



**Comment penser la collaboration interdisciplinaire entre
les médecins généralistes et les intervenants spécialisés
dans la prise en charge des situations de maltraitance
infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles ?**

Elaboration d'un consensus à partir d'avis d'experts par la méthodologie Delphi

Marie Jacques

Tutrice : Dr ZENON Caroline, médecin généraliste

Promoteur : Dr CORNELIS Gilles, médecin généraliste

Master complémentaire en Médecine Générale

2020-2021

Abstract

La maltraitance infantile est une problématique alarmante dans le domaine de la santé publique dont le médecin généraliste est un des principaux détecteurs. Cependant, le taux de signalement des médecins généralistes semble insuffisant. De nombreuses barrières au signalement des médecins généralistes ont été mises en évidence dont le manque de collaboration avec les équipes spécialisées dans la gestion des situations de maltraitance infantile. Or cette collaboration interdisciplinaire entre généralistes et équipes spécialisées paraît indispensable à la prise en charge globale d'un enfant maltraité. Afin de penser cette collaboration et d'en déterminer les spécificités, la méthodologie Delphi a été utilisée. Elle consiste à interroger un panel d'experts de manière itérative et d'en dégager progressivement un consensus collectif. Dans cette étude 22 experts, dont 6 médecins généralistes et 13 intervenants spécialisés dans la maltraitance infantile, ont été interrogés sur base d'un questionnaire structuré et auto-administré. Deux tours se sont succédés. A partir de ceux-ci, une double analyse a été réalisée à la fois quantitative et qualitative. Les résultats de cette étude ont permis l'émergence d'une définition de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile par la convergence des experts. De plus, par l'élaboration des spécificités de cette collaboration, les résultats mettent en avant la structure de la collaboration, ses modalités de communication et la nécessité d'intégrer une formation ciblée. Certaines de ces spécificités sont déjà actualisées. Néanmoins, d'autres pourraient servir de pistes de réflexion et mener à la création d'outils de communication afin de renforcer la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile.

Mots clés : maltraitance infantile, collaboration interdisciplinaire, médecine générale, équipes spécialisées dans la protection de l'enfance, Delphi.

Indexation Q-codes : QC52 (maltraitance d'enfant), QS31(collaboration de la pratique), QS41 (médecin de famille), QS44 (professionnel de la santé associé), QR33 (étude mixte), QR6 (avis d'expert)

Remerciements

A ma tutrice et maître de stage, Dr Caroline ZENON, pour son soutien, sa révision des questionnaires et son écoute bienveillante.

A mon promoteur, Dr Gilles CORNELIS, pour son aide, sa flexibilité, ses suggestions, sa relecture et le temps qu'il m'a accordé durant toute l'élaboration de ce TFE.

Au Dr Ségolène De ROUFFIGNAC, membre du CAMG, pour son aide dans le choix de la méthodologie d'analyse.

Au Centre de recherche Spiral de Liège, pour m'avoir recommandé des experts dans la méthode utilisée.

Au Dr Maxime PETIT JEAN et les autres experts en Delphi, pour leurs échanges, leur savoir, et leur aide précieuse pour la réalisation et l'analyse de mon étude Delphi.

Au Pr Emmanuel De BECKER, au Dr Michel VANHALEWYN, au Dr Nathalie DEJONGE, au Dr Julia LOPEZ, au Dr Josée PELZER, au Dr Florence DECORTE, à Mme Valérie SPEIDEL, à Mme Laurence DIRIX, à Mme Anne DUWEZ, à Mme Caroline MATHIEU, à Mme Bénédicte FRAIPONT, à Mme Amandine STASSER, à Mme Pascaline MOLITOR, à Mme Stéphanie GARBAR, à Mme Delphine LEJEUNE, à Mr Etienne DE MAERE D'AERTRYCKE, à Mr Raphaël VIZZINI et tous les autres participants n'ayant pas demandé à être cités, pour leur temps, leur confiance et leur dévouement dans la lutte contre la maltraitance infantile.

A mon amie Christelle, pour sa relecture et ses conseils.

A ma famille, pour la relecture de ce mémoire et son soutien sans relâche durant tout mon parcours universitaire.

A mon compagnon, Ismaël, pour son écoute, ses conseils au quotidien, son aide précieuse pour l'analyse des résultats dans le tableur Excel.

Tables des matières

Abstract	1
Remerciements	2
Tables des matières	3
Introduction	4
Méthodologie	5
Choix du sujet.....	5
Recherche bibliographique.....	6
Méthode d'analyse	7
Présentation de la méthode Delphi	7
Déroulement de l'étude	10
Comité d'éthique	15
Résultats	16
Echantillon	16
Analyse quantitative.....	17
Analyse qualitative.....	27
Discussion	33
Définition de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile.	33
De la convergence à la divergence	34
Les forces et les limites.	39
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	43
Annexes	45

Introduction

La maltraitance infantile est une problématique alarmante dans le domaine de la santé publique. Elle se trouve au cœur de l'actualité avec une majoration du nombre d'enfants maltraités depuis l'émergence de la Covid-19. En effet, sur le site des Nations Unies, les dirigeants des organisations engagées dans la protection de l'enfance tirent la sonnette d'alarme et demandent aux gouvernements de se mobiliser afin de protéger les enfants contre le risque accru de violence.[1] Néanmoins, cette problématique n'est pas nouvelle. En 2012, 5456 signalements ont été enregistrés par les équipes SOS Enfants. [2] De plus, en 2017, elles ont estimé une moyenne de 5 à 6 cas de maltraitance infantile par jour en Fédération Wallonie-Bruxelles.[3] Le traumatisme de ces mauvais traitements engendre des conséquences majeures sur la santé mentale, physique et la vie sociale de ces enfants.

En tant que médecins généralistes et intervenants de première ligne, nous avons un rôle majeur dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile. Cependant, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) démontre que seuls 3% des signalements proviennent des médecins généralistes en Communauté Française et seulement 2% en Flandre.[4] De nombreuses recherches ont étudié le manque d'implication des médecins généralistes dans la lutte contre la maltraitance infantile. Plusieurs freins ont pu être mis en exergue tels que le manque de formation, la peur de rompre la relation de confiance, l'incertitude face à certaines situations ainsi que le manque de collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées dans la gestion des situations de maltraitance infantile. [5] En effet, le manque de rétroaction après signalement des équipes spécialisées vers les médecins généralistes ainsi que le manque de confiance des généralistes envers les équipes sont évoqués. [6],[7] Or une bonne communication entre eux est indispensable à une prise en charge globale d'un enfant maltraité.

Il était donc pertinent de se poser la question : Comment penser la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les services spécialisés dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile ?

Ce travail de fin d'étude a donc pour objectif de déterminer, grâce à la technique Delphi par consensus d'experts, les spécificités de la collaboration entre médecins généralistes et intervenants spécialisés dans la gestion des situations de maltraitance infantile afin d'améliorer cette collaboration en pratique.

Méthodologie

Choix du sujet

Au cours de mon assistanat, j'ai été confrontée à plusieurs situations suspectes de maltraitance infantile. Face à ces situations, je me trouvais toujours démunie dans la gestion de cette problématique. Une série de questions sans réponses se bousculaient dans mes pensées. Pour commencer, des questions d'ordre général : Suis-je suffisamment informée et formée pour détecter des situations de maltraitance infantile ? Qui dois-je contacter ? Quelle image vais-je donner aux patients si je transmets leur dossier au sein d'équipes spécialisées ? Y aura-t-il rupture de confiance entre eux et moi ? Puis-je partager des informations et déroger au secret professionnel auquel je suis tenue et de quelle manière ? Vers quel service dois-je me tourner ?

Ensuite, des questions, plus précises, en lien avec la collaboration interdisciplinaire ont fait surface : Quelle est la manière la plus adéquate de collaborer ? Comment les intervenants spécialisés dans la gestion des situations de maltraitance infantile ¹voient la collaboration avec les médecins généralistes ? Comment le médecin généraliste peut-il s'inscrire dans cette collaboration interdisciplinaire² et quelle en est sa place ? Quels sont les moyens pour collaborer ?

D'autres questions de nature plus personnelle se sont également posées à moi : Qui suis-je pour déterminer si la manière dont les patients veillent sur leur enfant est correcte ou non ? Comment donner des leçons d'éducation n'ayant pas le statut de parent ?

Toutes ces questions menèrent à des discussions avec mon maître de stage. Cependant, les réponses restaient floues et incomplètes. Mon envie d'en connaître davantage afin de me permettre de ne plus avoir ce sentiment d'impuissance face à ces situations me décida pour le choix de mon TFE.

Glossaire :

¹ Intervenant spécialisé : membre de la collaboration, qui part son expertise et son expérience, est compétent dans un domaine spécifique. Au sein de cette étude, le domaine spécifique est la gestion de la maltraitance infantile.

² Interdisciplinaire : correspond à l'interaction de différentes disciplines. Contrairement à pluri/multidisciplinaire qui se limite à la juxtaposition de disciplines.

Recherche bibliographique

Dans cette section, la recherche bibliographique s'est déroulée en deux étapes.

Initialement, une prise de connaissance générale de la littérature sur la maltraitance infantile en lien avec la médecine générale a été réalisée. Afin de me renseigner sur les dernières études actualisées à ce sujet, une recherche bibliographique soutenue a été accomplie à partir de bases de données numériques telles que : Cochrane, EBMpracticenet, Dynamed, PubMed, Tripdatabase. Les mots clés utilisés dans le cadre de cette recherche numérique étaient : *maltraitance infantile, médecin généraliste, Child abuse ; child abuse and general practitioner, Child neglect, Child welfare service - Children's protective services*. Le site Inserm a été utilisé pour traduire le terme MeSH du français vers l'anglais et faciliter la recherche dans PubMed. De plus, des filtres ont également été formés dans PubMed par l'intermédiaire du site HetopQcode afin d'affiner au maximum la recherche. Celle-ci portait sur les 10 dernières années. Puis, le moteur de recherche Google Scholar a également fourni de nombreuses études actuelles. Ensuite, le site de la Société Scientifique de la Médecine Générale (SSMG), le site de l'Office Nationale de L'enfance (ONE), le site de United Nations of International Children's Emergency Fund (Unicef) ainsi que d'autres sites spécialisés dans le domaine de la médecine générale et de la maltraitance infantile ont également été consultés pour améliorer la connaissance du sujet et obtenir des données épidémiologiques sur la problématique. Pour terminer, une recherche sur la maltraitance infantile a été faite sur le site MGTFE/Edition afin d'étudier les TFE qui avaient déjà été réalisés sur ce sujet. Il existait un TFE réalisé par le Dr Gilles CORNELIS qui est devenu le promoteur de mon mémoire. Grâce à cette recherche, la dimension centrale de la collaboration interdisciplinaire au sein de la prise en charge des situations de la maltraitance infantile a émergé. Cette dimension a fait écho à mes questions et a retenu mon attention. Néanmoins, certaines de ces questions n'obtenaient pas de réponse et la collaboration interdisciplinaire restait encore trop peu explorée en profondeur.

Dans un second temps, il a donc été décidé de restreindre ma recherche sur cette dimension d'intérêt « la collaboration interdisciplinaire ». Afin de déterminer les concepts clés d'une collaboration, une recherche a été réalisée à partir d'une littérature centrée davantage en management et sciences sociales. Les mots clés utilisés étaient : interdisciplinarité, collaboration, coordination, coopération. Grâce à cette recherche, certaines caractéristiques d'une collaboration ont aidé à la structure du questionnaire.

Méthode d'analyse

Dès lors, mon objectif était de réunir l'avis d'experts autour de la collaboration interdisciplinaire entre médecins généralistes et intervenants spécialisés dans le cadre de la maltraitance infantile et d'en comprendre les divergences d'opinion. Pour aller encore plus loin, la recherche portait sur les spécificités de cette collaboration.

Le premier choix de méthodologie était une étude qualitative par l'animation d'un Focus Group via une méthode d'analyse appelé le MAG : méthode d'analyse de groupe. Ce choix reposait sur la motivation à comprendre le comportement des individus impliqués dans cette collaboration interdisciplinaire et résultait d'une discussion avec deux médecins généralistes, membres du CAMG, le Dr DE ROUFFIGNAC Ségolène et le Dr CORNELIS Gilles, encadrant les travaux de fin d'étude des assistants en médecine générale. Malheureusement, après la réalisation d'un premier protocole de recherche, j'ai pris conscience que ce type d'étude nécessitait la présence d'un expert dans cette méthodologie ou la réalisation d'une formation pour pouvoir animer le groupe de façon appropriée. Ce n'était pas envisageable dans le délai imparti pour ce travail.

Après une longue réflexion et recherche sur les différentes méthodologies d'analyse, la méthodologie Delphi semblait le choix le plus adapté pour apporter un nouvel éclairage à la dimension participative liée à la prise en charge de la maltraitance infantile et ainsi répondre à ma question de recherche.

Présentation de la méthode Delphi

La méthode Delphi, créée dans les années 60 par la Rand Corporation, est une technique de communication de groupe qui vise à mettre en évidence les convergences et/ou les divergences au sein d'un panel d'experts³ autour d'un sujet ciblé et d'en dégager un consensus collectif.[8],[9] La procédure de cette étude est itérative et interactive. En effet, les experts sont interrogés séparément sur plusieurs tours au moyen d'un questionnaire structuré et auto-administré.

³ Un panel d'experts : « L'échantillonnage des participants permet idéalement de constituer un groupe d'experts « représentatifs » des connaissances et/ou des perceptions actuelles, relativement impartiaux mais intéressés et impliqués dans la problématique abordée » [8]

À la suite d'un tour de questionnaire, chaque candidat reçoit l'analyse des résultats ainsi qu'un rappel de leurs propres réponses. De cette manière, l'expert peut se positionner et se confronter à l'avis du groupe et, éventuellement, réévaluer ses réponses. Il est ensuite invité à répondre à un nouveau questionnaire élaboré à partir des commentaires du tour précédent. Le nombre d'itérations varie, en général, entre deux et quatre tours jusqu'à l'obtention d'un accord le plus unanime possible au sein du groupe, appelé le consensus. [8]

La technique Delphi a de nombreux points forts. Premièrement, il faut savoir que la méthode Delphi peut être de nature qualitative, quantitative ou mixte, laissant la possibilité au chercheur de faire son choix. Deuxièmement, elle permet d'obtenir une information riche en confrontant le point de vue de différentes personnalités. Ce point fort est particulièrement intéressant pour ce travail qui repose sur l'analyse de la collaboration entre différentes professions. Troisièmement, il n'existe aucune communication directe entre les participants. L'anonymat des experts empêche ainsi l'influence d'un éventuel leader d'opinion au sein du groupe. [10] En effet, il n'est pas rare que le statut du médecin généraliste reste, encore de nos jours, une figure d'autorité au sein d'un groupe pouvant restreindre l'expression des autres soignants. Quatrièmement, le processus itératif permet aux participants d'affiner leurs réponses pendant toute la durée de l'enquête afin de converger vers un consensus. Pour finir, cette technique peut se faire par l'utilisation du courriel électronique, la rendant peu coûteuse et sans limites géographiques. [8]

Cependant, il faut en relever certaines restrictions. Cette technique est longue par son processus d'itération et peut paraître ennuyeuse pour les participants. De plus, la méthode Delphi est davantage intuitive que rationnelle. Elle se limite à l'avis d'un petit nombre d'experts autour d'un sujet précis et le niveau d'expertise des participants est déterminé par le chercheur. Les résultats sont donc non reproductibles. [8],[9]

Afin de mener à bien une enquête Delphi, il existe différentes étapes à réaliser : le choix du sujet, la sélection et le recrutement des experts, la création, l'administration et l'analyse des résultats du premier questionnaire, l'obtention d'un consensus ou non, l'élaboration, l'administration et l'analyse des résultats du deuxième/énième questionnaire et l'analyse définitive. [11]

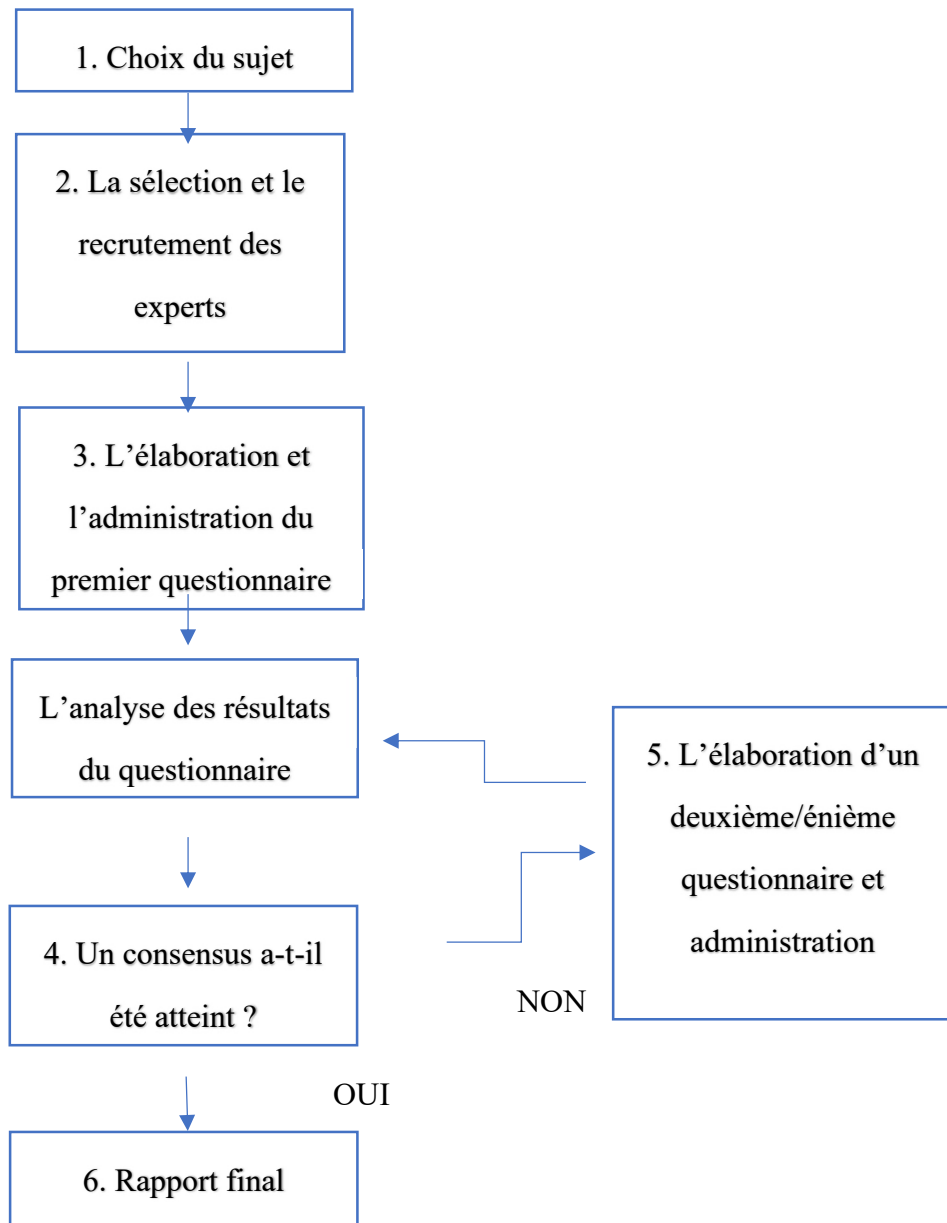


Figure 1 : Les étapes d'un Delphi

Déroulement de l'étude

1. Recherche bibliographique sur la méthode d'analyse et autres sources d'informations

Pour comprendre l'étude Delphi, l'article « A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? » [8], mentionné dans le « Guide de rédaction du TFE en médecine générale », a été lu ainsi que d'autres articles après une recherche numérique.

Afin d'avoir des informations fiables, je décidai de contacter, par courriel, un anthropologue de l'UCL. J'obtins ainsi une étude du KCE [10] et un guide sur les méthodes participatives [11], me permettant d'avoir une idée plus claire sur le processus de la méthode Delphi.

Néanmoins, il faut savoir que cette méthodologie ne se prête pas à une méthode d'analyse précise. Après avoir lu plusieurs articles sur le Delphi, je me suis rapidement rendu compte de la diversité des techniques d'analyse utilisées à travers les études Delphi. Déçue, j'ai fait appel au Centre de recherche Spiral de Liège, un centre de recherche scientifique, afin d'obtenir plus d'informations de la part d'experts en Delphi. J'ai eu la chance d'échanger par réunion TEAMS et par téléphone avec deux chercheurs dont, Dr PETIT JEAN Maxime, Docteur en sciences politiques et sociales, et co-fondateur du logiciel Mesydel. Il m'a été conseillé de réaliser une étude mixte et d'utiliser une analyse par statistiques descriptives pour l'approche quantitative et une analyse thématique de contenu pour l'approche qualitative. La complexité résidait dans l'importance d'entrecroiser les deux analyses dans une seule et même étude.

Ensuite, ma recherche s'est étendue à des études dont la méthodologie était un Delphi afin de comprendre la mise en application. La structure et l'analyse des données de mon étude prennent exemple sur des études particulièrement bien réalisées dans le domaine Delphi. [12],[13],[14]

2. La sélection et le recrutement des experts

2.1 La sélection des experts

Dans une étude Delphi, la sélection des experts est capitale pour la validité de l'étude. Les résultats de l'analyse dépendent principalement de l'expertise des participants. Leur expérience et connaissance dans le sujet sont indispensables pour obtenir une information fiable. Cependant, il n'existe pas de définition du niveau d'expertise. [9]

Dans cette étude, il existait deux populations à définir : une population de médecins généralistes et une population d'intervenants spécialisés dans la prise en charge de la maltraitance infantile. Les critères de sélection au sein de ces deux groupes étaient évidemment différents.

Concernant les médecins généralistes, il avait été demandé qu'ils aient au moins une expérience, récente ou ancienne, sur le sujet, un attrait pour le sujet et une pratique en médecine générale depuis au moins 5 ans. Les médecins généralistes devaient exercer en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Concernant les intervenants spécialisés, le choix des experts s'est concentré sur les membres du réseau les plus susceptibles d'entrer en contact et de collaborer avec les médecins généralistes. Les experts sélectionnés étaient des intervenants travaillant actuellement au sein d'équipes spécialisées telles que SOS Enfants, le Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ), les centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) ou les Services de Santé Mentale (SSM). Il avait été demandé d'avoir une personne de contact au sein de leur équipe ayant le plus d'expérience pour répondre à cette enquête sur la collaboration entre médecins généralistes et intervenants spécialisés dans la gestion des situations de maltraitance infantile. Les profils recherchés étaient des personnes habituées à collaborer avec les médecins généralistes. Les intervenants psycho-sociaux au sein de maisons médicales, impliqués au quotidien dans la problématique, ont également été inclus dans cette étude. Les intervenants devaient être rattachés à la Fédération Wallonie-Bruxelles

Dans les études Delphi, le nombre de participants varie beaucoup. Il peut aller de 10 à des milliers de participants. Généralement, la littérature scientifique définit le nombre de participants à environ 15. [9] Pour notre enquête, il était convenu d'obtenir un minimum de 10 participants avec un maximum de 30 participants afin d'obtenir un échantillon valide.

2.2 Le recrutement des experts

Un courriel de demande de participation à l'étude a été envoyé aux adresses électroniques des 14 équipes de SOS Enfants reprises sur le site de l'ONE ainsi qu'à plusieurs SSM. Ce même mail fut envoyé à tous les SAJ de la Fédération Wallonie Bruxelles. Concernant les centres PMS, il n'existait pas de base de données avec les coordonnées. La méthode de recrutement par « effet boule de neige » a alors été appliquée. Elle consiste à identifier une ou des personnes avec les critères recherchés et de lui demander de diffuser la demande de participation à des personnes ayant un profil similaire au sien.

En ce qui concerne les médecins généralistes, un échantillon de convenance a été créé. La demande de participation a été envoyée à plusieurs médecins généralistes de différentes régions et ils ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion décrits ci-dessus.

L'effet boule de neige s'est produit ensuite par lui-même. Certaines personnes, intéressées par la recherche, m'ont envoyé un e-mail pour participer à l'étude suite à une communication avec d'autres participants. Il a fallu trier et évaluer si elles rentraient dans les critères de sélection.

Le courriel de demande de participation comprenait une description brève sur le choix de mon sujet, sur l'objectif de l'étude et sur la méthode utilisée. La réitération a été évoquée ainsi que la durée des questionnaires, environ une quinzaine de minutes par questionnaire, afin que les participants comprennent le sens de l'étude et la demande d'implication à celle-ci. Pour finir, il était précisé que l'étude débutait en janvier et se terminait en mars 2021. Une formule de politesse concluait ce premier courriel. [Annexe 1]

3. Élaboration, administration et analyse des résultats des différentes itérations

3.1 Premier tour

a. Élaboration du premier questionnaire

Suite à une revue de la littérature, le premier questionnaire a été élaboré. Il a fallu identifier les différents enjeux au sein d'une collaboration interdisciplinaire en général.[15] Ensuite, l'intérêt s'est porté sur la collaboration entre les généralistes et les travailleurs sociaux [16] en approfondissant la problématique de la maltraitance infantile. [4] Le questionnaire a été divisé en quatre sections : (Partie A) définir la collaboration interdisciplinaire, (Partie B) structurer la collaboration, (Partie C) créer des modalités de communication et (Partie D) améliorer la formation afin de mieux collaborer. [Annexe 4]

A savoir, l'étude Delphi est une méthode pouvant être qualitative, quantitative ou mixte. C'est sous la forme mixte que notre enquête a été réalisée. Il y avait principalement deux types de questions au sein du questionnaire : des questions fermées et des questions ouvertes.

Concernant l'approche quantitative, la question type était sous forme de proposition sur la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés à la gestion de situation de maltraitance infantile où l'expert devait juger, selon lui, si la proposition était « idéale » à cette collaboration et indiquait ainsi son degré d'accord sur une

échelle ordonnée de 1 à 9, aussi appelé échelle de Likert. Le chiffre 1 correspondait à un total désaccord avec la proposition et le chiffre 9 correspondait à un total accord avec celle-ci. L'utilisation de cette échelle a été proposée par la Rand Corporation. Elle est actuellement largement utilisée dans le Delphi. [8]

Concernant l'approche qualitative, le premier tour étant ouvert et exploratoire, plusieurs questions ouvertes laissaient place à l'expression des participants. De plus, en fin de chaque section du questionnaire, ils étaient invités à laisser un commentaire ou à proposer de nouvelles formulations de proposition.

Afin de collecter les données, j'avais trouvé plusieurs outils informatiques en ligne adaptés à la méthode Delphi. Cependant, ces logiciels tels que Mesydel, Welphi, Limesurvey étaient tous payants et donc non accessibles pour cette étude. Il a été choisi d'élaborer le questionnaire à partir de l'outil Google Form étant un logiciel gratuit et facile d'utilisation.

Ensuite, ce questionnaire a été soumis pour révision à ma tutrice Dr ZENON Caroline et à mon promoteur Dr CORNELIS Gilles. Ceux-ci m'ont aidé à corriger, modifier et reformuler certaines questions.

b. Administration du premier questionnaire

Une fois le questionnaire rédigé, un courrier électronique fut envoyé à tous les participants avec une description précise de la méthode Delphi ainsi qu'une explication sur l'échelle de Likert. On retrouvait également dans ce courrier le lien du questionnaire en ligne et les différents délais de réponse. Les participants avaient 15 jours pour donner leur réponse. Il était précisé qu'en l'absence de réponse dans les dix jours, un courriel de relance leur serait envoyé. Pour conclure, une formule de politesse ainsi que mes coordonnées terminaient le mail permettant au participant de me contacter pour toute éventuelle question. [Annexe 2]

Le premier tour s'est déroulé du 7 janvier 2021 au 21 janvier 2021.

c. Analyse des résultats du premier questionnaire

Pour débiter, les données des questions à échelle de Likert récoltées ont été exportées dans un tableur Excel de Microsoft. Puis, une analyse quantitative à partie triple (médiane, degré de convergence et écart absolu médian) a été effectuée afin d'assurer la validité des résultats :

Premièrement, la tendance centrale du groupe a été mise en évidence par le calcul de la médiane pour chacune des propositions. Il y avait trois positions possibles du groupe d'experts soit un désaccord avec la proposition si la médiane se trouvait inférieure ou égale à 3, soit une médiane équivoque si elle se trouvait entre 4 et 6, soit un accord si la médiane se trouvait supérieure ou égale à 7. [10],[17]

Deuxièmement, un degré de convergence a été calculé. Celui-ci évaluait si au moins 70% des réponses des participants se trouvaient dans l'intervalle d'accord (médiane ≥ 7). Si le degré de convergence était respecté, cette proposition était considérée comme ayant obtenu un accord fort. [12],[17]

Troisièmement, l'écart absolu médian était calculé. Il correspondait à la moyenne des écarts à la médiane. Autrement dit, il donnait une idée de la dispersion des réponses pour une proposition. S'il était inférieur ou proche de 1, la dispersion des réponses était faible. [14]

Pour terminer, les commentaires des experts ont été analysés et codifiés afin de déterminer quelles propositions nécessitaient d'être reformulées. En ce qui concerne les questions ouvertes, celles-ci ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu, après les tours successifs. L'analyse de contenu consiste à, premièrement, réaliser une lecture flottante afin d'avoir une idée plus claire sur la manière de catégoriser et classer les commentaires. Ensuite, ceux qui étaient similaires par leurs termes ou par synonymes ont été codifiés par couleur afin de les réduire en un seul thème.

3.2 Deuxième tour

a. Élaboration du deuxième questionnaire

Suite à l'analyse de ce premier tour, un second questionnaire a été réalisé. On y retrouvait des questions fermées de type à choix multiple et à échelle ordonnée ainsi que des questions ouvertes. Les chercheurs du Centre de recherche Spiral de Liège m'ont conseillé de sonder les experts sur la réalité du terrain pour les propositions consensuelles dès le premier tour. C'est sous forme de choix multiple que cela a été réalisé. [Annexe 5]

b. Administration du deuxième questionnaire

Les participants étaient invités par courrier électronique à répondre à ce second tour. L'invitation contenait le lien du questionnaire en ligne ainsi qu'une explication brève des

résultats obtenus lors du premier tour. De plus, chaque participant avait reçu un tableau personnalisé comparant la médiane obtenue et sa réponse à chaque question afin qu'il puisse se positionner par rapport au groupe. Le délai de réponse était le même qu'au premier tour. [Annexe 3]

Ce second tour s'est déroulé du 11 février au 25 février 2021.

c. Analyse du deuxième questionnaire

La technique d'analyse du second tour était identique au premier. Néanmoins, quelques propositions restaient sans consensus. Des chercheurs, en 1975, suggéraient que la stabilité de la réponse sur les tours successifs était un indicateur fiable de consensus. [17] Il a donc été décidé de comparer la médiane obtenue pour ces propositions sur les deux tours successifs. Si la médiane était ≥ 7 sur deux tours successifs la proposition était consensuelle par stabilité. Si la médiane était < 7 sur les deux tours alors la proposition était éliminée par stabilité. Les autres restaient équivoques. [12]

4. Analyse définitive

Après m'être concertée avec ma tutrice, un troisième tour a été jugé non nécessaire étant donné les nombreux consensus obtenus.

Comité d'éthique

Cette étude a été soumise au groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) via la plateforme MGTFE/Ethique. Cette démarche permettait d'identifier si le TFE devait être traité ou non par un comité d'éthique. Les membres du GEIMG ont décidé, à l'unanimité, en date du 01/02/2021, que le projet ne nécessitait pas la soumission du dossier au comité d'éthique de l'université concernée.

Résultats

Dans cette partie « Résultats », on retrouve différents points. Premièrement, une explication sur l'échantillon. Deuxièmement, l'analyse quantitative de cette étude, représentant l'analyse principale. Pour terminer, l'analyse qualitative est abordée.

Echantillon

Suite au courriel de demande de participation, 23 experts potentiels de la Fédération Wallonie-Bruxelles avaient confirmé leur participation à l'étude entre décembre 2020 et janvier 2021. Dans cet échantillon, il y avait deux populations dont une composée de 6 médecins généralistes et l'autre de 16 intervenants spécialisés.

1. Profil des médecins généralistes

Tableau n°1 : Profil des médecins généralistes	Sexe	Pratique : solo/groupe	Région
Médecin Généraliste 1	Femme	Solo	Urbain
Médecin Généraliste 2	Homme	Solo	Semi-rural
Médecin Généraliste 3	Homme	Solo	Urbain
Médecin Généraliste 4	Femme	Groupe	Semi-rural
Médecin Généraliste 5	Femme	Groupe	Urbain
Médecin Généraliste 6	Homme	Groupe	Rural

2. Population d'intervenants spécialisés

Dans cet échantillon, il y avait :

- 2 intervenants du SAJ
- 10 intervenants de SOS Enfants
- 3 intervenants des centres PMS
- 1 intervenant du SSM
- 1 intervenant psycho-social d'une maison médicale.

De plus, la profession des intervenants spécialisés a été précisée afin d'évaluer les différents rôles impliqués dans l'étude. Parmi les intervenants spécialisés, il y avait 8 psychologues, 3 assistants sociaux, 2 pédopsychiatres, une pédiatre, un criminologue (réfèrent maltraitant ONE) et une intervenante psycho-sociale.

Analyse quantitative

1. Résultats du premier tour Delphi

Lors du premier tour, 22 experts sur les 23 experts ont répondu au questionnaire. Un seul expert n'a pas répondu pour une cause inconnue. Il a été exclu de la recherche. Afin d'analyser en profondeur les résultats, ceux-ci sont exposés suivant la structure des différentes parties du questionnaire.

1.1 Partie A : Définition

Dans cette étude, il était important de définir la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans le cadre de la maltraitance infantile afin que les participants s'accordent sur la notion de collaboration. C'est ainsi qu'une définition a été soumise aux experts sous forme d'échelle de Likert.

Tableau n°2 : Partie A : Définir la collaboration (1 ^{er} questionnaire)					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Commentaires	Conclusion du 1 ^{er} tour
La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire comme étant : « le travail, par le dialogue et l'échange de connaissances, de méthodes de pensée et d'approches, entre deux ou plusieurs individus de différents domaines professionnels afin d'atteindre un objectif commun. »	8	91% -> Accord Fort	0.77	OUI	Reformuler sous forme de question binaire

Dans cette proposition, les trois facteurs statistiques (la médiane, le degré de convergence et l'écart absolu médian) sont validés. Cependant, les experts avaient laissé de nombreux commentaires afin d'améliorer cette définition.

Celle-ci a ainsi fait l'objet d'une reformulation et a été proposée au second tour sous forme de question binaire où les experts devaient faire un choix entre l'ancienne définition et la définition reformulée à l'aide des commentaires. Afin de ne pas surcharger les résultats, les commentaires, ayant aidé à la reformulation des questions non consensuelles suite au premier tour, se trouvent dans les annexes de ce TFE. [Annexe 6]

1.2 Partie B : Structurer la collaboration

Dans cette section, il y avait 8 propositions sur la structure de la collaboration interdisciplinaire.

Tableau n°3 : Partie B : Structurer la collaboration (1 ^{er} questionnaire)					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Commentaires	Conclusion du 1 ^{er} tour
1. Préciser et expliquer son rôle lorsqu'un intervenant contacte un autre intervenant dans une situation de maltraitance infantile	9	100% -> accord fort	0.32	NON	CONSENSUS
2. Connaître les règles déontologiques et juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux	9	91% -> accord fort	0.59	OUI	Reformuler sous forme de question à échelle Likert
3. Avoir une confiance mutuelle entre tous les intervenants de la collaboration interdisciplinaire	9	95% -> accord fort	0.59	NON	CONSENSUS
4. Se rendre accessible aux différents intervenants de la collaboration interdisciplinaire dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile	9	100% -> accord fort	0.64	NON	CONSENSUS
5. Faire correspondre le seuil d'alerte des médecins généralistes face à la suspicion de maltraitance infantile à celui du secteur psycho-médicosocial spécialisé dans la gestion de situation de maltraitance infantile	8	82% -> accord fort	0.9	NON	CONSENSUS
6. Rendre durable la collaboration entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	9	95% -> accord fort	0.5	NON	CONSENSUS
7. Organiser un entretien formel entre le médecin généraliste de l'enfant et l'intervenant spécialisé lors d'une suspicion de maltraitance infantile	8	72% -> accord fort	1.36	OUI	Reformuler sous forme de question à échelle Likert
8. Obtenir une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	7	54% -> accord fort	2	OUI	Reformuler sous forme de question ouverte

Les propositions 1, 3, 4, 5 et 6 ont obtenu un « consensus » et ont été validées, ayant les trois facteurs statistiques confirmés et n'ayant pas fait l'objet d'une reformulation à partir des commentaires des répondants.

Malgré les trois facteurs statistiques présents, l'item 2 sur la connaissance des règles déontologiques et juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux a fait l'objet d'une reformulation suite au commentaire d'un expert.

Les propositions 7 et 8 ont dû être reformulées, n'ayant pas validé les trois facteurs statistiques. Dès lors, la proposition 7 a fait l'objet d'une reformulation sous forme d'échelle de Likert. Alors que la proposition 8 sur l'obtention d'une tarification, pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires, a été analysée en profondeur étant donné sa forte dispersion. Il a été mis en évidence une divergence d'opinion entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés. Il était donc pertinent de comprendre l'interprétation des participants vis-à-vis de cette divergence. C'est pourquoi il a été décidé de la reformuler sous forme de question ouverte laissant place à l'expression des participants.

1.3 Partie C : Créer des modalités de communication

Dans cette section, il y avait 8 propositions sur les modalités de communication.

Tableau n° 4 : Partie C : Créer des modalités de communication (1 ^{er} questionnaire)					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Commentaires	Conclusion du 1 ^{er} tour
1. Utiliser des termes similaires (définis de manière commune) entre les différents intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile et les médecins généralistes	8	86%-> accord fort	0.77	NON	CONSENSUS
2. Adapter le secret professionnel partagé afin de favoriser le travail en collaboration dans les situations de maltraitance infantile	8	86% -> accord fort	1	NON	CONSENSUS
3. Créer un poste de référent maltraitant pour les généralistes d'une région, tel qu'il existe, par exemple, des référents maltraitants pour les médecins travaillant à l'ONE	8	82% -> accord fort	1	OUI	Reformuler sous forme de question ouverte
4. Créer un protocole de collaboration entre les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile et les médecins généralistes, tel que le protocole entre les équipes du SAJ et les équipes de SOS Enfants	8	82%-> accord fort	1	NON	CONSENSUS
5. Elaborer un dossier patient informatisé partagé, à mettre à jour régulièrement, entre les médecins généralistes et les différents intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	5	18% -> accord fort	1.86	OUI	Reformuler sous forme de question à échelle Likert
6. Créer une plateforme de signalement informatisée dans laquelle on peut solliciter directement une instance (SOS Enfants, SAJ,...) sans passer par un appel téléphonique	5	27% -> accord fort	2	OUI	Reformuler sous forme de question à échelle Likert
7. Instaurer un contact (téléphonique, mail, rendez-vous) obligatoire avec une équipe spécialisée (SOS-enfants, SAJ, autre) pour toute suspicion de maltraitance infantile	7	59% -> accord fort	1.82	OUI	Reformuler sous forme de question à échelle Likert
8. Faire participer le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom,...)	7	59% -> accord fort	1.2	OUI	Reformuler sous forme de question ouverte

La proposition 8 était suivie d'une sous-question où les experts étaient invités à cocher le moyen de communication le plus facile pour collaborer. 50% des participants considéraient que le téléphone était le moyen le plus adapté. La réunion en présentiel et la visioconférence étaient les deux autres outils de communication les plus choisis, ayant obtenu, chacun, 13.6% des votes.

Dans cette section sur les modalités de communication, les propositions 1, 2 et 4 ont obtenu un « consensus » et ont été validées. Malgré une analyse factorielle validée, la proposition 3 a dû être reformulée sous forme de question ouverte car un des experts proposait comme alternative le renforcement des équipes préexistantes plutôt que la création d'un poste de référent maltraitant pour les généralistes d'une région.

Les propositions 5, 6, 7 et 8 n'ont pas obtenu, statistiquement, de consensus. Les trois premières ont fait l'objet d'une reformulation sous forme de questions à échelle de Likert. Par contre, la proposition 8 a été reformulée sous forme de question ouverte car un des experts a proposé une alternative à celle-ci : L'envoi d'un résumé de la réunion interdisciplinaire concernant le patient d'un médecin généraliste plutôt que la présence du médecin généraliste lors de cette réunion.

1.4 Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer

Dans cette section, la formation des médecins généralistes et des intervenants spécialisés a été

Tableau n° 5 : Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer (1 ^{er} questionnaire)					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Commentaires	Conclusion du 1 ^{er} tour
1. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile par un cursus commun	8	68% -> accord fort	1.4	OUI	Reformuler sous forme de question à échelle Likert
2. Présenter des équipes impliquées dans la maltraitance infantile lors de formation continue des généralistes	9	100% -> accord fort	0.23	NON	CONSENSUS
3. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile vers une logique collaborative	9	95% -> accord fort	0.59	NON	CONSENSUS

Dans ce tableau, la proposition 2 et 3 ont obtenu d'emblée un « consensus ». La proposition 1 a fait l'objet d'une reformulation sous forme d'échelle de Likert. En effet, les participants n'étaient pas en faveur d'un cursus commun. Cela leur semblait compliqué de combiner une formation entre les acteurs de la collaboration agissant tous dans des disciplines fort différentes.

1.5 Synthèse du premier tour

Sur les 20 questions à échelle ordonnée de Likert :

- 10 propositions ont obtenu un « consensus » par les experts et ont été validées. Dans cette étude, ces propositions représentent ainsi les spécificités d'une collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile.
- 10 propositions ont été reformulées à l'aide de l'analyse qualitative des commentaires dont 6 sous forme de question à échelle de Likert, 3 sous forme de questions ouvertes et 1 sous forme de question binaire. [Annexe 6]
- 2 nouvelles propositions ont émergé des experts. En effet, les experts avaient la possibilité d'émettre de nouveaux items dans leurs commentaires. Un des experts a proposé de développer un numéro unique ou un site centralisé afin de créer facilement cette collaboration interdisciplinaire. Un autre expert a émis l'idée de tenir informés les médecins généralistes des chiffres de maltraitance infantile dans leur secteur d'activité afin d'avoir une meilleure visibilité des actions et des affluences de son secteur. Ces deux propositions ont été soumises lors du second tour dans la partie B : structurer une collaboration.

2. Résultats du deuxième tour Delphi

Lors de ce second tour, le taux de participation était de 100%. Les 22 participants ont répondu au questionnaire dans le délai imparti.

Dans cette section, les résultats sont exposés en suivant la même structure qu'au premier tour. Cependant, au sein de la partie B, C et D, il existe deux sous-sections : *Propositions nouvelles ou reformulées* et *Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour*. En effet, celles-ci ont été soumises à un choix multiple dans le but de déterminer si les experts appliquaient ces spécificités de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile. Cela permettait de mettre en lumière la réalité du terrain. [Annexe 7]

2.1 Partie A : Définition

Les experts devaient choisir entre la définition sur la collaboration telle que proposée lors du premier tour ou celle reformulée à partir des commentaires :

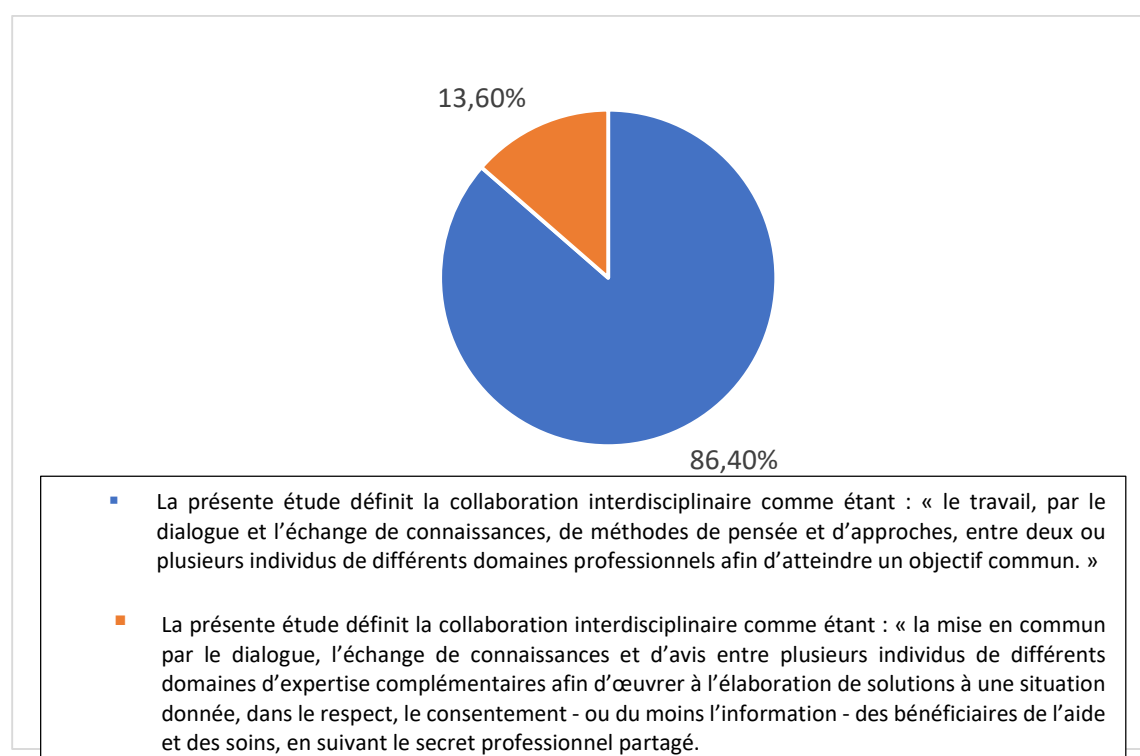


Figure 2 : Définition d'une collaboration interdisciplinaire

86.4% des participants ont préféré la définition reformulée à l'aide des commentaires. Cette définition a été retenue par cette étude.

2.2 Partie B : Structurer la collaboration

a. Propositions reformulées ou nouvelles

Dans cette section, on retrouve les propositions 2, 7 et 8 de la partie B du 1^{er} tour, ayant été reformulées. On y trouve également les deux items qui ont émergé des experts.

Tableau n° 6 : Partie B : Structurer la collaboration					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Stabilité des résultats : médiane ≥ 7 sur les 2 tours successifs.	Conclusion du 2 ^{ème} tour
1. Connaître les repères éthiques et les règles juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux	9	95% -> Accord Fort	0.63	OUI	CONSENSUS
2. Organiser un contact, dans la majorité des cas, entre le médecin généraliste, les parents de l'enfant et l'intervenant spécialisé afin que le médecin généraliste puisse servir de lien entre le service spécialisé et les parents	7	64% -> Accord fort	1.36	OUI	CONSENSUS PAR STABILITÉ
3. Développer un numéro unique ou un site centralisé afin de créer facilement cette collaboration interdisciplinaire.	7	73% -> Accord fort	1	Nouvel item	CONSENSUS
4. Tenir informés les médecins généralistes des chiffres de maltraitance infantile dans leur secteur d'activité (rapports d'activités des équipes SOS Enfants locales, signalements au SAJ, SPJ) afin d'avoir une meilleure visibilité des actions et des affluences de son secteur	8	81% -> Accord fort	1	Nouvel item	CONSENSUS

Les propositions 1, 3 et 4 ont obtenu un consensus d'emblée. Par contre, la proposition concernant l'organisation d'un contact entre le généraliste, les parents de l'enfant victime de maltraitance et les services spécialisés afin que le généraliste puisse servir de lien est parvenue à un consensus par stabilisation. En effet, les médianes obtenues sur les deux tours successifs étaient supérieures ou égales à 7.

b. Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour [Annexe 7]

Lors de ce second tour, 90% des experts ont exprimé qu'ils *précisaient déjà leur rôle lors d'un contact avec un des partenaires de la collaboration*. De plus, 90% des experts se disaient *accessibles pour les autres intervenants*. La *confiance mutuelle entre les partenaires de la collaboration* était, quant-à-elle, déjà présente à 73%. Par contre, 41% des experts trouvaient que le *seuil d'alerte des médecins généralistes face à la maltraitance infantile* ne correspondait

pas à celui des intervenants spécialisés. Ils étaient également mitigés concernant *la durabilité de la collaboration*. D'ailleurs, 54.5% des experts évoquaient que la collaboration durable n'était pas actuellement réalisée mais qu'elle était tout à fait applicable.

2.3 Partie C : Créer des modalités de communication

a. Propositions reformulées ou nouvelles

Dans cette section, on retrouve les propositions 5, 6 et 7 de la partie C du tour précédent, ayant été reformulées.

Tableau n°7 : Partie C : Créer des modalités de communication					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Stabilité des résultats : médiane ≥ 7 ou <7 sur les 2 tours successifs.	Conclusion du 2 ^{ème} tour
1. Elaborer un dossier patient informatisé partagé, dans le respect du secret médical partagé, à mettre à jour régulièrement, entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	6	41% -> Accord fort	1.86	OUI	Éliminée par stabilité
2. Créer une plateforme de signalement informatisée (site internet sécurisé dans lequel les médecins généralistes pourraient transmettre des informations sur une situation suspecte de maltraitance infantile) dans laquelle on peut solliciter directement une instance (SOS enfants, SAJ,...) afin d'accélérer le signalement	6	50% -> Accord fort	1.22	OUI	Éliminée par stabilité
3. Encourager un contact (téléphonique, mail, rendez-vous) avec une équipe spécialisée (SOS-enfants, SAJ, autre) pour toute suspicion de maltraitance infantile	9	100% -> Accord fort	0.36	OUI	CONSENSUS

En ce qui concerne la création d'une plateforme de signalement informatisée et l'élaboration d'un dossier informatisé partagé, les avis étaient dispersés. Suite à la comparaison des médianes sur les deux tours successifs, ces deux propositions ont été éliminées par stabilité, ayant une médiane inférieure à 7. Par contre, la proposition 3 a obtenu un consensus d'emblée.

b. Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour [Annexe 7]

50% des répondants trouvaient que *l'utilisation de termes similaires entre les différents acteurs de la collaboration interdisciplinaire* était déjà appliquée actuellement.

Concernant *l'adaptation du secret professionnel partagé*, les experts étaient plus mitigés. Malgré que 45% trouvaient que c'était déjà d'application, 23% considéraient que c'était plus d'ordre théorique que réaliste. Par contre, 82% des experts considéraient qu'un *protocole de collaboration entre les généralistes et les services spécialisés dans la maltraitance infantile* n'existait pas mais était réalisable.

2.4 Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer

a. Propositions reformulées ou nouvelles

Dans cette section, on retrouve la proposition 1 de la partie D du 1^{er} tour, ayant été reformulée.

Tableau n° 8 : Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer					
Proposition	Médiane	Degré de convergence : % des valeurs dans [7;9] (Si $\geq 70\%$ = accord fort)	Ecart absolu médian : < ou proche de 1 (facteur de dispersion)	Stabilité des résultats : médiane ≥ 7 ou <7 sur les 2 tours successifs.	Conclusion du 2 ^{ème} tour
1. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile par un cursus spécifique à chaque activité et comprenant des notions juridiques spécifiques au domaine d'activité.	9	95% -> Accord Fort	0.68	OUI	CONSENSUS

95% des répondants étaient d'accord que les acteurs de la collaboration devaient être davantage formés sur les notions juridiques spécifiques à chaque domaine d'activité et qu'il était plus pertinent de former les généralistes et les intervenants spécialisés par un cursus propre à leur discipline.

b. Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour [Annexe 7]

Pour 59% des experts *la formation vers une logique collaborative et la présentation d'équipes impliquées dans la maltraitance infantile lors de formation continue des généralistes* n'étaient pas encore réalisées mais tout à fait réalisables.

2.5 Synthèse des résultats du deuxième tour

Sur les 9 questions reformulées :

- 7 propositions sont consensuelles dont une par stabilité des résultats. Dans le cadre de cette étude, ces propositions sont ainsi considérées comme les spécificités de la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisés.
- 2 propositions ont été éliminées par stabilité. Elles correspondaient à l'élaboration d'un dossier patient informatisé partagé et à la création d'une plateforme de signalement informatisée. Les freins à ces spécificités étaient identiques : la prise de risque accru en regard du secret professionnel partagé et la diminution de contacts directs entre les acteurs de la collaboration.

Analyse qualitative

Dans cette section, les questions ouvertes ont été soumises à une analyse thématique de contenu, telle qu'expliquée dans la partie méthodologie.

1. Résultats du premier tour Delphi

Lors du premier questionnaire, trois questions ouvertes ont été posées aux répondants afin de laisser place à leur libre expression et ainsi mettre en lumière certains aspects de la collaboration qui n'étaient pas reflétés dans les questions fermées.

1.1 Question sur l'influence du statut.

Mon statut (psychologue, coordinateur, assistant social, médecins, etc.) influence ma conception/idée de la collaboration interdisciplinaire ?

Les répondants considéraient que leur statut avait une influence certaine sur leur manière de collaborer. Parmi leurs réponses, 3 raisons principales ont été dégagées :

1) La perception du secret professionnel

Les acteurs de cette collaboration entre médecins généralistes et intervenants spécialisés dans le cadre de la maltraitance infantile ne sont pas tous soumis aux mêmes règles déontologiques. La collaboration semble dépendante de la perception du secret professionnel auquel chaque professionnel est soumis. Un des experts évoquait que

certaines acteurs avaient tendance à se retrancher derrière leur déontologie, rendant la collaboration plus difficile.

E11 « [...] Mon statut influence également la collaboration interdisciplinaire en regard du secret professionnel que je me dois de respecter. »

E20 « [...] Par exemple certains se retrancheront derrière le secret professionnel relatif à leur profession comme le SAJ retenant férocelement leurs infos alors que des psychologues sur le terrain sont également soumis au secret professionnel mais définis d'une autre manière. »

2) Être en lien avec ses valeurs professionnelles et ses valeurs personnelles.

Les valeurs professionnelles ainsi que le réseau dans lequel les acteurs travaillent ont un impact sur leur idée de la collaboration. Mais au-delà de cela, les valeurs personnelles ont, selon les experts, une réelle importance sur la façon de collaborer, la rendant unique en fonction des intervenants.

E20 « oui, il existe différentes façons de collaborer selon sa personnalité, les professionnels avec qui l'on travaille »

E22 « Oui, en fonction de mon cadre de travail, de ma formation, de mes valeurs, ...cela va se répercuter de manière visible et invisible dans ma façon de concevoir et pratiquer le travail collaboratif interdisciplinaire »

3) Chercher la complémentarité

Chaque acteur a des connaissances/compétences en fonction de sa profession mais il y a également des limites à celles-ci. En effet, chaque acteur ne peut gérer qu'une partie d'une situation de maltraitance infantile en fonction de sa compétence. Le médecin a davantage un rôle médical alors que l'assistant social a un rôle social. C'est pourquoi, nous avons besoin de tous pour agir en synergie. Les acteurs de cette collaboration sont étroitement liés par leur complémentarité et semble la rechercher dans leurs interactions.

E11 « Oui, je ne peux prétendre à des connaissances que je n'ai pas et compte sur les acteurs de terrain du monde médical, judiciaire,... autour de moi afin de prendre en charge de la meilleure façon possible les situations auxquelles je suis confrontée professionnellement. [...] »

E15 « Oui, c'est une réelle plus value dans ma fonction psy d'avoir l'avis d'un médecin, d'un juriste ou d'un travailleur social sur la situation d'un patient commun »

E19 « Oui, car comme MG sorti en 1978, nous étions formés à travailler seuls et à considérer qu'un expert spécialisé faisait d'emblée autorité dans son domaine »

1.2 Question sur la place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est-il un élément central de la prise en charge des situations de maltraitance infantile ?

Etant acteur de première ligne, le médecin généraliste a toute son importance dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile. Cela a été mis en avant par sa proximité avec la famille et son rôle médical. Néanmoins, selon certains experts, leur importance varie selon les situations.

1) La proximité avec la famille

Les médecins généralistes sont en contact direct avec les proches de l'enfant. Souvent, une relation de confiance entre le généraliste et la famille de l'enfant existe, pouvant être aussi bien un avantage qu'un désavantage en fonction de la situation. Le généraliste se doit de rester neutre malgré certaines situations où l'agresseur de l'enfant est aussi le patient de ce médecin.

E03 « Evidemment, il connaît la famille, son réseau, ... Il a tissé une relation de confiance avec ses patients. Toutefois, son implication dans la gestion des situations de maltraitance, comme pour tout autre professionnel, peut amener à un sentiment de trahison dans le chef des familles, avec pour conséquence une rupture de la relation de confiance, [...] »

E17 « Il est en contact avec un large public, connaît les constellations familiales et a une vue parfois très immédiate sur le climat au domicile, les tensions entre conjoints ou dans la famille, l'état de souffrance des adultes et /ou enfants concernés. »

2) Le rôle médical

Le médecin généraliste a principalement un rôle de détecteur et d'examineur dans la gestion des situations de maltraitance infantile. De plus, il a également un rôle dans la prévention de ces situations. Les actions du médecin généraliste sont nombreuses et s'intègrent à la dimension bio-psycho-social.

E5 « oui, c'est un intervenant de première ligne qui peut par son expertise médicale détecter des négligences, maltraitances physiques... »

E11 « Oui, les médecins sont en première ligne pour faire le constat de maltraitance suspectée ou avérée et il est de leur responsabilité de signaler ces situations aux services adéquats, ainsi que d'en parler à la famille afin d'aider au mieux l'enfant. »

E19 « Il est un détecteur de situations de maltraitance et un possible "lanceur d'alerte". [...] »

1.3 Question sur l'intégration d'un contact avec le médecin généraliste lors de la prise en charge d'une situation de maltraitance infantile

La prise en charge d'une situation de suspicion de maltraitance infantile par un service spécialisé devrait-elle intégrer un contact avec le médecin généraliste de l'enfant, si ce dernier en a un ?

Les répondants étaient d'accord qu'un contact doit être intégré avec le médecin généraliste de l'enfant, étant un acteur privilégié. En fonction de la situation, le médecin peut ainsi servir de lien entre les services spécialisés et la famille de l'enfant. Cependant, l'accord des parents à l'information du médecin généraliste semble indispensable afin de préserver leur respect et le secret professionnel.

E11 « [...] Le contact d'un service envers le médecin ne peut se faire qu'avec l'accord des parents puisque les services sont soumis au secret professionnel. »

E21 « Oui, Si le médecin traitant connaît bien la famille .Il peut aider et servir de lien entre le service spécialisé et les parents. »

2. Résultats du deuxième tour Delphi

Lors de ce deuxième tour, trois questions ouvertes ont été soumises aux participants. Elles ont émergé des propositions du 1^{er} tour et des commentaires laissés par les experts.

2.1 Question sur la tarification

Concernant l'item : Obtenir une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires, il a été mis en évidence une divergence d'opinion. La grande majorité des médecins recommandent une tarification alors que la plupart des intervenants spécialisés sont plus mitigés. Selon vous, comment s'explique cette analyse de réponses ?

Les experts ont pointé la différence dans le mode de rémunération entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés. La non-rémunération peut représenter un frein à cette collaboration. Un code de tarification spécifique à la collaboration pour les médecins généralistes est à envisager pour y remédier.

1) Mode de rémunération

Les intervenants spécialisés sont principalement salariés et donc subsidiés pour leur travail collaboratif. Alors que les médecins généralistes sont indépendants et sont rémunérés à la prestation.

P4 « Au SAJ, notre intervention est gratuite. Et on se retrouve dans ces réunions interdisciplinaires avec certains qui doivent se faire payer et d'autres non. »

P12 « Probablement parce que la majorité des intervenants sont salariés et ne travaillent pas à la prestation, contrairement aux médecins. [...]»

2) Un frein à la collaboration

Depuis le coronavirus, un code de téléconsultation existe mais il n'est pas adapté aux situations de maltraitance infantile. Le médecin généraliste se retrouve à choisir entre une pratique rémunérée par consultation ou une pratique non rémunérée de l'ordre social et à caractère moral, pouvant donner un sentiment d'injustice à la collaboration.

P11 « Pour toute personne ne travaillant pas comme MT ou MS l'idée d'un incitant financier paraît étrange, parce qu'ils ne vivent pas le métier de dedans. Pourtant cela permettrait aux MT ou spécialistes de ne pas devoir opter entre une pratique rémunérée de consultation et un travail de réseau autour d'un cas de maltraitance de manière non rémunérée, style " obligation déontologique et morale" mais sans être payé, alors que tous les autres acteurs desdits réseaux "spécialisés" ou généralistes intervenants dans les situations de maltraitance sont justement payés pour leur travail..»

P15 « [...] Les médecins sont payés très souvent à l'acte et donc ils ne seraient pas rémunérés pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires sans l'existence d'un code de tarification spécifique. »

2.2 Question sur le poste de référent maltraitant

Concernant l'item : Créer un poste de référent maltraitant pour les médecins généralistes d'une région, la majorité des participants sont d'accord. Cependant, il y a eu plusieurs commentaires défavorables à cette proposition par crainte de complexifier le système et de multiplier les intervenants. Une idée a été proposée : renforcer la disponibilité des services spécialisés déjà existants. Êtes-vous d'accord/pas d'accord ? Développez

Les experts semblaient plus mitigés. Ils préféreraient un renforcement des équipes spécialisées existantes afin d'éviter l'augmentation du nombre d'intervenants autour de cette collaboration. Néanmoins, certains répondants trouvaient avantageux d'avoir une seule et unique personne de contact. C'est principalement sur ce point que les experts se réunissaient. Ils étaient pour

l'obtention d'un numéro, une adresse mail ou un poste de permanence de référence pour les généralistes. Ce concept avait d'ailleurs fait l'objet d'une proposition dans ce 2^{ème} questionnaire : Développer un numéro unique ou un site centralisé afin de créer facilement cette collaboration interdisciplinaire. Cette proposition a été consensuelle d'emblée.

P15 « D'accord. Un renforcement des services existants avec un numéro de téléphone ou e-mail de référence et bien connu des médecins serait suffisant. »

P20 « D'accord pour développer le poste de permanence / avis / conseil au sein de équipes SOS-enfants et au SAJ. Pour rappel ,une des missions principales du SAJ et des équipes SOS enfants est de soutenir les intervenants (médecins) lorsqu'ils sont confrontés à une situation de maltraitance avérée et / ou suspectée. [...] »

2.3 Question sur l'invitation des généralistes aux réunions interdisciplinaires

Concernant l'item : Inviter le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom...), il existe une divergence d'opinion. La majorité des intervenants spécialisés semblent mitigés alors que les médecins généralistes sont en accord avec cette proposition. Une idée a été proposée : Envoyer un résumé (par ex. via mail) des conférences réalisées par les intervenants spécialisés au sujet d'un des patients du médecin généraliste afin de l'informer et de lui donner la possibilité d'intervenir dans le dossier. Êtes-vous d'accord/pas d'accord ? Développez

Les avis semblaient mitigés pour cette question. Quand certains participants trouvaient que c'était un gain de temps, d'autres trouvaient que cela ne permettait pas au médecin d'intervenir. Puis, d'autres se posaient la question : « Qui va écrire ce rapport ? ». Une surcharge de travail pour les intervenants spécialisés a été évoquée ainsi qu'une perte de temps dans les tâches administratives pour le médecin généraliste. Il est difficile d'en ressortir un seul concept. Chacun a sa propre idée sur la manière de collaborer et cela se reflète dans cette question. De plus, le secret professionnel a été à nouveau évoqué, compromettant la réalisation d'un écrit.

P11 « [...] un dossier et le temps que le MT y mettra pour le lire et l'actualiser sont difficiles à évaluer comme acte medical (durees? Repetition) mzis chronophages, rt rajoutent de la tâche administrative à un.métier qui déjà en est surchargé »

P12 « Pas d'accord. Un travail de réseau se base sur la collaboration et la réflexion commune. Un écrit a posteriori des réflexions ne permettent pas au médecin d'être consulté au même titre que les autres intervenants. En outre, l'écrit pose question concernant le secret professionnel. »

Discussion

Les résultats de ce travail ont fait écho à la question de recherche sur « comment penser la collaboration interdisciplinaire entre médecins généralistes et intervenants spécialisés ». Encore plus loin, on a pu mettre en évidence ce qui favorise l'existence de cette collaboration, les conditions de son émergence ainsi que celles de son maintien par l'élaboration des spécificités de cette collaboration.

Afin d'exposer ces résultats, cette discussion se divisera en 3 parties. Premièrement, la construction, par les experts, d'une définition de la collaboration dans le cadre de la maltraitance infantile est évoquée. Deuxièmement, les spécificités de cette collaboration sont abordées par ordre de convergence des répondants. Pour finir, les forces et les limites de cette étude sont exposées.

Définition de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile.

Il était pertinent que les experts s'accordent sur une définition de cette collaboration dans le cadre de la maltraitance infantile. En effet, « *une définition est l'opération par laquelle on détermine le contenu d'un concept en énumérant ses caractères* ». ⁴ Elle permet ainsi de clarifier l'idée de ce que devrait être la collaboration selon les experts et ainsi en obtenir les facteurs clés de cette collaboration.

La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire dans la gestion de situation de maltraitance infantile, par les experts, comme étant *la mise en commun par le dialogue, l'échange de connaissances et d'avis entre plusieurs individus de différents domaines d'expertise complémentaires afin d'œuvrer à l'élaboration de solutions à une situation donnée, dans le respect, le consentement - ou du moins l'information - des bénéficiaires de l'aide et des soins, en suivant le secret professionnel partagé.*

⁴ Définition de l'édition le Robert, dico en ligne.

Available from : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/definition> (consulté le 25/04/2021)

Dans cette définition, plusieurs concepts sont déjà à retenir.

Premièrement, « le dialogue, l'échange de connaissance et d'avis » sont des facteurs indispensables au sein d'une collaboration. Contrairement à la coordination, la collaboration est un travail de synergie où les acteurs doivent réfléchir ensemble afin d'œuvrer vers un objectif commun. En effet, l'acte de collaborer est centré sur la cohésion du groupe alors que l'acte de coordonner est centré sur l'organisation.

Ensuite, les termes « entre plusieurs individus de différents domaines d'expertise complémentaires » fait appel à l'interdisciplinarité. Intimement lié au terme de la collaboration, l'interdisciplinarité permet une prise en charge globale et commune de l'enfant maltraité. Les différents intervenants agissent et échangent en tenant compte des compétences et des connaissances de chacun. Ils sont complémentaires et s'intègrent tous dans un ensemble qui est le groupe.

Pour terminer, « dans le respect, le consentement - ou du moins l'information - des bénéficiaires de l'aide et des soins, en suivant le secret professionnel partagé. » caractérise son implication dans la maltraitance infantile. Les dialogues et les échanges au sujet de la famille d'un enfant maltraité doit se faire dans le respect de celle-ci. La transparence envers la famille est également un point majeur lui laissant la place pour participer ou non à la prise en charge. Le secret professionnel partagé entre les intervenants doit ainsi avoir pour unique but : l'intérêt de l'enfant.

De la convergence à la divergence

Les spécificités de la collaboration interdisciplinaire entre médecins généralistes et services spécialisés sont exposées par ordre de convergence des experts, allant des spécificités ayant obtenu un consensus dès le premier tour aux spécificités ayant nécessité une reformulation et en terminant par celles éliminées.

1. Spécificités d'emblée consensuelles

A la suite du premier questionnaire, la première observation à faire est la différence du nombre de consensus obtenus entre la partie B : structurer une collaboration et la partie C : créer des modalités de communication. De fait, les conditions structurelles de cette collaboration semblent mettre d'accord la plupart des intervenants. En revanche, la manière de communiquer

au sein de la collaboration semble plus mitigée. Il est pertinent de relever cette différence car même si le cadre de la collaboration est posé, il ne peut suffire. Les modalités de communication permettent les interactions entre les intervenants, les rendant indispensables à la collaboration. De plus, chaque acteur de cette collaboration, qu'il soit médecin généraliste ou intervenant spécialisé, enrichi la collaboration grâce à ses valeurs professionnelles et personnelles. Tel un œuf, sans le blanc et le jaune, la coquille seule n'a pas d'intérêt.

Parmi les conditions structurelles, on retrouve la *confiance mutuelle entre les acteurs de cette collaboration*, *l'accessibilité entre eux* ainsi que *l'explication de son rôle à l'autre lors d'un contact* comme spécificités auxquelles les experts tiennent pour coopérer. D'ailleurs on aperçoit que ces trois éléments encadrent déjà la collaboration actuellement en Belgique. C'est plutôt encourageant car la littérature évoquait un manque de confiance des médecins généralistes envers les services spécialisés de l'enfance engendrant un frein à la prise en charge d'une situation de maltraitance infantile. [7] *Rendre durable la collaboration et faire correspondre le seuil d'alerte des médecins généralistes à ceux des intervenants spécialisés face à une situation de suspicion de maltraitance infantile* sont toutes deux des spécificités également nécessaires à la structure de cette collaboration interdisciplinaire.

Parmi les modalités de communication, *l'utilisation de termes similaires entre les différents acteurs de la collaboration dans la gestion de situation de maltraitance infantile* et *l'adaptation du secret professionnel partagé* sont des spécificités essentielles à la collaboration dans le cadre de la maltraitance infantile. En effet, la notion de secret professionnel partagé est revenue constamment dans les commentaires de cette recherche. L'absence d'un cadre juridique clair concernant le partage d'informations sur des situations de maltraitance infantile a été souligné par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). En Flandre, le protocole Van Moed a été créé dans le but d'élaborer une concertation entre les prestataires de soins et les représentants du parquet. Cependant, le KCE exprime qu'en Wallonie, un tel protocole n'est pas utilisé : « *on estime que l'échange d'informations constitue une menace pour la relation d'aide. Une réglementation au niveau communautaire semble donc une option plus réaliste qu'une adaptation du Code pénal.* ». [4] Cette difficulté sur le secret professionnel partagé a également été évoquée dans une des questions ouvertes de ce travail : *Mon statut influence-t-il ma conception de la collaboration interdisciplinaire ?*. Chaque acteur de cette collaboration est soumis à des règles de déontologie en fonction de son secteur professionnel. En effet, les

valeurs liées directement et indirectement à la profession modifient notre idée de coopérer. Un des experts évoque qu'en tant que médecin généraliste il a été formé à travailler seul et à considérer que l'intervenant spécialisé faisait d'emblée autorité dans son domaine. Or, à l'inverse, l'idée d'interdisciplinarité nécessite l'apport des compétences de chaque discipline pour remédier à une situation donnée. Au-delà des valeurs professionnelles, les valeurs morales et éthiques propres à chaque intervenant ont un rôle dans notre perception de la collaboration. Tel qu'évoqué plus haut, la collaboration est intrinsèquement dépendante des acteurs qui la compose.

Pour continuer, *la création d'un protocole de collaboration entre les généralistes et les services spécialisés dans la protection de l'enfance* peut faciliter la communication entre ceux-ci. Il existe déjà un protocole de collaboration entre le SAJ et les équipes SOS Enfants. L'idée est de s'en inspirer pour en créer un à plus large échelle, regroupant les services de protection de l'enfance et les prestataires de soins de première ligne, les médecins généralistes. En Belgique, il existe déjà des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) encadrant la démarche des généralistes face à une situation de maltraitance infantile. Ces RBP ont également fait l'objet d'une enquête Delphi. Une des recommandations porte sur la collaboration du médecin généraliste avec les secteurs d'aide à l'enfance. On y retrouve un protocole reprenant les mesures que doit prendre le médecin généraliste en cas d'intervention urgente ou non-urgente lors d'une situation de maltraitance infantile et un descriptif des services d'aide. [2] Cependant, l'aspect pratico-pratique de la collaboration entre les médecins généralistes et les services d'aide à l'enfance n'est pas abordé. Un protocole davantage centré sur le déroulement des échanges entre les deux entités, la manière de communiquer, une liste d'information concernant les règles déontologiques et juridiques encadrant ces échanges ainsi qu'une idée du rôle de chaque acteur de la collaboration (tel qu'on le retrouve dans le protocole entre le SAJ et SOS Enfants) peut faciliter la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile.

Chaque acteur de cette collaboration interdisciplinaire, qu'il soit médecin généraliste, psychologue, pédiatre, assistant social ou autre se doit d'être formé pour prendre en charge les situations de maltraitance infantile. C'est pourquoi *la formation des généralistes et des équipes spécialisées dans la protection de l'enfance vers une logique collaborative* a mis d'accord tous les experts de cette recherche.

De plus, *la présentation d'équipes spécialisées dans la protection de l'enfance lors de la formation continue des médecins généralistes* permet d'acquérir une meilleure connaissance des autres acteurs de la collaboration. Il est certain que toute personne qui ne connaît pas son interlocuteur est moins enclin à demander de l'aide. Alors que s'il a une meilleure connaissance du réseau, les échanges sont plus fluides. D'ailleurs, une recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège l'exprime « *les médecins qui avaient réalisé un stage antérieur dans les structures semblaient communiquer plus facilement avec la Protection Maternelle et Infantile car ils avaient davantage confiance aux acteurs et connaissaient leur fonctionnement* » [18].

2. Spécificités consensuelles après reformulation

Dans la littérature, un des freins à la collaboration pour les médecins généralistes est le grand turnover au sein des équipes spécialisés dans la maltraitance infantile et donc le manque de connaissance des intervenants spécialisés. [6] C'est pourquoi la proposition sur *la création d'un poste de référent maltraitant pour les médecins généralistes* avait été soumise aux participants lors du premier tour. Cependant, cette suggestion avait engendré un avis dispersé au sein du groupe par peur d'augmenter le nombre d'interlocuteurs. Emanant d'un expert, une autre proposition avait été émise au second tour, *le renforcement de la disponibilité des services spécialisés déjà existants*. En effet, ces services sont trop souvent surchargés ne leur permettant pas d'avoir des échanges et des feed-back réguliers avec les généralistes. Le KCE dénonce le manque de personnel au sein du service d'aide à la jeunesse. De plus, les employés qui partent ne sont pas toujours remplacés. [4] Pourtant la quantité de travail augmente, surtout depuis la crise sanitaire de la Covid-19. Il est donc certain qu'un renforcement de ces équipes est nécessaire. Par ce renforcement, on attend également la possibilité de créer un site centralisé, un poste de permanence ou encore un numéro de téléphone de référence permettant une centralisation et une facilité de communication. D'ailleurs, une des spécificités de la collaboration : *développer un numéro unique ou un site centralisé* a obtenu un avis consensuel lors du second tour. De plus, les médecins généralistes *tiennent à être informés des chiffres de maltraitance infantile dans leur secteur d'activité*.

Ensuite, deux autres spécificités de cette collaboration ont été mises en avant lors de ce deuxième tour : *connaître les repères éthiques et les règles juridiques encadrant la communication des acteurs entre eux et la formation des généralistes et des services spécialisés*

dans la maltraitance infantile par un cursus spécifique à chaque activité et comprenant des notions juridiques spécifique au domaine d'activité. Elles permettent une piqure de rappel en regard de la notion du secret professionnel propre à chaque discipline telle qu'elle a été abordée plus haut. On peut formuler l'hypothèse qu'une meilleure connaissance des notions juridiques encadrant la collaboration mais également un cadre juridique plus clair permettent une meilleure communication et facilitent ainsi la prise en charge des situations de maltraitance infantile.

Pour continuer, la place du médecin généraliste au sein de la prise en charge globale d'un enfant maltraité doit être abordée. Celui-ci a un rôle capital de détecteur, d'examineur et de signaleur dans les situations de maltraitance infantile. De plus, étant un intervenant de première ligne, il est en contact direct avec la famille de l'enfant maltraité. Par sa proximité, le médecin généraliste peut avoir une meilleure connaissance des conflits intra-familiaux et des difficultés socio-économiques au sein de la famille. Les RBP belges l'exposent dans leur recommandation sur le rôle du médecin : *« La combinaison de signes de maltraitance et la connaissance du cadre de vie de la famille (en ce compris des facteurs de risques éventuels) est importante pour reconnaître cette problématique ; le médecin généraliste a dès lors un rôle particulier à jouer »*. [2] Lors du second tour, tous les experts étaient d'accord qu'il faut *encourager les médecins généralistes à prendre contact avec une équipe spécialisée pour toute suspicion de maltraitance infantile*. Cet interlocuteur privilégié peut même servir de lien entre les services spécialisés et la famille. Il a été démontré, à plusieurs reprises, que le généraliste a toute sa place au sein de la collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile et que l'équipe spécialisée *devrait intégrer un contact avec le médecin généraliste de l'enfant* en fonction de la situation et à condition de respecter l'accord des parents. En effet, les experts pointaient l'importance de faire les échanges dans le respect de la famille et du secret professionnel partagé. Une autre proposition suggérait de tenir informé le médecin généraliste du dossier de son patient, par la création d'un résumé à envoyer aux médecins généralistes après les réunions interdisciplinaires. Néanmoins, la charge de ce résumé s'ajouterait au travail déjà surchargé des intervenants spécialisés. De plus, les tâches administratives des médecins généralistes seraient alourdies et les échanges directs seraient diminués. Or les visioconférences, les réunions présentiels, etc. sont essentielles à la réflexion commune.

Pour terminer, la motivation financière du médecin généraliste se doit d'être évoquée. Tout travail méritant salaire, il est alors évident que *l'obtention d'une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires* soit une spécificité essentielle motivant la bonne collaboration des médecins généralistes. Pourtant, lors du premier tour, une divergence d'opinion entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés a été mise en avant concernant la tarification. La raison de cette divergence réside dans le mode de rémunération étant fondamentalement différent entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés. Ces derniers en tant que salariés sont directement rémunérés pour leur travail en collaboration alors que le médecin généraliste, étant indépendant, doit se faire rémunérer à la prestation. Ainsi, le travail non rémunéré des médecins généralistes peut représenter un frein à collaboration et à la prise en charge des situations de maltraitance infantile. Cette barrière a également été mise en lumière dans la littérature. [5],[18] Dès lors, on peut imaginer que la création d'un code de tarification spécifique correspondant au temps consacré à une situation de maltraitance infantile destiné aux médecins généralistes permettrait une rémunération plus juste pour le travail effectué et favoriserait la collaboration avec les services de la protection de l'enfance.

3. Spécificités non retenues par les experts.

L'élaboration d'un dossier informatisé partagé ainsi que la création d'une plateforme de signalement informatisée et sécurisée sont les deux propositions qui n'ont pas été retenues comme spécificités de la collaboration. En effet, l'informatisation de données confidentielles doit être traitée avec précaution et nécessite plus d'investigation.

Les forces et les limites.

1. Les forces

Dans le but d'élaborer une convergence autour de la collaboration interdisciplinaire dans la gestion de situation de maltraitance infantile, la technique Delphi s'appropriait la question de recherche. Cette technique demande beaucoup de rigueur étant garante de critères de qualité. Premièrement, l'échantillon était correct car il comprenait 22 experts sur les deux tours sans la perte de vue d'un des participants. Deuxièmement, l'anonymat des experts fait partie d'une des forces de cette recherche. Il évite l'influence d'un éventuel leader d'opinion. Ensuite, le questionnaire a été élaboré sous forme de questions à échelle de Likert, une méthode classiquement utilisée dans le Delphi. De plus, des questions ouvertes ont été ajoutées laissant

la place à l'expression des candidats et leur possibilité d'émettre de nouvelles idées. Concernant l'analyse statistique des résultats, elle s'est établie sur trois niveaux comprenant la médiane, le pourcentage de convergence des participants et un paramètre de dispersion, l'écart absolu médian. Cette triple analyse provient directement de la littérature et des conseils d'experts en Delphi. Pour terminer, une analyse qualitative a été réalisée pour appuyer cette étude.

2. Les limites

Pour commencer, les services de protection de l'enfance sont nombreux. Il était ainsi difficile de déterminer la proportion de candidats représentatifs de ces services par rapport aux candidats médecins généralistes. De plus, l'hétérogénéité des fonctions au sein des services rendait la tâche encore plus difficile. Probablement qu'un échantillon de médecins généralistes plus large aurait été un plus. Puis, une partie du recrutement s'est réalisée par effet boule de neige. Ce choix peut engendrer un biais de sélection. Ensuite, l'utilisation d'un premier questionnaire dont la majorité des questions étaient d'ordre fermé peut faire partie des limites de cette étude. En effet, la méthode Delphi basique préconise un premier questionnaire exploratoire pour laisser place à l'expression des candidats. Cependant, une revue de la littérature sur la problématique a permis d'étudier les principaux enjeux qu'aurait pu révéler ce premier tour exploratoire. Outre cela, cette limite est contrée par les questions ouvertes en fin de chaque partie laissant place aux commentaires des répondants.

3. Perspectives

Il serait pertinent de mettre en application les spécificités de la collaboration interdisciplinaire dans la lutte contre la maltraitance infantile obtenues dans cette recherche et de réaliser une étude rétrospective pour évaluer l'efficacité de ces spécificités afin d'améliorer la collaboration interdisciplinaire. D'autre part, le contenu d'une formation centrée sur la collaboration dans le cadre de la maltraitance infantile pour les médecins généralistes pourrait faire l'objet d'une étude d'ordre qualitative ou consensuelle afin de déterminer les attentes du médecin généraliste concernant cette formation.

Conclusion

La présente étude s'intéressait à la collaboration entre les médecins généralistes et les services spécialisés dans la protection de l'enfance représentant un frein dans la gestion des situations de maltraitance infantile.

Afin de favoriser une prise en charge globale des enfants maltraités, 22 experts dont 6 médecins généralistes et 16 intervenants d'équipes spécialisées telles que SAJ, SOS Enfants, centre PMS, etc. ont été interrogés sur deux tours successifs concernant leur collaboration mutuelle.

Grâce à la technique Delphi, méthode d'analyse par consensus, cette recherche a permis d'établir, par la convergence des experts, un référentiel des spécificités de la collaboration entre les médecins généralistes et les services spécialisés dans la maltraitance infantile.

Plusieurs de ces spécificités peuvent servir de pistes de réflexion et mener à la création d'outils à la collaboration :

- Créer un protocole de collaboration pratico-pratique entre généralistes et intervenants spécialisés à la protection de l'enfance, calquant celui entre le SAJ et SOS Enfants, et instaurant des termes définis communément, une coordination des échanges et une adaptation du secret professionnel partagé.
- Former un site centralisé reprenant toutes les informations nécessaires au médecin généraliste : la liste des équipes spécialisées, l'intervenant de référence, éventuellement un numéro unique à contacter, le protocole de collaboration ainsi que des informations sur le taux de maltraitance infantile par secteur d'activité.
- Créer un code de tarification pour l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge interdisciplinaire de situation de maltraitance infantile.
- Améliorer la formation des généralistes et des intervenants spécialisés vers une logique collaborative et une meilleure connaissance des notions juridiques spécifiques à leur profession dans les situations de maltraitance infantile.
- Favoriser la rencontre des généralistes et des services spécialisés de la protection de l'enfance par la formation.

La lutte contre la maltraitance infantile est complexe mais vaut la peine d'être défendue. Le médecin généraliste a sa place au sein de la collaboration interdisciplinaire gérant les situations de maltraitance infantile. La communication, la réflexion commune et le travail en synergie sont le nerf de la guerre. C'est pourquoi, je continuerai à me battre aux côtés de mes collègues de tous les horizons (psychologues, assistant sociales, pédopsychiatres etc.) afin de remédier à cette problématique .

Bibliographie

1. X, **Déclaration des dirigeants - Violence envers les enfants : la crise cachée de la pandémie de COVID-19**, [Web page]. 8 avril 2020

Available from : <https://violenceagainstchildren.un.org/fr/news/violence-envers-les-enfants-la-crise-cach%C3%A9e-de-la-pand%C3%A9mie-de-covid-19> (consulté le 21/04/2021)

2. Dekker N, Smets K, Kaïret K, Peremans L, : **Maltraitance infantile - Recommandations de Bonne Pratique, Bruxelles, Société Scientifique de Médecine Générale**, Validation par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medecine (CEBAM) ; 2014

3. Provost V et Vache E : **Le point sur la maltraitance dans les familles - Analyse – Décembre 2018** In. Bruxelles : Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) ; 2018

4. Vinck I, Christiaens W, Jonckheer P, Veereman G, Kohn L, Dekker N, et al : **Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? – Synthèse**, Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) ; 2016.

5. Mardieux J : **Obstacles au dépistage de la maltraitance chez les enfants en médecine générale – Thèse**, Paris, Université Paris Diderot ; 2012

6. Woodman J, Gilbert R, Allister J, Glaser D , Brandon M : **Responses to concerns about child maltreatment: a qualitative study of GPs in England**, BMJ open ; 2013, 3:e003894

7. Konijnendijk A, Boere-Boonekamp M, Haasnoot-Smallegange R, Need A : **A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care**, Journal of Evaluation in Clinical Practice, Pays-bas ; 2014, ISSN 1365-2753

8. Letrilliart L, Vanmeerbeek M : **A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?** Exercer ; 2011, 99 : pages170-177.

9. Caire J.M : **Les différentes possibilités de la technique delphi**, RFRE Bordeaux ; 2016, volume 2, numéro 1

10. Kohn L, Christiaens W : **The use of qualitative research methods in kce Studies**. Method. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ; 2012. KCE Report 187C.

11. Slocum N, Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer C : **Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur**, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin ; 2005 : pages 99-118
12. Borel A, Mertz E : **Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme**, Thèse, Université de Grenoble Alpes ; 2019
13. Booto Ekionea JP, Bernard P, Plaisent M : **Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances**, Recherches qualitatives 2011 29(3), pages 168-192.
14. Baillette P, Fallery B, Girard A : **La méthode Delphi pour définir les accords et les controverses : applications à l'innovation dans la traçabilité et dans le e-recrutement**, 18ème Colloque de l'Association Information et Management (AIM), Lyon ; 2013, pages 1-22
15. Prud'homme J, Gingras Y : **Les collaborations interdisciplinaires : raisons et obstacles**, Le seuil ; 2015, 5 N° 210 | pages 40 à 49
16. Doerflinger L : **La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015**. Sciences du Vivant [q-bio] ; 2015.
17. Chia-Chien H, Sandford B : **The Delphi Technique : Making Sense of Consensus** Practical Assessment, Research, and Evaluation ; 2007 Vol. 12, Article 10.
18. Cassagnes L, Delabarre M : **Maltraitance infantile : les liens entre les médecins généralistes et les autres acteurs de la protection de l'enfance en Ariège - Etude recherche action sur le système de protection de l'enfance en Ariège**, Thèse, Ariège, Université de Toulouse III-Paul Sabatier ; 2019

Annexes

Annexe 1 : Courriel de demande de participation

Annexe 2 : Courriel d'invitation au premier tour

Annexe 3 : Courriel d'invitation au deuxième tour

Annexe 4 : Questionnaire – Premier tour

Annexe 5 : Questionnaire – Deuxième tour

Annexe 6 : Commentaires ayant aidés à la reformulation des propositions.

Annexe 7 : Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour

Annexe 8 : Recueil des commentaires – Premier tour

Annexe 9 : Recueil des commentaires – Deuxième tour



**Comment penser la collaboration interdisciplinaire entre
les médecins généralistes et les intervenants spécialisés
dans la prise en charge des situations de maltraitance
infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles ?**

Elaboration d'un consensus à partir d'avis d'experts par la méthodologie Delphi

Annexes

Marie Jacques

Tutrice : Dr ZENON Caroline, médecin généraliste

Promoteur : Dr CORNELIS Gilles, médecin généraliste

Master complémentaire en Médecine Générale

2020-2021

Table des matières

Annexe 1 : Courriel de demande de participation.....	2
Annexe 2 : Courriel d’invitation au premier tour.....	3
Annexe 3 : Courriel d’invitation au deuxième tour.....	4
Annexe 4 : Questionnaire – Premier tour	5
Annexe 5 : Questionnaire – Deuxième Tour.....	9
Annexe 6 : Commentaires ayant aidés à la reformulation des propositions.	13
Annexe 7 : Taux d’application des propositions consensuelles du 1 ^{er} tour	15
Annexe 8 : Recueil des commentaires – Premier tour	17
Annexe 9 : Recueil des commentaires – Deuxième tour.....	25

Annexe 1 : Courriel de demande de participation

Bonjour,

Etant en dernière année d'assistantat, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon Travail de Fin d'Etude sur l'optimisation d'une collaboration entre les médecins généralistes et les différents intervenants sociaux dans la prise en charge de la maltraitance infantile.

L'intérêt de mon travail est de confronter les opinions d'experts de cette collaboration, ayant des pratiques diverses et complémentaires : psychologue, médecin (pédiatre, pédopsychiatre, neuropédiatre, médecin généraliste), travailleur médico- social, coordinateur, infirmier, etc., afin d'obtenir un consensus pluridisciplinaire.

C'est pourquoi, j'ai besoin de votre aide !

Pour la réalisation de ce travail, j'utiliserai la Méthode Delphi. Elle se déroule en deux ou trois étapes en fonction du degré d'accord obtenu.

A chacune de ces étapes, vous recevrez un questionnaire en ligne d'une durée de +/- 15 min.

Le questionnaire 2 (et 3) résultera de l'analyse de vos réponses au premier questionnaire.

L'étude débutera en janvier 2021 jusque fin mars au plus tard (1 questionnaire/mois).

En espérant que cette étude attirera votre attention et que vous accepterez d'enrichir cette réflexion par votre participation.

Je vous saurai gré de me confirmer votre participation par retour de mail.

En vous remerciant d'avance pour votre considération,

Marie Jacques



Annexe 2 : Courriel d'invitation au premier tour

Bonjour,

Avant toute chose, je tiens à vous remercier pour votre participation et l'intérêt que vous portez à mon mémoire.

Afin de mieux comprendre la réalisation du questionnaire, permettez-moi de vous expliquer la méthode utilisée : **La méthode Delphi** est une technique d'aide à la décision par l'élaboration de consensus. Il s'agit d'une procédure itérative et interactive dans laquelle un groupe d'experts est interrogé sur un sujet complexe par l'intermédiaire d'un questionnaire structuré auto-administré destiné à obtenir un avis unique et convergent sur le sujet.

La technique Delphi, nous permet d'obtenir une information riche grâce à la confrontation de point de vue de différentes personnalités, de conserver l'anonymat des participants entre eux (aucune communication directe) et d'éviter ainsi l'influence d'un éventuel leader d'opinion.

De plus, les itérations permettent aux experts d'affiner leurs réponses au fur et à mesure des tours et d'ainsi modifier leurs réponses s'ils le désirent après avoir pris connaissance des réponses du groupe afin de converger vers un consensus.

Premier tour :

Suite à ma recherche bibliographique, j'ai établi une liste de propositions initiales concernant l'optimisation de la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situations de maltraitance infantile.

Dans le but de connaître votre degré d'accord avec ces propositions, je vous demande de les coter suivant une échelle de 1 à 9 afin de mettre en évidence les points importants à l'élaboration de cette collaboration interdisciplinaire selon vous.

Ce premier tour, étant ouvert et exploratoire, vous serez invité à laisser un commentaire, proposer une nouvelle formulation ou une autre idée d'item après chaque section.

L'objectif générale de l'étude est de **penser la collaboration interdisciplinaire « idéale » entre les médecins généralistes et les différents acteurs de la sphère psycho-médicosociale lors de la prise en charge de situation de maltraitance infantile**

Deuxième tour :

Dès que vous aurez répondu au premier questionnaire, vous recevrez une copie de vos réponses par mail. Après analyse de vos réponses, je vous informerai de la médiane obtenue par le groupe pour chaque item. Vous pourrez ainsi réévaluer votre degré d'accord avec chaque proposition en ayant connaissance de l'avis des autres participants.

Lors du premier tour, certaines propositions seront directement validées ou éliminées par un degré d'accord fort. Seuls les items considérés comme équivoques ou engendrant un désaccord entre les participants seront retravaillés à partir de vos commentaires et vous seront proposés dans ce second tour.

Je vous invite, dès à présent, à prendre part au premier tour en cliquant sur le lien ci-dessous : {lien URL}

Merci de bien vouloir répondre au questionnaire pour le 17 janvier 2021 au plus tard. En cas d'absence de réponse de votre part dans les 10 jours, je me permettrai de vous relancer par mail vous laissant encore 5 jours supplémentaires.

Pour toute question relative au questionnaire ou au travail en général, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone.

En vous remerciant d'avance pour le temps que vous m'accordez,

Marie Jacques

Annexe 3 : Courriel d'invitation au deuxième tour

Bonjour,

Tout d'abord un tout grand merci pour votre participation et votre implication dans le 1er tour dont l'objectif générale de l'étude est de « penser la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les différents acteurs de la sphère psycho-médicosociale lors de la prise en charge de situation de maltraitance infantile ».

Après analyse de vos réponses,

Sur les 20 propositions à échelle de Likert (cotées de 1 à 9) :

- 10 propositions ont obtenu un accord fort dit "consensuel". Un choix multiple sur la praticabilité de la proposition vous sera proposé.
- 3 propositions ont obtenu un accord fort dit "consensuel" mais ont fait l'objet de reformulation suite à vos commentaires.
- 5 propositions ont obtenu un accord "simple" et ont été reformulées à l'aide de vos commentaires.
- 2 propositions ont obtenu un avis mitigé et ont été reformulées à l'aide de vos commentaires.

D'autres items vous seront également proposés suite à vos réponses aux questions ouvertes.

Pour information : le panel d'experts est composé de médecins généralistes, d'intervenants spécialisés de SOS enfants, du SAJ, du PMS, des services de SM et d'intervenants psycho-sociaux d'une maison médicale.

Vous trouverez **en pièce jointe** un document Word comparatif de la médiane de chaque proposition et de votre réponse afin que vous puissiez vous positionner par rapport au groupe.

Je vous invite, dès à présent, à prendre part au second tour en cliquant sur le lien ci-dessous : {lien URL}

Merci de bien vouloir répondre au questionnaire pour le 21 février 2021 au plus tard. En cas d'absence de réponse de votre part dans les 10 jours, je me permettrai de vous relancer par mail vous laissant encore 5 jours supplémentaires.

Pour toute question relative au questionnaire ou au travail en général, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone.

En vous remerciant d'avance pour le temps que vous m'accordez,

Marie Jacques



Annexe 4 : Questionnaire – Premier tour

La collaboration interdisciplinaire entre médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile

Suite à ma recherche bibliographique, j'ai établi une liste de propositions initiales concernant l'optimisation de la collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile.

Dans le but de connaître votre degré d'accord avec ces propositions, je vous demande de les coter suivant une échelle de 1 à 9 afin de mettre en évidence les points importants à l'élaboration de cette collaboration interdisciplinaire selon vous.

Ce premier tour, étant ouvert et exploratoire, vous serez invité à laisser un commentaire, proposer une nouvelle formulation ou une autre idée d'item après chaque section.

L'objectif générale de l'étude est de créer une collaboration interdisciplinaire « idéale » entre les médecins généralistes et les différents intervenants de la sphère psycho-médicosociale lors de la prise en charge de situation de maltraitance infantile

Merci pour vos réponses

Données personnelles

1. Quel est votre statut ? *

- ☐ Psychologue
- ☐ Assistant Social
- ☐ Médecin Généraliste
- ☐ Pédiopsychiatre
- ☐ Pédiatre
- ☐ Coordinateur
- ☐ Autre :

Partie A : Définition

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec cette définition

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition ,

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Définition d'une collaboration interdisciplinaire : La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire comme étant : « le travail, par le dialogue et l'échange de connaissances, de méthodes de pensée et d'approches, entre deux ou plusieurs individus de différents domaines professionnels afin d'atteindre un objectif commun. »

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Quels sont vos commentaires ou suggestions d'amélioration concernant cette définition ? (Réponse libre)

3. Mon statut (psychologue, coordinateur, assistant social, médecins, etc.) influence ma conception/idée de la collaboration interdisciplinaire ? Oui/non ? Développez (Réponse libre)

Partie B : Structurer la collaboration :

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec ces propositions concernant une collaboration interdisciplinaire « idéale », selon vous, spécifique à la gestion de situation de maltraitance infantile :

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Préciser et expliquer son rôle lorsqu'un intervenant contacte un autre intervenant dans une situation de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Connaître les règles déontologiques et juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Avoir une confiance mutuelle entre tous les intervenants de la collaboration interdisciplinaire

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Se rendre accessible aux différents intervenants de la collaboration interdisciplinaire dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Faire correspondre le seuil d'alerte des médecins généralistes face à la suspicion de maltraitance infantile à celui du secteur psycho-médicosocial spécialisé dans la gestion de situation de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

6. Rendre durable la collaboration entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Organiser un entretien formel entre le médecin généraliste de l'enfant et l'intervenant spécialisé lors d'une suspicion de maltraitance infantile

8. Obtenir une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

9. Le médecin généraliste est-il un élément central de la prise en charge des situations de maltraitance infantile ?
Oui/non, développez (Réponse libre)

10. La prise en charge d'une situation de suspicion de maltraitance infantile par un service spécialisé devrait intégrer un contact avec le médecin généraliste de l'enfant, si ce dernier en a un ? Oui/non, développez

(Réponse libre)

11. Avez-vous des commentaires concernant les items proposés, une nouvelle formulation d'un item ou une autre proposition dans cette sous partie B : structurer une collaboration ? (Réponse libre)

Partie C : Créer des modalités de communication :

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec ces propositions concernant une collaboration interdisciplinaire « idéale », selon vous, spécifique à la gestion de situation de maltraitance infantile :

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Utiliser des termes similaires (définis de manière commune) entre les différents intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile et les médecins généralistes

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Adapter le secret professionnel partagé afin de favoriser le travail en collaboration dans les situations de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Créer un poste de référent maltraitant pour les généralistes d'une région, tel qu'il existe, par exemple, des référents maltraitants pour les médecins travaillant à l'ONE

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Créer un protocole de collaboration entre les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile et les médecins généralistes, tel que le protocole entre les équipes du SAJ et les équipes de SOS enfants

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Elaborer un dossier patient informatisé partagé, à mettre à jour régulièrement, entre les médecins généralistes et les différents intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

6. Créer une plateforme de signalement informatisée dans laquelle on peut solliciter directement une instance (SOS enfants, SAJ,...) sans passer par un appel téléphonique

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Instaurer un contact (téléphonique, mail, rendez-vous) obligatoire avec une équipe spécialisée (SOS-enfants, SAJ, autre) pour toute suspicion de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Faire participer le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom,..)

9. Selon vous, quel est le moyen de le plus facile pour collaborer :

- ☐ Mail
- ☐ Téléphone
- ☐ Réunion
- ☐ Vidéoconférence
- ☐ Autre

10. Avez-vous des commentaires concernant les items proposés, une nouvelle formulation d'un item ou une autre proposition dans cette sous partie C : créer des modalités de communication

(Réponse Libre)

Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer :

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec ces propositions concernant une collaboration interdisciplinaire « idéale », selon vous, spécifique à la gestion de situation de maltraitance infantile :

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile par un cursus commun

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Présenter des équipes impliquées dans la maltraitance infantile lors de formation continue des généralistes

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile vers une logique collaborative.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Avez-vous des commentaires concernant les items proposés, une nouvelle formulation d'un item ou une autre proposition dans cette sous partie D : améliorer la formation afin de mieux collaborer (Réponse Libre)

Annexe 5 : Questionnaire – Deuxième Tour

La collaboration interdisciplinaire entre médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile - 2ème tour

Bonjour à tous,

Tout d'abord un tout grand merci pour votre participation et votre implication dans cette étude. Je vous propose, ici, le second tour afin d'œuvrer vers l'objectif général de l'étude:

"Créer une collaboration interdisciplinaire « idéale » entre les médecins généralistes et les différents acteurs de la sphère psycho-médicosociale lors de la prise en charge de situation de maltraitance infantile"

Ce second questionnaire comporte des réponses à choix multiple, des questions à échelle de Likert et des questions ouvertes afin que vous puissiez réagir.

Merci pour vos réponses !

Partie A : Définition d'une collaboration interdisciplinaire

Après analyse de vos commentaires, la proposition de définition d'une collaboration interdisciplinaire dans le cadre de la maltraitance infantile a été reformulée. Cette nouvelle proposition sera donc confrontée à la proposition initiale.

1. Choisissez la définition qui vous paraît la plus adéquate :

- o La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire comme étant : « le travail, par le dialogue et l'échange de connaissances, de méthodes de pensée et d'approches, entre deux ou plusieurs individus de différents domaines professionnels afin d'atteindre un objectif commun.
- o La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire comme étant : « la mise en commun par le dialogue, l'échange de connaissances et d'avis entre plusieurs individus de différents domaines d'expertise complémentaires afin d'œuvrer à l'élaboration de solutions à une situation donnée, dans le respect, le consentement - ou du moins l'information - des bénéficiaires de l'aide et des soins, en suivant le secret professionnel partagé.

Partie B : Structurer la collaboration

Choix multiple sur les propositions dites "consensuelles"

1. Préciser et expliquer son rôle lorsqu'un intervenant contacte un autre intervenant dans une situation de maltraitance infantile

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

2. Avoir une confiance mutuelle entre tous les intervenants de la collaboration interdisciplinaire

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

3. Se rendre accessible aux différents intervenants de la collaboration interdisciplinaire dans la prise en charge des situations de maltraitance infantile

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

4. Faire correspondre le seuil d'alerte des médecins généralistes face à la suspicion de maltraitance infantile à celui du secteur psycho-médicosocial spécialisé dans la gestion de situation de maltraitance infantile

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

5. Rendre durable la collaboration entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

Propositions reformulées sur base de vos commentaires

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec ces propositions concernant une collaboration interdisciplinaire « idéale », selon vous, spécifique à la gestion de situation de maltraitance infantile :

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Connaître les repères éthiques et les règles juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Organiser un contact, dans la majorité des cas, entre le médecin généraliste, les parents de l'enfant et l'intervenant spécialisé afin que le médecin généraliste puisse servir de lien entre le service spécialisé et les parents

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Développer un numéro unique ou un site centralisé afin de créer facilement cette collaboration interdisciplinaire

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Tenir informé les médecins généralistes des chiffres de maltraitance infantile dans son secteur d'activité (rapports d'activités des équipes SOS enfants locales, signalements au SAJ, SPJ) afin d'avoir une meilleure visibilité des actions et des affluences de son secteur

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Concernant l'item : Obtenir d'une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires, il a été mis en évidence une divergence d'opinion. La grande majorité des médecins recommandent une tarification alors que la plupart des intervenants spécialisés sont plus mitigés. Selon vous, comment s'explique cette analyse de réponses ?

(Réponse libre)

6. Avez-vous des commentaires concernant cette sous partie B : structurer une collaboration ? (Réponse libre)

Partie C : Créer des modalités de communication

Choix multiple sur les propositions dites "consensuelles"

1. Utiliser des termes similaires (définis de manière commune) entre les différents intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile et les médecins généralistes

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

2. Adapter le secret professionnel partagé afin de favoriser le travail en collaboration dans les situations de maltraitance infantile

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

3. Créer un protocole de collaboration entre les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile et les médecins généralistes

- o Déjà pratiqué
- o Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- o Théorique mais non réalisable dans la pratique

Propositions reformulées sur base de vos commentaires

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec ces propositions concernant une collaboration interdisciplinaire « idéale », selon vous, spécifique à la gestion de situation de maltraitance infantile :

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Elaborer un dossier patient informatisé partagé, dans le respect du secret médical partagé, à mettre à jour régulièrement, entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Créer une plateforme de signalement informatisée (site internet sécurisé dans lequel les médecins généralistes pourraient transmettre des informations sur une situation suspecte de maltraitance infantile) dans laquelle on peut solliciter directement une instance (SOS enfants, SAJ,...) afin d'accélérer le signalement

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Encourager un contact (téléphonique, mail, rendez-vous) avec une équipe spécialisée (SOS- enfants, SAJ, autre) pour toute suspicion de maltraitance infantile

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Concernant l'item : Créer un poste de référent maltraitant pour les médecins généralistes d'une région, la majorité des participants sont d'accord. Cependant, il y a eu plusieurs commentaires défavorables à cette proposition par crainte de complexifier le système et de multiplier les intervenants. Une idée a été proposée : renforcer la disponibilité des services spécialisés déjà existant. Êtes-vous d'accord/pas d'accord? Développez (Réponse libre)

5. Concernant l'item : Inviter le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom,..), il existe une divergence d'opinion. La majorité des intervenants spécialisés semblent mitigés alors que les médecins généralistes sont en accord avec cette proposition. Une idée a été proposée: Envoyer un résumé (par ex. via mail) des conférences réalisées par les intervenants spécialisés au sujet d'un des patients du médecin généraliste afin de l'informer et de lui donner la possibilité d'intervenir dans le dossier. Êtes-vous d'accord/pas d'accord? Développez

(Réponse Libre)

6. Avez-vous des commentaires concernant cette sous partie C : Créer des modalités de communication

(Réponse Libre)

Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer :

Choix multiple sur les propositions dites "consensuelles"

1. Présenter des équipes impliquées dans la maltraitance infantile lors de formation continue des généralistes

- ☐ Déjà pratiqué
- ☐ Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- ☐ Théorique mais non réalisable dans la pratique

2. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile vers une logique collaborative.

- ☐ Déjà pratiqué
- ☐ Actuellement, non pratiqué mais réalisable dans la pratique
- ☐ Théorique mais non réalisable dans la pratique

Propositions reformulées sur base de vos commentaires

Indiquez votre degré d'accord de 1 à 9 avec ces propositions concernant une collaboration interdisciplinaire « idéale », selon vous, spécifique à la gestion de situation de maltraitance infantile :

Tel que 1 = Vous êtes totalement en désaccord avec la proposition

5 = Vous êtes indécis face à cette proposition

9 = Vous êtes totalement d'accord avec la proposition

1. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile par un cursus spécifique à chaque activité et comprenant des notions juridiques spécifique au domaine d'activité.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Avez-vous des commentaires concernant cette sous partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer ?

(Réponse Libre)

Annexe 6 : Commentaires ayant aidés à la reformulation des propositions.

Tableau n° : Analyse des propositions reformulées à partir des commentaires		
Proposition – Premier tour	Propositions reformulées Second tour	Commentaires ayant aidé à la reformulation
Partie A : Définir la collaboration		
1. La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire comme étant : « le travail, par le dialogue et l'échange de connaissances, de méthodes de pensée et d'approches, entre deux ou plusieurs individus de différents domaines professionnels afin d'atteindre un objectif commun. »	1. La présente étude définit la collaboration interdisciplinaire comme étant : « la mise en commun par le dialogue, l'échange de connaissances et d'avis entre plusieurs individus de différents domaines d'expertise complémentaires afin d'œuvrer à l'élaboration de solutions à une situation donnée, dans le respect, le consentement - ou du moins l'information - des bénéficiaires de l'aide et des soins, en suivant le secret professionnel partagé.	« <i>compétences et expériences complémentaires; question du respect de la famille et du secret professionnel; quid transparence envers la famille et sa participation active ou non</i> » « <i>évoquer la notion de "secret professionnel partagé" et le consentement, ou du moins l'information des bénéficiaires de l'aide et des soins</i> »
Partie B : Structurer la collaboration		
2. Connaître les règles déontologiques et juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux	1. Connaître les repères éthiques et les règles juridiques encadrant la communication des intervenants entre eux	« <i>repères éthiques plus que règles déontologiques</i> »
7. Organiser un entretien formel entre le médecin généraliste de l'enfant et l'intervenant spécialisé lors d'une suspicion de maltraitance infantile	2. Organiser un contact, dans la majorité des cas, entre le médecin généraliste, les parents de l'enfant et l'intervenant spécialisé afin que le médecin généraliste puisse servir de lien entre le service spécialisé et les parents	« <i>Je pense qu'il serait intéressant de développer le lien que le médecin traitant a avec la famille.</i> » « <i>oui le rôle d'interface entre la famille et le service spécialisé pourrait être adéquatement joué par le médecin généraliste</i> »
8. Obtenir une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	Question ouverte : 1) Concernant l'item obtenir une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires, il a été mis en évidence une divergence d'opinion. La grande majorité des médecins recommandent une tarification alors que la plupart des intervenants spécialisés sont plus mitigés. Selon vous, comment s'explique cette analyse de réponses ?	« <i>je ne comprends pas bien la notion de code de tarification</i> »
Partie C : Créer des modalités de communication		
3. Créer un poste de référent maltraitant pour les généralistes d'une région, tel qu'il existe, par exemple, des référents maltraitants pour les médecins travaillant à l'ONE	Question ouverte : 2) Concernant l'item : Créer un poste de référent maltraitant pour les médecins généralistes d'une région, la majorité des participants sont d'accord. Cependant, il y a eu plusieurs commentaires défavorables à cette proposition par crainte de complexifier le système et de multiplier les intervenants. Une idée a été proposée : renforcer la disponibilité des services spécialisés déjà existant. Êtes-vous d'accord/pas d'accord ? Développez	« <i>Il n'existe en effet pas de référent maltraitance pour les médecins généralistes. Toutefois, les équipes SOS-enfants et le SAJ ont clairement dans leurs missions le fait de pouvoir être sollicités pour un avis concernant une situation de maltraitance infantile avérée ou suspectée. Cet avis, qui se fera en respectant l'anonymat des familles est une étape importante avant un éventuel signalement demandant une prise en charge effective de la situation. Renforcer la disponibilité de ces services pour qu'ils puissent répondre aux demandes d'avis et ainsi éviter que les professionnels de premières lignes se retrouvent seuls, avec leurs émotions</i> »

		<i>parfois mauvaises conseillères, est une priorité. »</i>
5. Elaborer un dossier patient informatisé partagé, à mettre à jour régulièrement, entre les médecins généralistes et les différents intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	1. Elaborer un dossier patient informatisé partagé, dans le respect du secret médical partagé, à mettre à jour régulièrement, entre les médecins généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de situation de maltraitance infantile	<i>« Le grand risque est le maintien d'une discrétion/ d'un secret médical et la stigmatisation en cas de fausse accusation »</i>
6. Créer une plateforme de signalement informatisée dans laquelle on peut solliciter directement une instance (SOS enfants, SAJ,...) sans passer par un appel téléphonique	2. Créer une plateforme de signalement informatisée (site internet sécurisé dans lequel les médecins généralistes pourraient transmettre des informations sur une situation suspecte de maltraitance infantile) dans laquelle on peut solliciter directement une instance (SOS enfants, SAJ,...) afin d'accélérer le signalement	<i>« J'ai le sentiment qu'un plate forme de signalement risque de faire perdre du temps car, chaque situation étant différente et amenant son lot de questionnements, les contacts en direct (téléphone, visio,...) sont vraiment à privilégier. » « je suis perplexe quant à la plate forme de signalement:il me faudrait plus d'explications »</i>
7. Instaurer un contact (téléphonique, mail, rendez-vous) obligatoire avec une équipe spécialisée (SOS-enfants, SAJ, autre) pour toute suspicion de maltraitance infantile	3. Encourager un contact (téléphonique, mail, rendez-vous) avec une équipe spécialisée (SOS-enfants, SAJ, autre) pour toute suspicion de maltraitance infantile	<i>« attention au caractère obligatoire... ce n'est pas toujours souhaité ni efficace » « Le terme obligatoire devrait être remplacé par possibilité me semble-t-il »</i>
8. Faire participer le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom,...)	Question ouverte : 3) Concernant l'item : Inviter le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom,...), il existe une divergence d'opinion. La majorité des intervenants spécialisés semblent mitigés alors que les médecins généralistes sont en accord avec cette proposition. Une idée a été proposée : Envoyer un résumé (par ex. via mail) des conférences réalisées par les intervenants spécialisés au sujet d'un des patients du médecin généraliste afin de l'informer et de lui donner la possibilité d'intervenir dans le dossier. Êtes-vous d'accord/pas d'accord ? Développez	<i>« Autant le rôle du généraliste est capital dans cette prise en charge , autant le temps nécessaire pour une prise en charge correcte manque cruellement. Le défi serait donc de faciliter cette communication par un systeme simplifié : site sécurisé? Mail? Numero unique ? Et malgré qu'une vidéoconférence me semble le moyen le complet pour communiquer , j'ai peur de ne pas pouvoir les intégrer à ma pratique de médecine générale et dans ce cas , ne serait il pas plus simple de recevoir un résumé de ces conférences par les spécialistes de cette prise en charge avec la possibilité d'intervenir par mail de notre expérience dans le dossier et surtout être informé pour continuer une prise en charge adaptée . »</i>
Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer (1^{er} questionnaire)		
1. Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile par un cursus commun	Former les généralistes et les intervenants spécialisés dans la gestion de la maltraitance infantile par un cursus spécifique à chaque activité et comprenant des notions juridiques spécifiques au domaine d'activité.	<i>« formation juridique, cours de droit ou cadre légal à intégrer dans notre formation» « Par contre, une formation commune me semble compliquée car on n'agit pas tous au même niveau . Il est, par contre , nécessaire de viser , dans ces formations éventuelles, une meilleure collaboration entre tous ces services concernés. »</i>

Annexe 7 : Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour

- Partie B : Structurer la collaboration

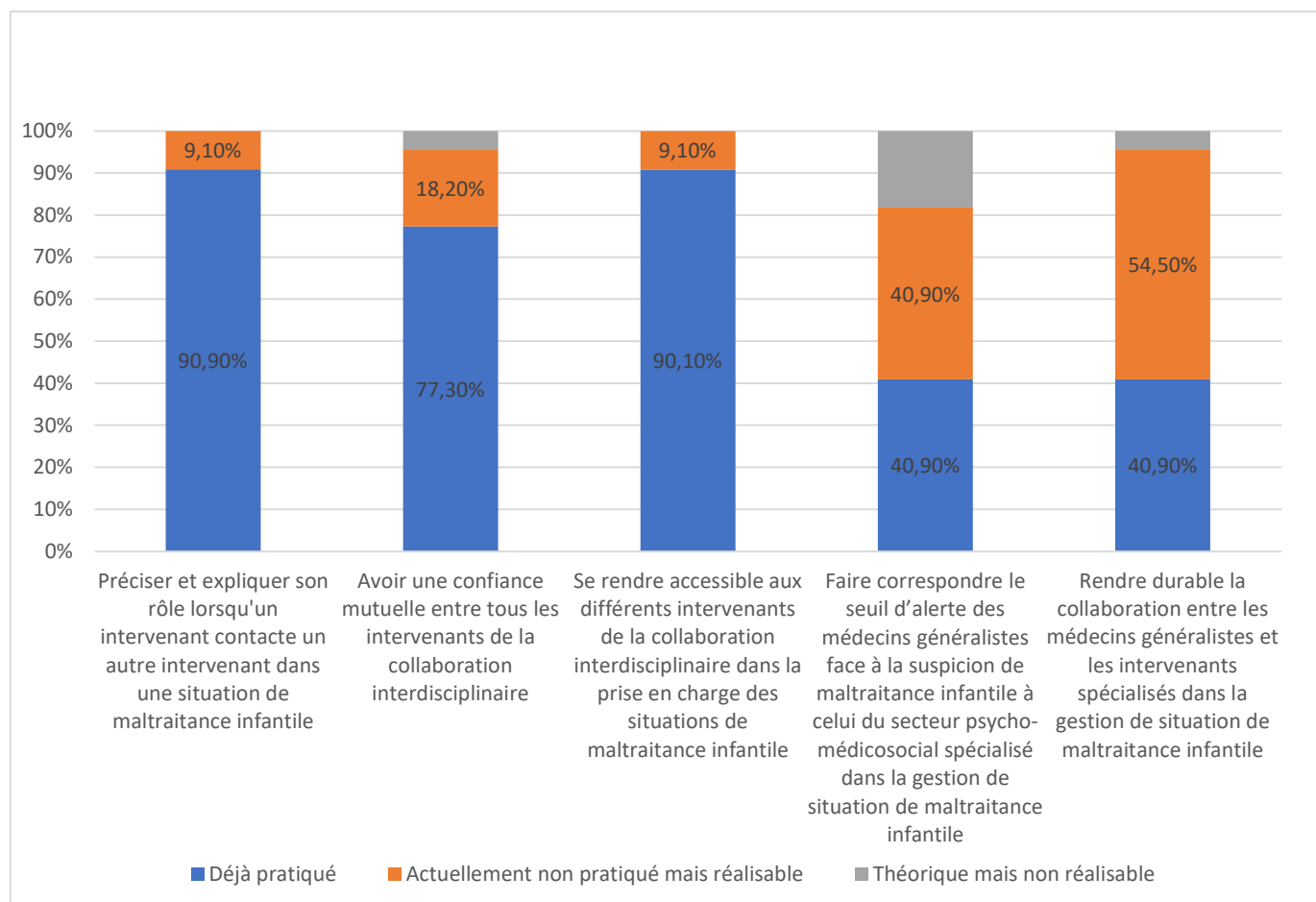


Figure 1 : : Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour – Partie B : Structurer la collaboration

- Partie C : Créer des modalités de communication

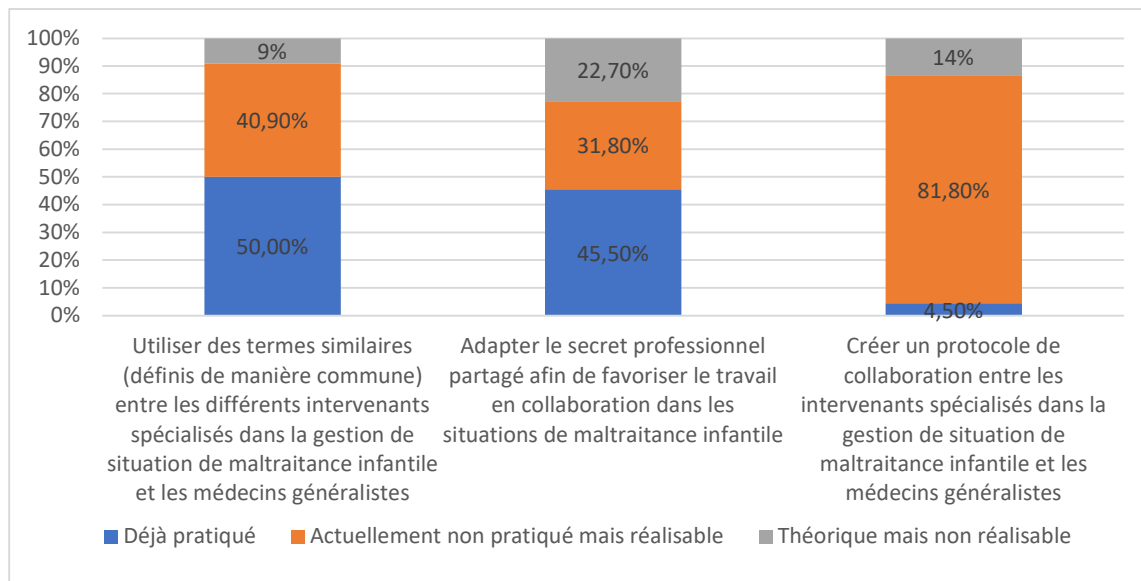


Figure 2 Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour - Partie C : Créer des modalités de communication

- Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer

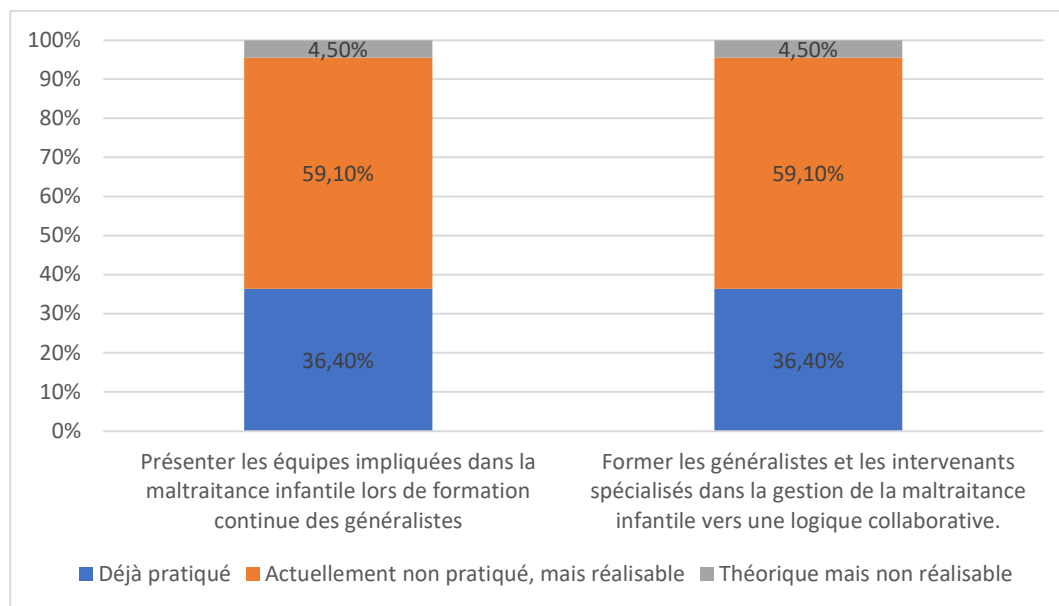


Figure 3 Taux d'application des propositions consensuelles du 1^{er} tour – Partie D : améliorer la formation afin de mieux collaborer

Annexe 8 : Recueil des commentaires – Premier tour

Partie A : Définition

1) Quels sont vos commentaires ou suggestions d'amélioration concernant cette définition ?

E01 : « / »

E02 : « je ne mettrais pas " deux ou " , c'est trop réducteur »

E03 : « Les dialogues et échanges au sujet des familles se feront dans le respect de celles-ci et suivant les règles du secret professionnel partagé : entre intervenants tenus au secret professionnel ; partageant un même objectif (protection de l'enfant) ; avec l'accord (ou à défaut après avoir informé) les parents ; après un tri des informations pertinentes à communiquer. »

E04 : « évoquer la notion de "secret professionnel partagé" et le consentement, ou du moins l'information des bénéficiaires de l'aide et des soins »

E05 : « Dans le respect du secret professionnel partagé »

E06 : « j'ajouterais "complémentaires" après différents domaines professionnels »

E07 : « nuance on peut être du même domaine professionnel et pas avoir la même expertise. Je nuancerai de différents domaines et expertises professionnels »

E08 : « compétences et expériences complémentaires; question du respect de la famille et du secret professionnel; quid transparence envers la famille et sa participation active ou non »

E09 : « reconnaître les différents paradigmes de chacun »

E10 : « / »

E11 : « C'est aussi laisser à chacun son domaine d'expertise et pouvoir collaborer en s'orientant vers les professionnels adéquats. »

E12 : « Elle convient parfaitement »

E13 : « approches au départ différentes »

E14 : « Aucun »

E15 : « et qui permet l'enrichissement de chacun dans sa fonction? »

E16 : « Echange de réflexions basées sur la théorie mais également l'expérience professionnelle et personnelle »

E17 : « Ou de définir du moins la (partie de la) compétence attribuée à chacune des parties participantes afin d'arriver à atteindre le but commun . »

E18 : « la mise en commun, par (...) d'avis" plutôt que "le travail; par (...) de méthodes de pensées" je parlerais d'avis plutôt que de pensées. "Méthodes de pensées" est un terme complexe, y a t-il une vraie méthode à la pensée, ou parles-tu d'un mode de pensée? »

E19 : « j'ai une légère réticence pour la fin de la définition. Je dirais plutôt: ".... afin d'oeuvrer à l'élaboration de pistes de solutions à une situation donnée" »

E20 : « . »

E21 : « je préfère le terme de processus au mot travail »

E22 : « Et qui partagent des mêmes valeurs »

2) Mon statut (psychologue, coordinateur, assistant social, médecins, etc.) influence ma conception/idée de la collaboration interdisciplinaire ? Oui/non ? Développez

E01 : « non, pour moi ce n'est pas le statut mais le service dans lequel on travaille amène à avoir une place différente. »

E02 : « oui car je travail déjà en cabinet groupé »

E03 : « Oui, cette collaboration étant indispensable. Toutefois elle ne peut se faire sans respecter l'outil qu'est la relation de confiance tissée avec les familles. Relation rendue possible par notre engagement vis à vis du secret professionnel. »

E04 : « ce point est repris au précédent »

E05 : « Non, quelle que soit la profession exercée la collaboration est nécessaire pour autant qu'elle soit dans le respect des besoins du patient. »

E06 : « oui en tant que coordinatrice je dois parfois "trancher" »

E07 : « non, peu importe le statut on a besoin des autres »

E08 : « Oui: importance de créer un dialogue commun compris par tous »

E09 : « fondamentale en maison médicale puisque nous avons une telle approche depuis toujours , mais plus complexe avec le réseau »

E10 : « oui, le travail se réseau se pense et s'articule différemment en fonction du métier »

E11 : « Oui, je ne peux prétendre à des connaissances que je n'ai pas et compte sur les acteurs de terrain du monde médical, judiciaire,... autour de moi afin de prendre en charge de la meilleure façon possible les situations auxquelles je suis confrontée professionnellement. Mon statut influence également la collaboration interdisciplinaire en regard du secret professionnel que je me dois de respecter.»

E12 : « Oui , mon point de vue sera différent, ainsi que le temps que je peux y consacrer et le rôle que je peux y jouer . Néanmoins, quelque soit l'horizon professionnel , le but doit être commun quelque soit son statut . »

E13 : « Oui »

E14 : « Non »

E15 : « Oui, c'est une réelle plus value dans ma fonction psy d'avoir l'avis d'un médecin, d'un juriste ou d'un travailleur social sur la situation d'un patient commun »

E16 : « Non »

E17 : « Oui »

E18 : « bien sûr. Je pense notamment au paternalisme dans les professions médicales qui fait que l'avis du médecin pèse parfois plus lourd que les autres. Je pense aussi aux ségrégations en terme d'expérience, d'âge, de sexe, de profession.... Il y a une vraie éducation personnelle et institutionnelle à la multidisciplinarité. Il faut des "autorisations" tacites ou officielles. Certains occupent des postes dans lesquelles ils n'ont pas une vraie permission de pratiquer une collaboration (subalternes) »

E19 : « Oui, car comme MG sorti en 1978, nous étions formés à travailler seuls et à considérer qu'un expert spécialisé faisait d'emblée autorité dans son domaine »

E20 : « oui, il existe différentes façons de collaborer selon sa personnalité, les professionnels avec qui l'on travaille et les codes déontologiques relatifs à chaque profession. Il n'y a pas de consensus. Chaque relation de collaboration est unique. Par exemple certains se retrancheront derrière le secret professionnel relatif à leur profession comme le SAJ retenant férocelement leurs infos alors que des psychologues sur le terrain sont également soumis au secret professionnel mais définis d'une autre manière. »

E21 : « oui notre façon de fonctionner ,les valeurs sous-jacentes liées à notre profession et au réseau dans lequel nous l'exerçons impacte notre idée de collaboration, de plus la notion de secret professionnel est un point crucial perçu différemment par les divers intervenants »

E22 : « Oui, en fonction de mon cadre de travail, de ma formation, de mes valeurs, ...cela va se répercuter de manière visible et invisible dans ma façon de concevoir et pratiquer le travail collaboratif interdisciplinaire »

Partie B : Structurer une collaboration

1) Le médecin généraliste est-il un élément central de la prise en charge des situations de maltraitance infantile ? Oui/non, développez

E01 : « Pour moi oui, car il est une personne proche de la famille et dans certains cas, un interlocuteur privilégié »

E02 : « oui car on nous appelle encore souvent "médecin de famille" »

E03 : « Evidemment, il connaît la famille, son réseau, ... Il a tissé une relation de confiance avec ses patients. Toutefois, son implication dans la gestion des situations de maltraitance, comme pour tout autre professionnel, peut amener à un sentiment de trahison dans le chef des familles, avec pour conséquence une rupture de la relation de confiance, une perte du suivi médical de l'enfant et dans certains milieux plus ruraux une perte de confiance qui se diffuse au sein d'un public plus vulnérable. »

E04 : « oui s'il existe dans l'enveloppe partenariale de l'enfant concerné »

E05 : « oui, c'est un intervenant de première ligne qui peut par son expertise médicale détecter des négligences, maltraitements physiques... »

E06 : « oui il est en première ligne et connaît bien ses patients »

E07 : « oui car il permet de nous éclairer sur la situation familiale de l'enfant, quand ils ne font pas du shopping médical. »

E08 : « Oui et non! La maltraitance doit être travaillée en réseau. Le médecin traitant est un des maillons au même titre que d'autres. Ne pas minimiser le travail des TMS ONE et les PSE scolaires. Il peut avoir accès plus facilement aux antécédents médicaux et réaliser un examen corporel (qui peut également être fait par le médecin scolaire ou éventuellement un expert mandaté) »

E09 : « il est l'essentiel, c'est lui qui a construit le lien de confiance et qui perdure dans le temps »

E10 : « non, ces situations peuvent débuter dans d'autres cadres (école...). Des équipes spécialisées telles que SOS enfants peuvent "gérer" ces situations. »

E11 : « Oui, les médecins sont en première ligne pour faire le constat de maltraitance suspectée ou avérée et il est de leur responsabilité de signaler ces situations aux services adéquats, ainsi que d'en parler à la famille afin d'aider au mieux l'enfant. »

E12 : « Oui je pense : bien que nous passions probablement souvent à côté de signes de maltraitance, nous sommes quasiment les seuls à pouvoir entrer dans l'intimité de la famille, de l'enfant et du domicile du patient, bien avant qu'une alerte n'ait été créée. Nous devons donc être sensibilisés à ces signes avant-coureurs, afin de pouvoir interpeller à temps les autres intervenants. Ou, dans le cas contraire, en cas d'alerte, afin d'être vigilants auprès de la famille, sur le suivi du dossier et des séquelles sur la santé de l'enfant en souffrance. »

E13 : « oui par sa proximité »

E14 : « Oui. Il connaît le contexte familial de l'enfant ».

E15 : « Oui s'il est bien formé à la détection de ces situations (maltraitance et négligence) »

E16 : « Oui car il connaît en général bien la famille »

E17 : « Il est en contact avec un large public, connaît les constellations familiales et a une vue parfois très immédiate sur le climat au domicile, les tensions entre conjoints ou dans la famille, l'état de souffrance des adultes et /ou enfants concernés. »

E18 : « Oui. Mais c'est potentiellement un problème dans la mesure où il est souvent le médecin d'autres membres de la famille, parfois du persécuteur lui-même. »

E19 : « Il est un détecteur de situations de maltraitance et un possible "lanceur d'alerte". Il peut aussi à la fois prendre les mesures pour protéger l'enfant tout en restant à l'écoute ou accueillant pour les personnes maltraitantes. »

E20 : « non. L'école est plus souvent l'endroit où l'on observa une maltraitance. »

E21 : « il devrait l'être mais c'est rarement le cas, le médecin invoquant souvent le secret médical et ne communiquant pas ou peu avec d'autres intervenants si ils ne sont pas médecins »

E22 : « Tout dépend des situations. Dans certaines situations cela peut être le cas et dans d'autres pas du tout »

2) La prise en charge d'une situation de suspicion de maltraitance infantile par un service spécialisé devrait intégrer un contact avec le médecin généraliste de l'enfant, si ce dernier en a un ? Oui/non, développez

E01 : « oui comme dit à la question du dessus, c'est un interlocuteur privilégié dans la famille. »

E02 : « oui »

E03 : « Oui, avec l'accord des parents. Mais chacun doit garder sa place. »

E04 : « oui par la place privilégiée de celui-ci occupe »

E05 : « Oui, il est partie prenante du quotidien de l'enfant surtout si il connaît la famille, il peut être un interlocuteur privilégié sur les besoins des enfants. »

E06 : « oui afin d'avoir une vision globale et médicale de la situation »

E07 : « dans une grande majorité des cas »

E08 : « Oui, l'ensemble du réseau gravitant autour de l'enfant devrait être contacté. »

E09 : « oui obligatoire en plus il a une vision plus globale du contexte familial »

E10 : « oui , cela peut-être un plus »

E11 : « Cela ne doit pas être systématique mais se faire si cela s'avère nécessaire. Selon le type de maltraitements, il peut y avoir des séquelles physiques auxquelles le médecin doit pouvoir prêter attention. Le contact d'un service envers le médecin ne peut se faire qu'avec l'accord des parents puisque les services sont soumis au secret professionnel. »

E12 : « Oui , car , de nouveau , nous avons cette chance de pouvoir entrer profondément dans l'intimité de ces familles . Notre rôle est donc capital . Et vu la difficulté de repérer ces maltraitements , une collaboration est plus que nécessaire. »

E13 : « oui si respect du secret médical »

E14 : « Oui, Si le médecin traitant connaît bien la famille .Il peut aider et servir de lien entre le service spécialisé et les parents. »

E15 : « Oui mais il me semble préférable que ce contact se fasse de médecin à médecin »

E16 : « Oui, cela me semble essentiel dans le processus »

E17 : « Oui, cela pourrait être même favorisé, développé, notamment par le code de tarification. »

E18 : « Oui de toute façon, avec la même réserve que celle que j'exprime à la question précédente. Si le lien thérapeutique est fort avec d'autres membres de la famille et éventuellement le persécuteur, le médecin doit être en mesure de se retirer du débat (p.ex pour travailler un traitement psychiatrique ou d'addiction avec le persécuteur, il ne peut couper le lien). Il doit aussi être conscient de la présomption d'innocence en vigueur dans un état démocratique et pouvoir rester neutre avant que la justice statue.... Tout en protégeant la victime. »

E19 : « Oui, afin d'aider celui-ci à mieux se situer vis-à-vis des divers protagonistes »

E20 : « pas forcément. En revanche il faut que la famille soit suivie et que l'enfant puisse bénéficier d'un encadrement adapté ce qui est rarement le cas . Il y a beaucoup de manque institutionnel »

E21 : « oui le rôle d'interface entre la famille et le service spécialisé pourrait être adéquatement joué par le médecin généraliste »

E22 : « Tout dépend du rôle et de la présence de ce médecin auprès de la famille, et des éléments qu'on a à notre connaissance. »

3) Avez-vous des commentaires concernant les items proposés, une nouvelle formulation d'un item ou une autre proposition dans cette sous partie B : structurer une collaboration ?

E01 : « / »

E02 : « nous n'avons pas assez de notions juridiques dans le domaine donc c'est à proposer me semble-t-il »

E03 : « Non »

E04 : « Ok »

E05 : « Celui de la tarification me pose question dans un travail de collaboration »

E06 : « Non »

E07 : « /»

E08 : « Préciser le domaine d'activité des intervenants qui répondent à ce questionnaire. Un psychologue en CPMS, en privé ou en Equipe SOS Enfants n'a pas les mêmes missions par exemple »

E09 : « une bonne collaboration ne peut se faire que dans un contexte de confiance, dans la réalité c'est loin d'être toujours le cas . Ne pas oublier le monde judiciaire: les avocats et les juges, il y a parfaitement moyen de collaborer »

E10 : « Non »

E11 : « Non »

E12 : « Cette collaboration me semble être la clef d'une prévention des maltraitances mais surtout d'un suivi correct des enfants victimes . Il me paraît donc intéressant de développer un numéro unique ou site centralisé afin de créer facilement cette collaboration multidisciplinaire , qui , dans la pratique est parfois compliqué à mettre en route vu le nombre d'intervenants utiles. L'autre frein à cette collaboration , de mon point de vue de médecin généraliste, c'est la notion de secret médical. Comment garantir une discrétion du dossier avec autant d'intervenants ? »

E13 : « repères éthiques plus que règles déontologiques »

E14 : « Non »

E15 : « / »

E16 : « Non »

E17 : « Le medecon traitant devrait , par son cercle des medecins, pouvoir être tenu au courant des chiffres de maltraitance dans son secteur, des rapports d'activité des équipes SOS Enfants locales, des signalements SAJ, SPJ, substitut .Proc.Roi, pour visualiser mieux les pertinence de chaque l'acteur année par l'année et renforcer les collaborations. (visibilité des actions et affluences) »

E18 : « Tout à fait partante pour le réseau, sans encourager la multiplication des intervenants et dans le respect du secret médical. Viser la qualité et le minimum d'intervenants pour la sécurité de l'enfant... »

E19 : « Non »

E20 : « Non »

E21 : « je ne comprends pas bien la notion de code de tarification »

E22 : « Je pense qu'il serait intéressant de développer le lien que le médecin traitant a avec la famille (est-il souvent dans la famille ou peu souvent..). Et il serait aussi intéressant de développer le type de suspicion de maltraitance. Une collaboration, par exemple, qui devrait, à mon sens, être développée, et ce de manière générale, sont les situations d'absentéisme chronique couverts par CM. »

Partie C : Créer des modalités de communication

1) Avez-vous des commentaires concernant les items proposés, une nouvelle formulation d'un item ou une autre proposition dans cette sous partie C : créer des modalités de communication

E01 : « / »

E02 : « Non »

E03 : « Il n'existe en effet pas de référent maltraitance pour les médecins généralistes. Toutefois, les équipes SOS-enfants et le SAJ ont clairement dans leurs missions le fait de pouvoir être sollicités pour un avis concernant une situation de maltraitance infantile avérée ou suspectée. Cet avis, qui se fera en respectant l'anonymat des familles est une étape importante avant un éventuel signalement demandant une prise en charge effective de la situation. Renforcer la disponibilité de ces services pour qu'ils puissent répondre aux demandes d'avis et ainsi éviter que les professionnels de premières lignes se retrouvent seuls, avec leurs émotions parfois mauvaises conseillères, est une priorité. »

E04 : « attention au caractère obligatoire... ce n'est pas toujours souhaité ni efficace »

E05 : « / »

E06 : « Non »

E07 : « pour moi, il faut rendre les choses plus facile et surtout sensibiliser les medecins à la maltraitance. »

E08 : « Différencier "faire participer" et collaborer, voire inviter »

E09 : « le secret prof partagé existe déjà le ref maltraitant, attention d'éviter des couches de lasagne archipel bw existe et remplit déjà toutes ces fonctions , c'est un travail de réseau »

E10 : « Non »

E11 : « J'ai le sentiment qu'un plate forme de signalement risque de faire perdre du temps car, chaque situation étant différente et amenant son lot de questionnements, les contacts en direct (téléphone, visio,...) sont vraiment à privilégier. »

E12 : « Autant le rôle du généraliste est capital dans cette prise en charge , autant le temps nécessaire pour une prise en charge correcte manque cruellement. Le défi serait donc de faciliter cette communication par un système simplifié : site sécurisé? Mail? Numéro unique ? Et malgré qu'une vidéoconférence me semble le moyen le plus complet pour communiquer , j'ai peur de ne pas pouvoir les intégrer à ma pratique de médecine générale et dans ce cas , ne serait il pas plus simple de recevoir un résumé de ces conférences par les spécialistes de cette prise en charge avec la possibilité d'intervenir par mail de notre expérience dans le dossier et surtout être informé pour continuer une prise en charge adaptée . »

E13 : « partager les valeurs plus que les règles »

E14 : « Non »

E15 : « Réunion ou téléphone. Les équipes SOS sont sollicitées par les généralistes pour des avis, cela me semble adéquat que cela reste comme ça et pas passer par des référents maltraitance qui n'ont pas la pluridisciplinarité de leur équipe ? »

E16 : Non »

E17 : « Non »

E18 : « Le grand risque est le maintien d'une discrétion/ d'un secret médical et la stigmatisation en cas de fausse accusation (je pense à un papa accusé sur le faux témoignage de sa compagne qui a porté le poids durant des années de 10aines d'intervenants sociaux qui l'accablaient et se parlaient entre eux jusqu'à ce que l'on prouve que la mère était complètement malade schizophrène et avait tout inventé....) »

E19 : « Les échanges de mails peuvent rapidement tourner à la confusion. Rien ne vaut le téléphone ou la visioconférence ou la rencontre en présentiel »

E20 : « Non »

E21 : « je suis perplexe quant à la plate forme de signalement:il me faudrait plus d'explications »

E22 : « Le terme obligatoire devrait être remplacé par possibilité me semble-t-il »

Partie D : améliorer la formation afin de mieux collaborer

1)Avez-vous des commentaires concernant les items proposés, une nouvelle formulation d'un item ou une autre proposition dans cette sous partie D : améliorer la formation afin de mieux collaborer

E1 : « / »

E2 : « formation juridique, cours de droit ou cadre légal à intégrer dans notre formation »

E3 : « non »

E4 : « il existe déjà des modules de formation... à généraliser! »

E5 : « Il existe déjà dans le cursus des étudiants médecine un ARPC qui permet d'approcher la problématique complexe de la maltraitance infantile »

E6 : « non »

E7 : « non, il faut absolument former tout les médecins, peu importe leur spécialité »

E8 : « Faciliter la compréhension commune de la loi et des codes de déontologie propres à chaque profession »

E9 : « cela devrait faire partie du cursus »

E10 : « non »

E11 : « Non »

E12 : « Nous ne sommes clairement pas assez formés à ce problème, que ce soit dans le repérage des enfants concernés, dans leur suivi, dans les démarches à faire mais surtout dans la communication de ce problème avec l'enfant ou les familles concernées. Par contre, une formation commune me semble compliquée car on n'agit pas tous au même niveau. Il est, par contre, nécessaire de viser, dans ces formations éventuelles, une meilleure collaboration entre tous ces services concernés. »

E13 : « formulation tout à fait adéquate »

E14 : « non »

E15 : « Importance que chacun garde la spécificité de son cadre, de sa formation et de son métier »

E16 : « non »

E17 : « non »

E18 : « TB »

E19 : « non »

E20 : « non »

E21 : « la formation des généralistes devrait être revue surtout pour tout l'aspect psychologique mais pas forcément par un cursus commun. (avec quelle spécialité d'ailleurs? psy? As?..) »

E22 : « non »

Annexe 9 : Recueil des commentaires – Deuxième tour

Partie B : structurer une collaboration

- 1) Concernant l'item: Obtenir d'une tarification (par ex. via un code) pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires, il a été mis en évidence une divergence d'opinion.

La grande majorité des médecins recommandent une tarification alors que la plupart des intervenants spécialisés sont plus mitigés. Selon vous, comment s'explique cette analyse de réponses?

E1 : « il me semble difficile et délicat de tout encoder... de cadenasser... »

E2 : « le statut des intervenants salariés souvent pour le social et indépendants pour les généralistes? »

E3 : « Réalité différente du médecin »

E4 : « Au SAJ, notre intervention est gratuite. Et on se retrouve dans ces réunions interdisciplinaires avec certains qui doivent se faire payer et d'autres non. »

E5 : « Les intervenants psycho-sociaux sont généralement subsidiés pour leur travail, la question financière serait un frein à une pleine collaboration, la tarification serait à charge de qui??? »

E6 : « Différence entre les modes de rémunération ? c'est-à-dire entre "salariés" et "indépendants" ? »

E7 : « le secteur de travail est différent et il est logique que ce point diffère de part et d'autre »

E8 : « Aucune idée »

E9 : « Les médecins sont indépendants alors que les intervenants sont salariés »

E10 : « Depuis le coronavirus, les médecins ont un code de téléconsultation »

E11 : « Pour toute personne ne travaillant pas comme MT ou MS l'idée d'un incitant financier paraît étrange, parce qu'ils ne vivent pas le métier de dedans. Pourtant cela permettrait aux MT ou spécialistes de ne pas avoir à opter entre une pratique rémunérée de consultation et un travail de réseau autour d'un cas de maltraitance de manière non rémunérée, style " obligation déontologique et morale" mais sans être payé, alors que tous les autres acteurs desdits réseaux "spécialisés" ou généralistes intervenants dans les situations de maltraitance sont justement payés pour leur travail.. »

E12 : « Probablement parce que la majorité des intervenants sont salariés et ne travaillent pas à la prestation, contrairement aux médecins. Certains psychologues privés sont présents à ces réunions et ne demandent pas de rémunération! De plus, la question serait alors de savoir qui payerait la facture?? Pas la famille j'ose espérer! »

E13 : « Etant médecin et coordinateur d'une équipe SOS, je trouve ça normal qu'il y ait une tarification pour les médecins, car ça prend du temps »

E14 : « la rémunération majoritairement à la prestation pour les médecins généralistes »

E15 : « Les intervenants spécialisés, contrairement aux médecins, sont salariés . Les médecins sont payés très souvent à l'acte et donc ils ne seraient pas rémunérés pour les contacts téléphoniques et les réunions interdisciplinaires sans l'existence d'un code de tarification spécifique »

E16 : « je ne comprends pas la question »

E17 : « la plupart des intervenants sont salariés dans des institutions publiques »

E18 : « Je ne sais pas répondre, je n'ai pas d'hypothèse »

E19 : « La plupart des intervenants sont subsidiés et proposent des services gratuits à la population. Dès lors, qui payerait et comment? Les intervenants sont sans doute en difficultés de faire payer leurs patients alors que nos services sont gratuits, l'aspect financier peut être un frein à la prise en charge. »

E20 : « Le travail "social" du médecin doit être reconnu. Ainsi à l'ONE, les médecins bénéficient d'une intervention pour leurs déplacements et pour le temps consacré lors d'une rencontre avec la PEPs ou le référent maltraitance »

E21 : « 1. nous sommes en général des indépendants, beaucoup d'intervenants sont salariés! 2. crainte d'abus probablement (mais on y passe parfois tellement de temps que c'est impayable! récemment j'ai du travailler gratuitement car le maximum de 5 codes téléconsultation était atteint, or situation maltraitance et covid qui me demandait une intervention quotidienne!) »

E22 : « Peut être parce que les partenaires sociaux pensent que cela va freiner le bon processus de demander une tarification alors que les médecins y voient un intérêt financier »

2) Avez-vous des commentaires concernant cette sous partie B : structurer une collaboration ?

E1 : « Non »

E2 : « Il y a des choses qui se font déjà, maintenant elles ne se font pas à chaque fois »

E3 : « / »

E4 : « / »

E5 : « / »

E6 : Si la médecin parle en groupe de parole type Balint, d'une difficulté qu'il rencontre face à une situation de maltraitance intrafamiliale, il n'est pas nécessaire que les "bénéficiaires" soient prévenus car le "bénéficiaire" direct est ici le médecin. Par contre, en cas de contact direct entre intervenants, à propos de "bénéficiaires" dûment identifiés, ceux-ci doivent être informés du contact. »

E7 : « / »

E8 : « / »

E9 : « Suis en accord parfait avec la plupart des propositions sauf celle qui mêlent les parents concernés avec le médecin et les intervenants spécialisés. En effet, je pense que les médecins ne sont pas formés pour intervenir de manière optimale dans ce genre de problématique. Notre rôle est essentiellement préventif et collaboratif, à moins de pouvoir suivre des formations pour optimiser le dialogue et intervenir plus activement auprès des familles, ce qui, à ce jour, n'est pas encore d'application... peut être une suggestion future ? »

E10 : « / »

E11 : « / »

E12 : « Selon moi, le médecin généraliste est un maillon du réseau mais ne devrait pas avoir un rôle de centraliser, notamment pour une question de charge de travail, et du fait qu'ils travaillent souvent seuls. Faudrait-il engager des personnes afin de répondre aux appels et renvoyer aux personnes de terrain? A priori, l'idéal est que le réseau se connaisse au mieux et sache qui joindre en cas de difficulté. »

E13 : « cette collaboration est nécessaire »

E14 : « adapter à l'évolution attendue dans la pratique »

E15 : « Non »

E16 : « Non »

E17 : « / »

E18 : « / »

E19 : « La réalisation d'un site internet reprenant les coordonnées des services d'aide par région serait pratique et utile. »

E20 : « Non »

E21 : « ton questionnaire ne laisse pas la possibilité de traduire 3 expériences différentes; celle d'une collaboration réussie ET celle d'un échec de la collaboration (2 x pour moi) ET la conviction qu'une collaboration serait possible, on l'espère à chaque fois! »

E22 : « Oui,. Je pense que la théorie est belle mais en pratique il faut réagir vite et bien. Il n'est pas possible d'"effectuer des réunions de blablas car il est vraiment tres tres compliqué de trouver des horaires convenant à tout le monde et lorsque l'on y arrive souvent, les parents ne viennent pas car ils ne sont pas demandeurs et auront tendance à fuir. Il est donc tres difficile d'agir meme si c'est une nécessité. »

Partie C : Créer des modalités de communication

1) Concernant l'item : Créer un poste de référent maltraitant pour les médecins généralistes d'une région, la majorité des participants sont d'accord. Cependant, il y a eu plusieurs commentaires défavorables à cette proposition par crainte de complexifier le système et de multiplier les intervenants. Une idée a été proposée : renforcer la disponibilité des services spécialisés déjà existant. Êtes-vous d'accord/pas d'accord? Développez

E1 : « la mise en pratique de l'"enveloppe partenariale" »

E2 : « Pourquoi pas...mais on connaît leur disponibilité et on essaye d'en tenir compte...maintenant une plus grande offre de service est souvent un plus »

E3 : « Plus facile »

E4 : Effectivement, il veut mieux améliorer et renforcer ce qui existe. »

E5 : Cela me semble complexe au vu du nombres de collaboration à établir dans divers secteurs, on ne peut pas avoir systématiquement être plus disponible pour un secteur ou un autre »

E6 : « Je suis favorable au renforcement des services déjà existants pour les "désaturer" et pour renforcer la personnalisation des contacts entre intervenants »

E7 : « oui c'est mieux de renforcer les services existants »

E8 : « D'accor »

E9 : « Il est certain que faciliter l'accès a cette collaboration est la clef du succès. L'avantage de créer un referent , par contre , rendrait la collaboration plus spécialisée encore car ce referent medical gagnerait en expérience du protocole et du dialogue avec les intervenants habituels , une sorte de routine , un système bien huile , qui sera plus difficile à mettre en place avec des généralistes isolés et sans expérience frequente de cette problématique »

E10 : « plutôt d'accord »

E11 : « Renforcer les équipes SOS en place mais dotés depuis 30 ans du mtme nombre de personnel, de sorte a ce sue nous devons non pas fzire le traveul que nous souhzitions vraiment faire mzis crlii sue nous piuvons fzire zvzc le oru de moyens sue nous zvons. Or le nouveeu décret dd collabiration.rntre l3s équipes SOS et les SAJ/SPJ laisse aux seules equipes SOS la prévention de la maltraitance, nous oblige à faire bien plus de bilans maltraitance et loins de suivis..(logique ça?? Je ne pense pas) ..et ne prévoit aucune aide structurelle ou autre pour les mineurs AICS que nous voudrions continuer à traiter, mais que nous traitons soit sur budget propre, soit via un montage "éventuel poste APE+ budget propre" »

E12 : « D'accord. Les référents travaillent souvent seuls et font un travail de "filtre". Alors que contacter directement les intervenants de terrain paraît plus judicieux. Base d'un travail de coordination et de réflexion pour la prise en charge »

E13 : « oui je suis d'accord et c'est pour ça qu'une plateforme serait super. »

E14 : « d'accord mais définir les modalités pratiques »

E115 : « D'accord. Un renforcement des services existants avec un numéro de téléphone ou e-mail de référence et bien connu des médecins serait suffisant. »

E16 : « les services spécialisés sont déjà fort disponible pour ce type de demande. L'ONE possède en son sein un référent maltraitance, ce qui permet une intervision interne avant d'envisager un signalement. Le rôle du référent est de connaître les procédures et les faire valoir. »

E17 : « d'accord mais difficile à mettre en oeuvre vu la structure de la plupart des institutions »

E18 : « D'accord de renforcer ce qui existe. La maltraitance doit être prise en charge de manière pluridisciplinaire et non via un référent unique, me semble t il »

E19 : « Je suis en accord avec cette proposition. »

E20 : « D'accord pour développer le poste de permanence / avis / conseil au sein de équipes SOS-enfants et au SAJ. Pour rappel ,une des missions principales du SAJ et des équipes SOS enfants est de soutenir les intervenants (médecins) lorsqu'ils sont confrontés à une situation de maltraitance avérée et / ou suspectée. Ces services permettent à l'intervenant de ne pas rester seul face à la situation et offre un avis. Il est important de préciser qu'un avis se fait en préservant l'anonymat de la famille. Cet avis pourra être suivi par un signalement, non anonymisé, dans le respect des règles du secret professionnel (informer la famille de la démarche, entre intervenants tenus au SP, tri des informations pertinentes, même objectif de protection de l'enfant.) »

E21 : « d 'accord, cependant les services existants sont débordés donc la 1e solution me semble plus réaliste et je doute qu'un seul référent suffise mais qu'il faille une équipe de référents en tout cas pour la zone Charleroi qui est la mienne »

E22 : « Je trouve l'idée du poste référent tres interessante. En réalité il existe tellement asbl, d'AMO, et autres que meme les professionnels du secteurs peuvent s'y perdre. Une centralisation et un processus de mise en commun par voir informatique serait une super idée car cela permettrait le travail efficace et rapide. »

2) Concernant l'item : Inviter le généraliste aux réunions interdisciplinaires concernant un de ses patients par visioconférence (teams, zoom,..), il existe une divergence d'opinion. La majorité des intervenants spécialisés semblent mitigés alors que les médecins généralistes sont en accord avec cette proposition. Une idée a été proposée: Envoyer un résumé (par ex. via mail) des conférences réalisées par les intervenants spécialisés au sujet d'un des patients du médecin généraliste afin de l'informer et de lui donner la possibilité d'intervenir dans le dossier. Êtes-vous d'accord/pas d'accord? Développez

E1 : « oui, il s'agit d'un partenaire précieux »

E2 : « Inviter oui, avec l'accord du patient ... »

E3 : « Non présence essentielle du médecin »

E4 : « Pas d'accord, leur présence est très importante. »

E5 : « Pas possible, charge de travail trop importante »

E6 : « Je préfère la visioconférence: plus vivant! Et par conséquent, ceci rendrait le compte-rendu plus utile au médecin »

E7 : « Je suis d'accord »

E8 : « D'accord »

E9 : « J'adore ! Un des probleme principal des medecins generalistes c'est le temps. Tout ce qui va faciliter la collaboration sans être trop lourd en terme d'investissement va encourager à ce type de participation »

E10 : « plutôt d'accord »

E11 : « Je ne vois pas pourquoi les MT ne seraient pas rn contact par vidéo, ils le font couramment depuis le confinement et cela permet de se connaitre...un dossier et le temps que le MT y mettra pour le lire et l'actualiser sont difficiles à évaluer comme acte medical (durees? Repetition) mzis chronophages, rt rajoutent de la tâche administrative à un.métier qui déjà en est surchargé »

E12 : « Pas d'accord. Un travail de réseau se base sur la collaboration et la réflexion commune. Un écrit a posteriori des réflexions ne permettent pas au médecin d'être consulté au même titre que les autres intervenants En outre, l'écrit pose question concernant le secret professionnel. »

E13 : « d'accord qu'il intervienne mais qu'il soit au courant de tout notre dossier c'est compliqué »

E14 : « d'accord si les moyens d'intervenir sont accessibles sans difficultés »

E15 : « D'accord. Je pense qu'il faut laisser la liberté de participer ou pas dans le dossier selon la connaissance de la situation familiale qu'il a. »

E16 : « Pourquoi pas... »

E17 : « d'accord avec proposition d'inviter le médecin généraliste »

E18 : « Cela dépend des situations, de l'intérêt du patient et de la collaboration avec la famille (le but est ne ne pas mettre le médecins une position inconfortable s'il a accès à des infos concernant son patient) »

E19 : « Pas d'accord. A nouveau cela pose problème au niveau du secret professionnel, encore plus s'il y a un écrit qui reste. Les équipes sos enfants sont tenues d'avertir le signaleur s'il y a prise en charge ou pas, pas d'en divulguer le contenu. Un contact peut être envisagé entre le pédiatre des équipes sos et le médecin traitant, dans le respect du secret médical, s'il y a des questionnements d'ordre médicaux. »

E20 : « Comme mentionné ci-dessus tout échange entre professionnels tenus au SP doit se faire avec l'accord du patient et dans un objectif précis. Il est un droit du patient que son médecin traitant ne soit pas informé de débordements qu'il vivrait avec son enfant. De même le médecin traitant informé d'une maltraitance doit y mettre fin par lui même ou avec l'aide d'un tiers. Par lui même signifie qu'il a la possibilité de gérer seul la situation s'il en la possibilité sans devoir nécessairement faire un signalement. S'il a besoin d'un tiers pour mettre fin à la maltraitance, à défaut d'accord de son patient, il informera celui-ci de sa démarche vers le secteur médico-psycho-social. »

E21 : « pas d accord il faut laisser cette possibilité de participation du MG »

E22 : « Oui cela pourrait etre une solution efficace puisque comme dis précédemment prévoir des réunions zoom sera en pratique infaisable avec les différences d'horaires etc »

3) Avez-vous des commentaires concernant cette sous partie C : Créer des modalités de communication

E1 : « / »

E2 : « non »

E3 : « / »

E4 : « / »

E5 : « / »

E6 : « Le temps disponible reste, du côté des MG, le "nerf de la guerre". Ce temps doit être inclus si possible durant les horaires de travail et faire l'objet d'une rémunération forfaitaire. »

E7 : « / »

E8 : « / »

E9 : « / »

E10 : « / »

E11 : « / »

E12 : « La plateforme sécurisée me pose question. A nouveau, le travail de réseau consiste à pouvoir discuter et réfléchir ensemble avant d'agir. En outre, le médecin ne saurait pas nécessairement quel retour serait fait de son signalement. La collaboration paraît compromise. En outre, qu'en est-il des situations qui posent question? Attention aux dérives d'obligation de signalement. Quid obligation judiciarisation?? Dans ce but que les décrets maltraitances et les SAJ ont été mis en place. »

E13 : « il faut des moyens de communication autre que le téléphone car les horaires des uns ne correspond pas aux horaires des autres »

E14 : « adapter à l'usage et réévaluer »

E15 : « Non »

E16 : « non »

E17 : « qui ferait le résumé? »

E18 : « / »

E19 : « non »

E20 : « non »

E21 : « non »

E22 : « Oui. Nous rencontrons un très grand problème en tant que partenaire sociale PMS ou même psychologue indépendante : la déontologie et le secret professionnel n'est pas claire pour tout le monde, encore moins la notion de secret partagé. Il m'est arrivé trop souvent de n'avoir droit à aucun renseignement de la part du SAJ et du SPJ ou de SOS enfants etc sur des situations graves de maltraitance alors même qu'il me demande d'effectuer un bilan affectif. C'est une aberration qui empêche un bon travail de collaboration ! »

Partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer

1) Avez-vous des commentaires concernant cette sous partie D : Améliorer la formation afin de mieux collaborer :

E1 : « former, sensibiliser encore et toujours »

E2 : « c'est toujours un plus quand chacun a une relative bonne connaissance des différents services cela permet de travailler en collaboration plus facilement »

E3 : « / »

E4 : « / »

E5 : « / »

E6 : « Créer un "module de formation" sur base de ce qui se fait dans les cours et séminaires universitaires destinés aux étudiants. Module calqué (mais en plus léger) sur par exemple la formation en alcoologie de la SSMG. Ce module devrait comporter: aspects éthiques, juridiques, psychopathologiques ET au moins une séance de type Balint »

E7 : « / »

E8 : « / »

E9 : « Il est clair que nous sommes trop peu formés à ce type d'intervention. Une formation s'impose, à la fois sur l'abord des familles, sur le protocole à suivre en cas de suspicion, sur les démarches juridiques et autres. Et surtout sur les signes éventuels auxquels il faut être attentifs pour détecter la souffrance de ces enfants »

E10 : « / »

E11 : « Nous élaborons actuellement un certificat interuniversitaire "prise en charge des maltraitances" (UL, ULB, UCL, UM, UN) Probablement prêt pour septembre 2021. C3 certificat serait accessible à tout professionnel impliqué dans la détection, le signalement et la PEC des maltraitances, et bien sûr accrédité... »

E12 : « / »

E13 : « / »

E14 : « à développer avec toutes les expertises disponibles »

E15 : « Non »

E16 : « / »

E17 : « / »

E18 : « / »

E19 : « non »

E20 : « non »

E21 : « Non »

E22 : « / »