

B(2) Vous décidez de réaliser une IP : en informez-vous Madame X ?

1) Oui vous êtes obligé de l'informer

2) Oui sauf si vous pensez que c'est contraire à l'intérêt de l'enfant

3) Non vous ne devez pas informer la famille

4) Vous ne savez pas

B(3) D'après vous est ce que le médecin doit apporter la preuve ou être certain du diagnostic de maltraitance lorsqu'il effectue une information préoccupante ?

1) Oui

2) Non

3) Vous ne savez pas

B(4) Dans cette situation d'enfance en danger quels professionnels pouvez-vous contacter pour un avis ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1) Les associations d'aide aux victimes
- 2) Le centre médico-social de secteur
- 3) L'ordre des médecins
- 4) La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)
- 5) L'unité d'accueil des enfants en danger (UAED)
- 6) Les urgences pédiatriques
- 7) Le Procureur de la République
- 8) La protection maternelle et infantile (PMI)
- 9) Le médecin scolaire
- 10) Le numéro vert « Allo Enfance en Danger »

Cas Clinique 2

Vous êtes à votre cabinet et recevez Madame G cadre dans une grande entreprise accompagnée de son troisième enfant Léo âgé de 2 mois. La grossesse a été compliquée avec une menace d'accouchement prématuré tôt dans sa grossesse. Madame G est isolée car son mari est en déplacement toute la semaine et sa famille n'est pas à proximité. Elle vous emmène Léo car d'après elle il ne ferait que pleurer et ne la laisserait pas dormir.

A l'examen Léo présente un bon développement staturo-pondéral et le reste de l'examen est parfaitement rassurant. En revanche Madame G a perdu du poids, semble triste et manque visiblement de sommeil. Vous lui conseillez donc de prendre rendez vous avec un psychologue et d'instaurer un suivi par la PMI de secteur.

1 mois plus tard vous revoyez Madame G et son fils Léo. A l'interrogatoire Madame G vous explique ne pas avoir suivi vos recommandations concernant le psychologue et la PMI car elle n'en voyait pas l'utilité. Cependant Léo pleure toujours autant et elle ne comprend pas pourquoi il lui fait ça. Madame G pleure et se sent dépassée par cette situation. Vous réexaminez Léo et vous constatez qu'il n'a pas pris de poids depuis la dernière consultation et semble inconfortable.

B(5) Que faites-vous ?

- 1) vous rédigez une information préoccupante adressée au conseil départemental pour réaliser une évaluation des aides à apporter à cet enfant et sa famille
- 2) vous prévoyez une consultation de gastro-pédiatrie pour éliminer une intolérance aux protéines de lait de vache.
- 3) vous faites un signalement car cet enfant risque d'être secoué
- 4) vous ne savez pas

B(6) Quelles sont la ou les différences entre le signalement et l'information préoccupante ?

- 1) Aucune, seuls les termes ont changé.
- 2) Le signalement est destiné à la saisine des autorités judiciaires et l'information préoccupante est un écrit destiné au conseil départemental
- 3) L'information préoccupante est destinée au médecin de la PMI
- 4) vous ne savez pas

B(7) Vous décidez de réaliser une information préoccupante : quelles aides peuvent être proposées suite à l'information préoccupante ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1) Un suivi PMI
- 2) Un accueil des 2 autres enfants en crèche ou en périscolaire
- 3) Une orientation vers une prise en charge thérapeutique (psychologique ou spécifique mère-enfant)
- 4) L'intervention de techniciens d'intervention sociale ou familiale (TISF)
- 5) Vous ne savez pas

4. Annexe 4 : Questionnaire n° 2

QUESTIONNAIRE 2

A) Parlez moi de vous :

A(1) Quel est votre âge :

- a) ≤ 30 ans
- b) entre 30 et 50 ans
- c) ≥ 50 ans

A(2) Quel est votre sexe :

- a) Femme
- b) Homme

A(3) Quel est votre lieu d'exercice ? :

- a) Rural (< 2000 habitants)
- b) Urbain (> 10000 habitants)
- c) Semi-rural (entre 2000 et 10000 habitants)

A(4) Quel est votre mode d'exercice ? :

- a) En groupe
- b) Seul

A(5) Quel est le pourcentage de mineur dans votre patientèle (approximativement) ? :

- a) < 15%

b) de 15 à 30%

c) ≥ 30%

A(6) Avez vous bénéficié auparavant d'une formation/information sur l'enfance en danger ?

- a) Oui
- b) Non

A(7) Avez vous déjà été confronté à une situation de maltraitance sur mineur ?

- a) Oui
- b) Non

A(8) Avez-vous participé au 1^{er} questionnaire ?

- a) Oui
- b) Non

A(9) Dans quel département exercez-vous ?

- a) Loire Atlantique
- b) Vendée

B) CAS CLINIQUES

Cas Clinique 1

Dans votre cabinet vous recevez Anaëlle 14 ans amenée par sa mère pour un certificat d'aptitude au sport. Anaëlle est en 4^{ème}, elle est très effacée lors de la consultation, parle peu. Sa mère répond à sa place.

Vous proposez pour la réalisation de l'examen clinique de faire sortir la maman d'Anaëlle. A l'examen vous notez une cassure de sa courbe pondérale avec un IMC à 13, une pilosité importante, des cheveux cassants et un ralentissement idéo moteur. Pendant l'examen clinique vous interrogez Anaëlle sur son appétit, la vie à la maison et ses relations au collège.

Elle vous confie avoir subi des attouchements de la part de son oncle chez qui elle a passé ses vacances d'été il y a 4 mois.

Après discussion avec Anaëlle et son accord vous informez la maman de la situation.

B(1) Vous décidez de réaliser une information préoccupante : pour vous à quoi correspond une information préoccupante ?

- 1) C'est un écrit adressé au conseil départemental qui permet une évaluation des souffrances de l'enfant et des difficultés familiales.
- 2) C'est un écrit adressé au conseil départemental qui conduit au placement immédiat des 3 enfants le temps de l'enquête sociale
- 3) C'est un écrit adressé à l'inspection d'académie qui permet que l'enfant soit vu par l'infirmière et la psychologue scolaire
- 4) C'est un écrit adressé au parquet, qui déclenche une enquête de gendarmerie ou de police
- 5) C'est un écrit adressé au conseil départemental qui est réservé aux suspicions de violences sexuelles
- 6) Vous ne savez pas ce qu'est une information préoccupante

B(2) En prenant la décision de réaliser une information préoccupante, êtes-vous tenu d'en informer la mère d'Anaëlle ?

- 1) Oui vous êtes obligé de l'informer
- 2) Oui sauf si vous pensez que c'est contraire à l'intérêt de l'enfant
- 3) Non vous ne devez pas informer la famille
- 4) Vous ne savez pas

B(3) D'après vous est ce que le médecin doit apporter la preuve ou être certain du diagnostic de maltraitance lorsqu'il effectue une information préoccupante ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3- Vous ne savez pas

B(4) Dans cette situation d'enfance en danger quels professionnels pouvez-vous contacter pour un avis ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1) Les associations d'aide aux victimes
- 2) Le centre médico-social de secteur
- 3) L'ordre des médecins
- 4) La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)
- 5) L'unité d'accueil des enfants en danger (UAED)
- 6) Les urgences pédiatriques
- 7) Le Procureur de la République
- 8) La protection maternelle et infantile (PMI)
- 9) Le médecin scolaire
- 10) Le numéro vert « Allo Enfance en Danger »

Cas Clinique 2

A votre cabinet vous recevez Raphaël 10 ans, c'est un enfant que vous voyez peu, la dernière consultation remonte à presque 2 ans. Vous connaissez bien la famille dans laquelle vous suspectez, au dire de madame, des violences conjugales.

Raphaël a un petit frère de 8 mois et une petite sœur de 2 ans. Monsieur présente un alcoolisme important et leurs conditions de vie sont précaires.

Lors de cette visite vous constatez que Raphaël présente un infléchissement de sa courbe pondérale depuis la dernière consultation. Il présente quelques ecchymoses sur les deux genoux. Les parents de Raphaël lui ont rasé les cheveux affirmant qu'il aurait eu des poux.

Madame vous confie que monsieur crie beaucoup après Raphaël notamment en raison de ses mauvais résultats scolaires. En effet Raphaël a déjà redoublé l'an passé mais ses résultats restent médiocres.

B(5) Que faites-vous ?

- 1) vous rédigez une information préoccupante adressée au conseil départemental pour réaliser une évaluation des aides à apporter à cet enfant et sa famille
- 2) vous prévoyez une consultation spécialisée avec un bilan d'hémostase dans les 48 heures.
- 3) vous faites un signalement car cet enfant risque d'être battu
- 4) vous ne savez pas

B(6) Quelles sont la ou les différences entre le signalement et l'information préoccupante ?

- 1) Aucune, seuls les termes ont changé
- 2) Le signalement est destiné à la saisine des autorités judiciaires et l'information préoccupante est un écrit destiné au conseil départemental
- 3) L'information préoccupante est destinée au médecin de la PMI
- 4) vous ne savez pas

B(7) Vous décidez de réaliser une information préoccupante : quelles aides peuvent être proposées suite à l'information préoccupante ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1) Un suivi PMI pour la fratrie
- 2) Un accueil des 2 autres enfants en crèche ou en périscolaire
- 3) Une orientation vers une prise en charge thérapeutique (psychologique ou spécifique mère-enfant)
- 4) L'intervention de techniciens d'intervention sociale ou familiale (TISF)
- 5) Vous ne savez pas

5. Annexe 5 : Barème des deux questionnaires

Question B(1) :

- Réponse 1 = 10 points
- Réponse 2 = 0 point
- Réponse 3 = 0 point
- Réponse 4 = 0 point
- Réponse 5 = 0 point
- Réponse 6 = 0 point

Question B(2) :

- Réponse 1 = 0 point
- Réponse 2 = 2 points
- Réponse 3 = 0 point
- Réponse 4 = 0 point

Question B(3) :

- Réponse 1 = 0 point
- Réponse 2 = 10 points
- Réponse 3 = 0 point

Question B(4) :

- Réponse 1 = 1 point
- Réponse 2 = 1 point
- Réponse 3 = 1 point
- Réponse 4 = 1 point
- Réponse 5 = 1 point
- Réponse 6 = 1 point
- Réponse 7 = 1 point
- Réponse 8 = 1 point
- Réponse 9 = 1 point
- Réponse 10 = 1 point

Question B(5) :

- Réponse 1 = 10 points
- Réponse 2 = 0 point
- Réponse 3 = 0 point
- Réponse 4 = 0 point

Question B(6) :

- Réponse 1 = 0 point
- Réponse 2 = 10 points
- Réponse 3 = 0 point
- Réponse 4 = 0 point

Question B(7) :

- Réponse 1 = 2,5 points
- Réponse 2 = 2,5 points
- Réponse 3 = 2,5 points
- Réponse 4 = 2,5 points
- Réponse 5 = 0 point

TOTAL = 70 points

6. Annexe 6 : Outil d'information réalisé par le conseil départemental de la Loire-Atlantique

Contactez la cellule recueil des informations préoccupantes

- **Téléphone :**
02 51 17 21 88 (permanences du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 18h)
- **Courriel :**
crip44@loire-atlantique.fr
- **Adresse :**
Département de Loire-Atlantique
Direction générale solidarité
Cellule recueil des informations préoccupantes
3 quai Ceneray - 44041 Nantes cedex 1
- **Fax :**
02 51 17 21 89

En dehors de ces horaires, vous pouvez appeler le numéro national d'urgence **119** (appel gratuit - ouvert 24h/24).

Un service du Département



Département de Loire-Atlantique
Hôtel du Département
3, quai Ceneray - CS 94109 - 44041 Nantes cedex 1
Tél. 02 40 99 13 00
Courriel : contact@loire-atlantique.fr
Site Internet : loire-atlantique.fr

Création et impression : Département de Loire-Atlantique
Quai Ceneray - 44041 Nantes cedex 1
02 40 99 13 00

Un service du Département

Enfance : transmettre une information préoccupante

Cellule recueil des informations préoccupantes

Loire Atlantique



Vous êtes...

travailleur social, enseignant, médecin, professionnel ou bénévole exerçant une mission auprès d'enfants, au sein d'une collectivité territoriale, d'un service de l'État, d'une entreprise, du secteur associatif ou d'un service de santé hospitalier ou libéral.

- **Vous avez connaissance d'une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être, vous devez :**
 - transmettre sans délai une information préoccupante à la cellule recueil des informations préoccupantes, tout en respectant l'organisation interne mise en place par votre employeur (une fiche d'informations type est disponible sur le site loire-atlantique.fr).
 - informer la famille de votre démarche sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. Lorsqu'il y a suspicion de faits relevant d'une procédure pénale, c'est l'autorité judiciaire qui procède ou non à l'information de la famille.

- **Qu'est-ce qu'une information préoccupante ?**
Il s'agit de tout élément pouvant laisser craindre que la santé d'un mineur, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

- **La loi impose à toute personne :**

- d'informer les autorités judiciaires ou administratives des crimes et mauvais traitements dont elle a eu connaissance (art. 434.1 du code pénal),
- de porter assistance à un mineur ou à une personne victime d'un crime ou d'un délit. Le fait de ne pas porter ce type d'information à la connaissance des autorités judiciaires ou administratives peut constituer un délit pénal (art. 434.3 du code pénal).

En cas d'urgence ou de danger grave nécessitant une protection judiciaire immédiate

- **Vous devez aviser sans délai le procureur de la République** (de Nantes ou de Saint-Nazaire) et **adresser une copie du signalement à la cellule recueil des informations préoccupantes** (voir coordonnées au dos).

- Secrétariat du Parquet des mineurs à Nantes
02 51 17 96 88
- Secrétariat du Parquet général à Saint-Nazaire
02 72 27 30 29
- Cellule opérationnelle de gendarmerie
02 51 83 61 22
- Standard Hôtel de police de Nantes
02 53 46 70 00

7. Annexe 7 : Outil d'information élaboré à l'intention des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Outil d'information à destination des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur la prise en charge des enfants et adolescents en danger

Ce que dit la loi du 5 mars 2007 :

Elle réforme la protection de l'enfance en mettant l'accent sur la notion de danger, prenant en compte les situations de négligences et de carences graves dans l'objectif d'une meilleure prévention.

Elle instaure le **secret partagé** entre les professionnels dans l'intérêt de l'enfant.

Elle permet au praticien en cas de doute diagnostique de saisir les autorités administratives en réalisant une **Information Préoccupante (IP)** à la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes** du département (CRIP).

Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance ni à en apporter la preuve.

OBJECTIFS DE CET OUTIL :

Connaître les signes de maltraitance chez l'enfant et l'adolescent

Connaître les recours possibles face à une situation de mineur en danger en pratique, notamment quand solliciter la CRIP et par quels moyens.

Connaître les actions déclenchées par le conseil départemental suite à une Information Préoccupante

L'INFORMATION PREOCCUPANTE (IP) :

Qu'est-ce qu'une information préoccupante ?

Il s'agit d'une information transmise à la CRIP afin d'alerter sur :
« *Tout élément pouvant laisser craindre que la santé d'un mineur, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.* »

Quelle finalité ?

Evaluer la situation du mineur pour caractériser le danger ou le risque de danger. Déterminer les aides adaptées d'accompagnement ou de prévention dont ce mineur et sa famille ont besoin.

Quels moyens ?

La CRIP sollicite une évaluation. Les professionnels recueillent le point de vue des parents sur les difficultés rencontrées (sauf si contraire à l'intérêt de l'enfant).

Le conseil départemental peut proposer :

- Un suivi PMI, une orientation vers une prise en charge thérapeutique
- Des aides à domicile : aide éducative, interventions de Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), prestations d'accompagnement en économie sociale et familiale (logement, gestion du budget, aides financières...)
- Un accueil provisoire ou modulable de l'enfant

A tout moment le conseil départemental peut saisir la justice pour :

- Demander une mesure de protection judiciaire
- Demander une enquête pénale.

Il faut informer les parents de ses inquiétudes concernant leur enfant SAUF si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

EN CAS DE DANGER IMMEDIAT :

Réaliser un **signalement au Procureur de la République** et adresser une copie à la CRIP. **Une hospitalisation est toujours possible** pour mise à l'abri : contacter le senior des urgences pédiatriques au 02 40 08 38 06

LES FEUX ROUGES :

Suspecter une situation de maltraitance devant :

- une ecchymose ou une fracture avant l'âge du déplacement
- une lésion traumatique (ecchymose, brûlure ou fracture) de localisation inhabituelle avec mécanisme accidentel peu plausible ou absence d'explication
- absence inhabituelle d'expression de la douleur
- accidents domestiques multiples
- consultations répétées pour symptômes flous
- mises en danger répétées
- grossesse chez une jeune fille de moins de 15 ans
- un retard staturo-pondéral, un retard de développement psychomoteur, des troubles du comportement et des apprentissages sans étiologie.

LES VIOLENCES SEXUELLES :

Le plus souvent il s'agit d'une suspicion de la part de l'entourage ou de révélation par le mineur de faits anciens.

Dans ces cas il est possible de réaliser une information préoccupante et de proposer une consultation spécialisée.

L'urgence médicale nécessitant l'hospitalisation est rare :

- Agression datant de moins de 72 heures nécessitant : des soins urgents (contraception d'urgence...), des prélèvements à la recherche d'ADN sur réquisition
- Signes somatiques ou psychiques sévères.

LIENS UTILES :

Fiche HAS (octobre 2014) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir
Site internet Loire-Atlantique -> patron pour réalisation d'une information préoccupante : http://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-famille/la-protection-de-l-enfance/alerter-sur-la-situation-preoccupante-d-un-enfant/alerter-sur-la-situation-preoccupante-d-un-enfant-fr-t1_29377?portal=aca_6941&category=t1_8458



NE RESTEZ PAS SEUL

COORDONNÉES :

Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

tel : 02 51 17 21 88, Fax : 02 51 17 21 89 (du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 18h) crip44@loire-atlantique.fr

Département de Loire-Atlantique, Direction générale solidarité, Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, 3 quai Ceineray, 44041 NANTES cedex 1

En dehors des heures d'ouverture de la CRIP, contacter le 119

Parquet des mineurs de Nantes : 02 51 17 96 88

Parquet des mineurs de Saint-Nazaire : 02 72 27 30 29

Protection maternelle et Infantile (PMI)

Liste des centres médicaux sociaux (CMS) sur le site : <http://www.loire-atlantique.fr/> rubrique « Enfance Famille », puis « les lieux d'accueil et d'information », et à la fin du carnet de santé

CHU NANTES :

Unité d'accueil des enfants en danger (UAED) 02 40 08 44 54

Hôpital femme enfant adolescent, 7 quai Moncouso, 44093 Nantes Cedex 1

Urgences pédiatriques : 02 40 08 38 06

Médecine scolaire :

- 1) De la petite à la moyenne section : recours à la PMI
- 2) De la grande section à la terminale : Service Promotion de la Santé Scolaire <http://www.ia44.ac-nantes.fr/> rubrique « santé » dans « vie à l'école ».
- 3) De la grande section au CM2 pour les écoles de la ville de Nantes : Service Santé Scolaire de la ville de Nantes 02 40 41 90 40

Document réalisé par Etienne MICHAUD, Dr Juliette FLEURY, Dr Nathalie VABRES, en collaboration avec le Département de Loire-Atlantique.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : MICHAUD

PRENOM : ETIENNE

TITRE DE THESE :

**EVALUATION D'UN OUTIL D'INFORMATION PORTANT SUR
L'INFORMATION PREOCCUPANTE A L'INTENTION DES
MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE**

RESUME

Introduction : En Loire-Atlantique le nombre d'informations préoccupantes réalisées en 2015 par les médecins généralistes libéraux était de seulement 1,23%. Par ailleurs les connaissances des médecins généralistes sur ce sujet sont limitées. Notre objectif était de créer et d'évaluer un outil d'information spécifique portant sur l'information préoccupante à l'intention des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude épidémiologique évaluative prospective menée par le biais de questionnaires anonymes de type avant/après auprès des 1301 médecins généralistes libéraux de Loire-Atlantique inscrits au conseil de l'ordre. L'outil était conçu selon les critères de qualité de l'INPES et s'appuyait sur les recommandations de l'HAS de 2014 portant sur la maltraitance chez l'enfant. Le critère de jugement principal était le résultat du score global calculé pour chaque questionnaire (avant et après avoir pris connaissance de l'outil d'information). Les scores des questionnaires étaient ramenés sur 100 puis les médianes de chaque groupe étaient comparées.

Résultats : 279 médecins ont répondu au premier questionnaire (Q1) et 172 au second (Q2). Les deux populations n'étaient pas appareillées en raison de l'anonymat mais étaient comparables. Les médecins ayant répondu étaient principalement des femmes (68% pour Q1 et 74% pour Q2), âgés entre 30 et 50 ans (61% pour Q1 et 66% pour Q2), exerçant en groupe (82% pour Q1 et 84% pour Q2) et ayant une patientèle de mineurs situé entre 15 et 30% (60% pour Q1 et 58% pour Q2). Au Q1 la médiane générale était de 65/100 [IQR : 40-81] versus 82/100 [IQR : 71-91] au Q2 ($p<0,001$). Après une régression linéaire multiple les variables entraînant une variation significative des scores au Q1 étaient l'âge > 50 ans avec β à -16.4 [IC95% : -31.1 ; 1.69] ($p=0.029$) ; le sexe féminin avec β à +8.93 [IC95% : 2.58 ; 15.27] ($p=0.006$) ; le fait d'avoir bénéficié d'une formation sur l'enfance en danger avec β à +12 [IC95% : 6.33 ; 17.73] ($p<0.001$). Ces mêmes variables au Q2 n'entraînaient pas de variation significative des scores avec $p>0,05$. Au Q1 218 médecins soit 78% d'entre eux affirmaient avoir déjà entendu le terme d'IP. Seulement 64% au Q1 ont donné la bonne définition de l'information préoccupante contre 82,5% au Q2 ($p<0,001$).

Discussion : Notre travail a démontré l'utilité de notre outil pour informer les médecins généralistes sur l'information préoccupante au niveau du département de la Loire-Atlantique.

MOTS CLES

- Information préoccupante
- Médecine générale
- Enfance en danger
- Loire-Atlantique
- Outil d'information
- Maltraitance